

**Anexo II
PLAN PERSONALIZADO DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE EL RIESGO DE SUICIDIO**

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

FACTORES DE RIESGO			
1 patología psiquiátrica			
<input type="checkbox"/> Ingresos previos en unidades psiquiátricas	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias nocivas (alcohol, etc.)
<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Trastornos de ansiedad	<input type="checkbox"/> Abandono del tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Anorexia nerviosa
<input type="checkbox"/> Bulimia nerviosa	<input type="checkbox"/> Trastornos crónicos del sueño	<input type="checkbox"/> Trastorno delirante	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Período de latencia (3 semanas) del inicio de la toma de antidepresivos		<input type="checkbox"/> Trastornos de personalidad (antisocial, histriónico, narcisista, paranoide, etc.)	
2 patologías crónicas o discapacidad			
<input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/> VIH-sida	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Pérdida de movilidad
<input type="checkbox"/> Trastornos neurológicos	<input type="checkbox"/> Enf. Renal crónica	<input type="checkbox"/> Enf. Osteoparticular con dolor crónico	<input type="checkbox"/> Pérdidas auditivas, visuales, etc.
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enf. Hepática crónica	<input type="checkbox"/> Trastornos sexuales	<input type="checkbox"/> Desfiguración
<input type="checkbox"/> Dolor crónico o agudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 factores sociales			
<input type="checkbox"/> Nivel cultural alto (si se asocia con otros factores)	<input type="checkbox"/> Disminución del poder adquisitivo y expectativas económicas	<input type="checkbox"/> Soledad y aislamiento	<input type="checkbox"/> Pérdida influencia y prestigio social
<input type="checkbox"/> Dificultades en la adaptación	<input type="checkbox"/> Pasividad	<input type="checkbox"/> Hostilidad o discriminación social	<input type="checkbox"/> Desarraigo, rechazo familiar, abandono
<input type="checkbox"/> Aislamiento socio-familiar	<input type="checkbox"/> Pérdida del cónyuge y/o otros seres queridos	<input type="checkbox"/> Institucionalización	<input type="checkbox"/>
4 otros factores			
<input type="checkbox"/> Historia familiar de conducta suicida	<input type="checkbox"/> Una o varias tentativas previas	<input type="checkbox"/> Hechos vitales estresantes en los tres meses previos	<input type="checkbox"/> Disponibilidad de medios y capacidad física para cometer suicidio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impresiones del médico tras la entrevista:			
valoración escala de PLUTCHICK:		valoración escala SAD PERSONS:	

CLASIFICACION DEL RIESGO
El equipo valorará el riesgo en función del análisis de los factores de riesgo, valoración clínica, entrevistas y escalas de valoración como de:
<input type="checkbox"/> RIESGO MÍNIMO
<input type="checkbox"/> RIESGO MENOR
<input type="checkbox"/> RIESGO MAYOR

OBJETIVOS ASISTENCIALES				
INTERVENCIONES				
RIESGO MENOR	Anotación mensual en el evolutivo médico, de enfermería y trabajo social			
	Control toma de medicación por enfermería (pastillero + supervisión de la toma)			
	Comunicación a la familia			
	Derivación a Salud Mental o especialista.			
	Inclusión en red de apoyo			
	Inclusión en grupo de Terapia Ocupacional ¿Cuál? ¿Cuándo?			
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
RIESGO MAYOR	Anotación diaria en el evolutivo médico, de enfermería y trabajo social			
	Control toma de medicación por enfermería (pastillero + supervisión de la toma)			
	Comunicación a la familia			
	Derivación a Salud Mental o especialista.			
	Inclusión en red de apoyo			
	Inclusión en grupo de Terapia Ocupacional ¿Cuál? ¿Cuándo?			
	Anotación en tinta roja las siglas RMS (riesgo mayor de suicidio) en registros escritos			
	Vigilancia y comunicación al DIPLOMADO EN ENFERMERÍA de todo el material de riesgo que pueda ser utilizado como ayuda al suicidio por la Auxiliar de Enfermería			
	Retirada del material de riesgo por el DIPLOMADO EN ENFERMERÍA previa consulta y autorización del JATA.			
	Inclusión en lista de control clínico continuado y tomar todas las medidas contempladas en el apartado de normas técnicas del protocolo			
	Ingreso en unidad de agudas o en unidad de atención psicogeriatrica (si existe)			
	Derivación a urgencias psiquiátricas de manera inmediata			
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
OBSERVACIONES				
Firmas:				
MEDICO	DIPLOMADO EN ENFERMERIA	FISIOTERAPIA	T. OCUPACIONAL	T. SOCIAL

Anexo III

ESCALA DE PLUTCHICK

Sobre riesgo de suicidio

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL RESIDENTE

APELLIDOS Y NOMBRE:-		
F.NACIMIENTO:-	EDAD:-	<input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE
PLANTA:-	SECCIÓN:-	HABITACIÓN:-
F.INGRESO:-	<input type="checkbox"/> DEFINITIVO <input type="checkbox"/> TEMPORAL	
INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Vd. Ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta con un "SI" o "NO".		SI No
1 ¿toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2 ¿tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3 ¿a veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4 ¿tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5 ¿ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6 ¿se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7 ¿ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8 ¿se ha sentido alguna vez fracasado/a, que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9 ¿está deprimido ahora?		
10 ¿está Vd. Separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11 ¿sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse antes?		
12 ¿alguna vez se ha sentido tan enfadado que habría sido capaz de matar a alguien?		
13 ¿ha pensado alguna vez en el suicidio?		
14 ¿le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15 ¿ha intentado alguna vez quitarse la vida?		
PUNTAJACION TOTAL		

VALORACION: Un valor de SI superior a 5 indica riesgo de suicidio. Cuanto mayor es el valor obtenido mayor es el riesgo de suicidio.

Plutchik R, Van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of suicide and violence risk 1: the suicide risk measure. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 296-302.

Anexo IV

Escala SAD PERSONS

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL RESIDENTE		
APELLIDOS Y NOMBRE:		
F. NACIMIENTO:	EDAD:	<input type="checkbox"/> MUJER / <input type="checkbox"/> HOMBRE
PLANTA:	SECCIÓN:	HABITACIÓN:
F. INGRESO:	<input type="checkbox"/> DEFINITIVO / <input type="checkbox"/> TEMPORAL	
Se marca la presencia o ausencia de determinados factores de riesgo y la puntuación total nos ayuda a tomar la decisión sobre la necesidad de ingreso hospitalario		
	Si	No
S: sexo masculino		
A: edad < 20 ó > 45 años		
D: depresión		
P: tentativa suicida previa		
E: abuso de alcohol		
R: falta de pensamiento racional (psicosis ó trastornos cognitivos)		
S: carencia de soporte social		
Q: plan organizado de suicidio		
N: no pareja o cónyuge		
S: enfermedad somática		
PUNTAJACIÓN TOTAL		

Recomendaciones: Se suma el número de S.
 0-2 = alta médica con seguimiento periódico
 3-4 = seguimiento intensivo, considerar ingreso
 5-6 = recomendado ingreso sobre todo si ausencia de soporte social
 7-10 = ingreso obligado incluso en contra de su voluntad

Patterson WM, Dohn HM, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics* 1983; 24(4): 343-347.



Servicio Regional de Bienestar Social
COMISIÓN DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

Anexo VI

Cuadro I Guión de la entrevista médica para valoración del suicidio.

1. Aspectos a evaluar:

- 1º El problema vivido por el residente suicida:
 1. Escuchar su relato sobre sus dificultades (enfermedad, problema relacional, etc.) que le ha llevado a buscar la solución en el suicidio.
- 2º Las actitudes suicidas del residente:
 1. Su ideación y finalidad suicida: ¿Piensa mucho en el suicidio? ¿Qué pretende o busca con ello? ¿Esta convencido/a de que es la única solución?
 2. Su planificación suicida: ¿Cómo y cuándo piensa llevar a cabo el suicidio? ¿Se lo ha dicho o se lo dirá a alguien antes? ¿Dejará o ha dejado alguna nota? ¿Ha pensado en que alguien le rescate en el último momento?
 3. Consecuencias: ¿Cómo cree que afectará esto a sus seres queridos? ¿Ha pensado o intentado en otras soluciones? Hábleme de esto.
- 3º Presencia de psicopatología:
 1. Preguntar por antecedentes personales y familiares de suicidio y otros trastornos mentales.
 2. Valorar si el residente presenta en la actualidad trastorno mental, especialmente psicosis, depresión, abuso de tóxicos o alcohol.
 3. Valorar si el residente presenta alguna enfermedad terminal, incapacitante o dolores crónicos.
- 4º Apoyo sociofamiliar:
 1. Si tiene apoyo y de que tipo (apoyo real y percibido).
 2. Si ese apoyo está presente o no en el momento de la entrevista.

2. Evitar errores frecuentes en la entrevista:

1. No preguntar al residente sobre sus intenciones y pensamientos suicidas para evitar la ansiedad del entrevistador.
2. Adoptar una actitud distante, crítica y moralizadora.
3. No dar importancia al intento de suicidio, en especial cuando el residente ha avisado previamente de ello.
4. Descalificar o criticar las intenciones o acciones manipulativas.
5. Realizar promesas de solución de conducta suicida a corto plazo.
6. Dejarse influir por el pesimismo del suicida y ver como única salida el suicidio.

3. Actitud terapéutica durante la entrevista:

- Utilizar de manera progresiva 3 estrategias psicológicas básicas:
- a) Fase inicial: Escucha empática: animar al residente a expresar sus ideas y sentimientos con una actitud de escucha no-crítica.
 - b) Fase intermedia: Análisis del problema y propuesta de alternativas: proponer y analizar con el residente las dimensiones del problema y plantear posibles alternativas al mismo, recabando su opinión.
 - c) Fase final: Compromiso con el residente: acordar con el residente la intervención o la actuación oportuna y el acuerdo de encuentros sucesivos.

Cuadro II Criterios para ayudar a establecer el nivel de riesgo

Probabilidad del paso al acto suicida en residentes con ideación suicida:	
MAYOR RIESGO	MENOR RIESGO
Ideación suicida recurrente	Ideación suicida esporádica.
Ideas de muerte	No tiene ideas de muerte
Comunicación indirecta de idea de suicidio	Comunicación directa de idea de suicidio
Planificación del método y lugar	Impulsividad
"negación" de la ideación suicida	Demanda de ayuda

Probabilidad de repetición en residentes que han realizado una tentativa de suicidio:	
MAYOR RIESGO	MENOR RIESGO
Tentativas de suicidio previas	Primer tentativa
Planificación	Impulsividad
Método "violento"	Método "suave"
Nota de despedida o testamento	Ausencia de nota de despedida
Negación de la intención suicida	Ambivalencia
"Tranquilidad"	Irritabilidad
Intervención del entorno improbable	Intervención del entorno probable

De Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Soler, Irma P.A., Casado Borrachero, J.



Servicio Regional de Bienestar Social
COMUNIDAD DE MADRID
FAMILIAS RURALES

Comunidad de Madrid

Cuadro III Ayuda psicológica

Ayuda psicológica "HABLAR DEL SUICIDIO PUEDE PREVENIRLO"

¿Qué necesitan las personas al borde del suicidio?

- Que se les escuche, de manera sincera. Sin juzgarles, ni hacer reproches, ni dando opiniones
- Alguien en quien puedan confiar y que se preocupen por ellas, que les hable con calma y les tranquilice
- No quedarse solos en ningún momento y sentirse protegidas
- Que se les acompañe a un profesional lo antes posible

Qué hacer y qué no hacer en la primera ayuda psicológica

a) Contacto:

HACER

- Escuchar atentamente
- Resumir sentimientos y hechos.
- Transmitir aceptación.

NO HACER

- Contar "nuestra propia historia".
- Ignorar hechos y/o sentimientos.
- Juzgar o tomar partido.

b) Dimensiones del problema:

HACER

- Formular preguntas abiertas.
- Pedir concreción y precisión.
- Evaluación del riesgo

NO HACER

- Atenerse a preguntas tipo sí/no.
- Permitir abstracciones continuas.
- Ignorar señales de alarma o peligro.

c) Posibles soluciones:

HACER

- Estimular la inspiración espontánea.
- Abordar directamente los obstáculos.
- Establecer prioridades.

NO HACER

- Permitir la visión "en túnel".
- Dejar obstáculos sin explorar.
- Tolerar la "mezcla" de necesidades.

d) Acciones concretas:

HACER

- Tomar una medida a un tiempo.
- Establecer objetivos específicos a corto plazo.
- Ser directivo, si se debe ser.

NO HACER

- Intentar resolver todo ahora.
- Tomar decisiones obligatorias a largo plazo.
- Ser indeciso.
- Retraerse de asumir responsabilidades cuando sea necesario.

e) Seguimiento:

HACER

- Realizar un contrato conductual o pacto para el recontacto.
- Evaluar etapas o actuaciones concretas.

NO HACER

- Dejar detalles "en el aire" o suponer que el residente seguirá con el plan de trabajo bajo su propia responsabilidad.

Cuadro IV Comunicación a la familia del riesgo menor, mayor o inminente de suicidio

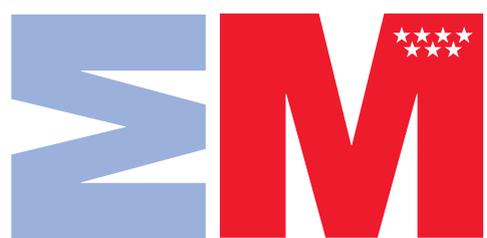
Conceptos a incluir en la información a familiares y otros profesionales. Hablar sobre los Mitos y prejuicios sobre el suicidio, haciendo ver los argumentos falsos y verdaderos.

Argumentos Falsos

- La persona que dice que se va a suicidar, es que no lo hace.
- El suicidio es siempre imprevisto.
- La gente que se suicida está completamente decidida a morir.
- Una persona que se quiere suicidar, se quemará suicidarse siempre.
- Una mejoría después de una crisis suicida quiere decir que el riesgo ha terminado.
- Los suicidios son más frecuentes en los ricos, o por el contrario, tienen lugar casi exclusivamente entre los pobres.
- "el suicidio es algo que viene de familia"
- Todos los individuos suicidas están mentalmente enfermos.

Argumentos Verdaderos

- De 10 personas que se suicidan, 8 han advertido antes claramente sus intenciones a los que le rodean.
- Las personas que se suicidan, dan antes pistas y advierten sobre sus intenciones.
- La mayoría de las personas que se suicidan están indecisas sobre si vivir o morir. A veces "juegan con la muerte para cambiar la vida" buscando la ayuda de los demás.
- Los individuos que se quieren suicidar, son suicidas durante un cierto periodo de tiempo, aunque puede repetirse el impulso.
- Con frecuencia los suicidios tienen lugar dentro de los 3 meses siguientes al periodo de mejoría, cuando el individuo tiene la energía de llevar a término sus pensamientos.
- El suicidio está representado proporcionalmente entre todos los niveles de la sociedad.
- El suicidio no sólo es genético sino que está influido también por factores individuales y ambientales.
- Aunque el suicida es extremadamente desgraciado, no tiene que ser necesariamente un desequilibrado mental.



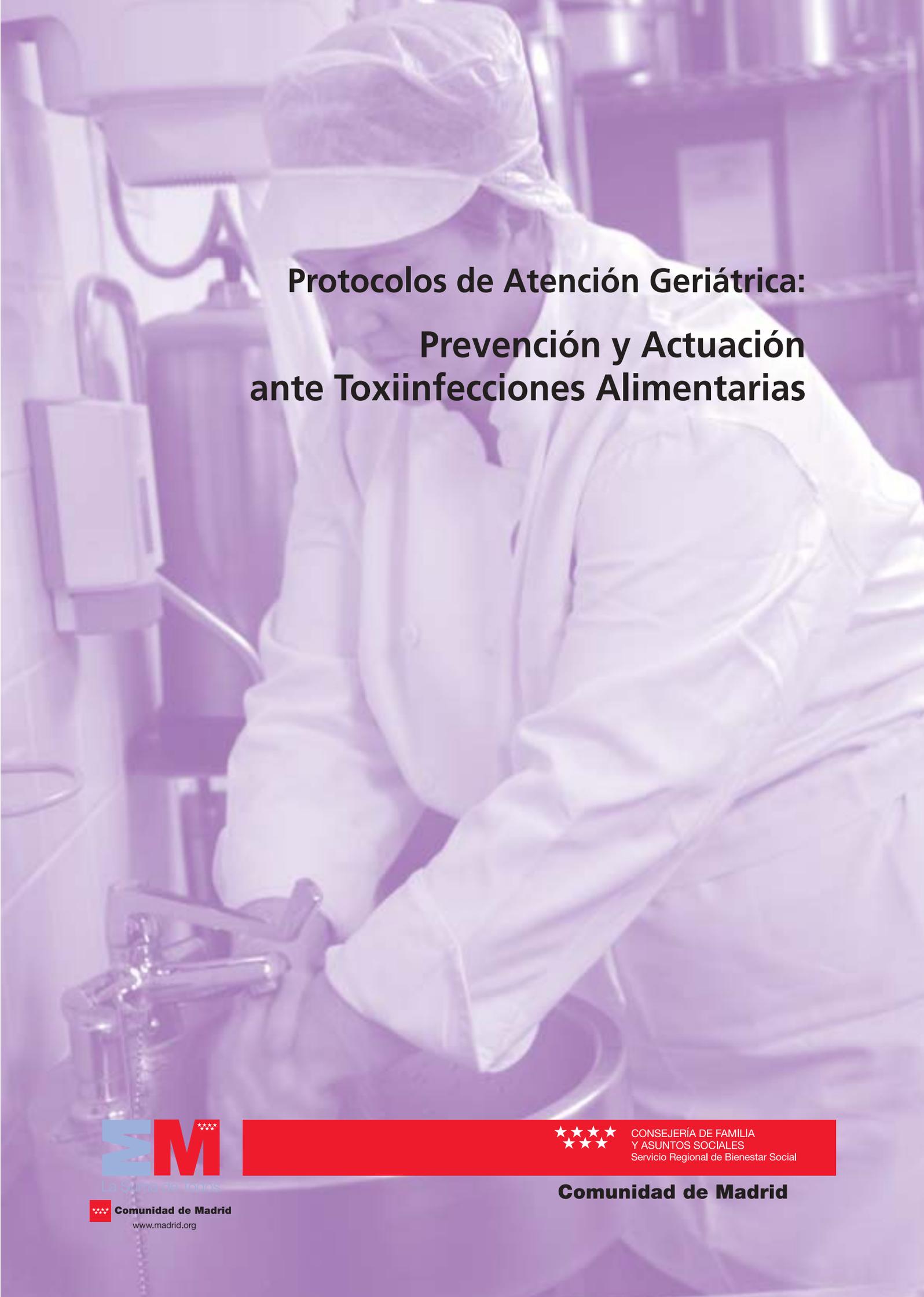
La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

www.madrid.org



Protocolos de Atención Geriátrica: Prevención y Actuación ante Toxiinfecciones Alimentarias



La Suma de los Mejores

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



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid

Grupo de Trabajo

D. ANTONIO MARÍA ONRUBIA PECHARROMÁN

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^a. ENGRACIA DEL MAR LÓPEZ ANDRÉS

D^a. BEGOÑA ORTÚZAR ALBARRÁN

D^a. PILAR BAÑUELOS HIRSUTA

D^a. MARTA SASTRE ROSA

D^a. MÁXIMA MORENO RODRÍGUEZ

D^a. ANA BELÉN CELAYA PALOMAR

D^a. CARMEN MORALES BLANCA

D^a. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ

D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

Protocolos de Atención Geriátrica: Prevención y Actuación ante Toxiinfecciones Alimentarias



Introducción

Los brotes epidémicos en general y los alimentarios en particular, son situaciones de emergencia sanitaria, debido fundamentalmente a la implicación que tienen para la salud individual y colectiva.

Su aparición en los Centros de Residencias de Mayores puede suponer un riesgo grave para la salud y la vida de los ancianos, debido a las características y peculiaridades de los mismos, y requieren la intervención directa sobre la fuente de la contaminación, con la finalidad de cortar la transmisión del brote y evitar la aparición de nuevos casos de enfermedad.

Los comedores colectivos, de las residencias, están considerados puntos de riesgo, especialmente por la vulnerabilidad de las personas mayores.

Objetivos

- Promover hábitos saludables en el proceso de manipulación de los alimentos.
- Fomentar hábitos higiénicos en los usuarios.
- Detectar precozmente los factores de riesgo.
- Aplicar medidas de intervención en caso de aparición de un brote de Toxiinfección Alimentaria.
- Establecer las vías de notificación a las autoridades sanitarias, en caso de sospecha de un brote de Toxiinfección Alimentaria.



Usuarios a los que se dirige

Todos los usuarios son susceptibles de dos tipos de intervenciones.

- ✓ **Inespecíficas:** dirigidas a todos los usuarios y trabajadores.
- ✓ **Específicas:** dirigidas a aquellos usuarios y trabajadores, que se vean afectados por una Toxiinfección Alimentaria.

Definiciones y conceptos

Las Toxiinfecciones Alimentarias son enfermedades que se manifiestan sobre todo con síntomas digestivos, y que se producen cuando una persona consume un alimento contaminado por gérmenes, o por sus toxinas (ver ANEXO I).

Brote: Se considera que nos encontramos ante un brote, cuando hay dos casos asociados o más, con un mismo proceso clínico y el médico/a sospecha que pueden tener el mismo origen (alimento común).

Periodo de incubación: Tiempo transcurrido desde la ingesta del alimento contaminado y la aparición de los primeros síntomas, y que puede tener valor orientativo, para identificar al germen responsable de la Toxiinfección Alimentaria. (VER ANEXO IX).

Contaminación cruzada: Es la causa más frecuente de Toxiinfección Alimentaria. Se produce cuando los gérmenes pasan de un alimento contaminado, generalmente crudo, a otro preparado, listo para el consumo, a través de utensilios, equipos, superficies, ropas o manos.

Notificación: Comunicación obligatoria, a las Autoridades Sanitarias, por parte del Médico que atiende a enfermos sospechosos de padecer un brote de Toxiinfección Alimentaria (ver ANEXOS IV, V, VI, VII).

Unidades y/o profesionales implicados

1. **Adquisición, preparación y elaboración de alimentos:** Todo el personal de la cocina y administración implicados.
2. **Detección de los factores de riesgo:** Equipo multidisciplinar, Médico, Diplomado en Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Personal de Cocina y Gobierno de la Residencia.



3. **Diagnóstico precoz:** Médico.
4. **Sospecha de brote:** Otro personal sanitario (Diplomado en Enfermería, Auxiliares de Enfermería).
5. **Aplicación del tratamiento y medidas preventivas ante un brote:** Médico, Diplomado en Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Personal de Cocina y Gobierno de la Residencia.
6. **Notificación urgente a la autoridad sanitaria:** Toda sospecha de brote epidémico, debe ser tratada como una ALERTA SANITARIA y por tanto, comunicada de manera urgente. Todo médico que sospeche la existencia de un brote, está obligado, a comunicarlo.
7. **Organización y coordinación de la actividad y supervisión de la aplicación del Protocolo:** el Jefe de Área Técnico Asistencial (JATA).
8. **Velar por el correcto cumplimiento de las medidas y normativa legal, que en materia higiénico-sanitaria, sean de obligado cumplimiento:** El Director del Centro.

Descripción del procedimiento

1. **Promover los hábitos saludables en el proceso de manipulación de alimentos** asegurando la inocuidad, salubridad e integridad de los alimentos que se van a consumir, no solo con el fin de prevenir la transmisión de las toxiinfecciones alimentarias, sino también para garantizar que los alimentos que el usuario consume, le aporten el máximo de calidad y confianza posible (VER ANEXO II). Cumpliendo las normas marcadas por el Servicio Regional de Bienestar Social sobre Análisis de Peligros Puntos de Control Críticos (APPCC).
2. **Detectar los factores de riesgo** (factores que contribuyen a producir una Toxiinfección Alimentaria), por parte del personal implicado en el procedimiento. Lo pondrán inmediatamente en conocimiento del Jefe de Cocina, quien tomará las medidas oportunas para su corrección y lo comunicará al Director del Centro (VER ANEXO III).
3. **Aplicar medidas de intervención** en el caso de aparecer un brote de Toxiinfección Alimentaria, ya que las pérdidas de líquidos y electrolitos que se producen pueden tener una grave consecuencia, en individuos con dificultades para enfrentarse a ellos, principalmente ancianos y enfermos debilitados. Con el fin de prevenir estas, se adoptarán las siguientes pautas de actuación:
 - Es aconsejable el reposo en cama, con un acceso conveniente a un baño, o utilización de una cuña.



- ❑ Reposición de pérdidas de líquidos, mediante ingesta de agua con glucosa o sacarosa, bicarbonato y electrolitos (suero oral). La cantidad a administrar es de aproximadamente de 1,5 l. por cada litro que se pierde en forma de heces o vómitos, debe tolerarse 1-1,5 l. en las primeras 6 horas.
- ❑ El Médico valorará el uso de fármacos, y la rehidratación por otras vías (IV o SC).
- ❑ Se avisará al Médico de Urgencias y/o se derivará al Servicio de Urgencias Hospitalaria ante la presencia de síntomas o signos de alarma como:
 - Intolerancia a la ingesta de líquidos por vómitos incoercibles y/o diarreas abundantes, por lo que no es posible reponer la cantidad de líquidos necesarias para evitar la deshidratación.
 - Aparición de signos de deshidratación, sequedad de piel y mucosas.
 - Distensión y dolor abdominal intenso.
 - Hipotensión.
 - Taquicardia, taquiarritmia.
 - Fiebre.
 - Hiperglucemia.
 - Oliguria (disminución de la diuresis).
 - Síndrome confusional, desorientación temporo-espacial, agitación, obnubilación.
 - Cualquier otro síntoma o signo que suponga un riesgo evidente para el residente.

4. Minimizar el contacto entre personas sanas y enfermas:

- ❑ Cuando sea posible, los residentes enfermos deben ser separados de los sanos, hasta como mínimo 2 días después de la resolución de los síntomas. Deberá evitarse que los enfermos coman en el mismo comedor que los sanos, el Jefe del Área Técnico Asistencial o Gobernanta habilitará un comedor específico.
- ❑ Al ser posible que el área clínica pueda servir como foco de transmisión, sería deseable que las personas con gastroenteritis sean atendidas en sus habitaciones. Si ello no es posible, debe disponerse de un área clínica diferenciada, para residentes con Toxiinfección Alimentaria, separada del resto.
- ❑ En la medida de lo posible, debe evitarse la admisión de nuevos residentes, hasta que el brote esté controlado.

5. Deberá asegurarse suficientes recursos para la atención de los residentes enfermos y la prevención de la transmisión durante la duración del brote, maximizando en todo momento los recursos propios y disponibles en ese momento en la Residencia.



6. Notificación a las autoridades sanitarias (VER ANEXO IV)

- ❑ Ante la sospecha de un brote, por parte del Médico, se tiene que informar y consultar, siempre con carácter de urgencia (en menos de 24 horas) por teléfono, fax (Modelo en Anexo V) o cualquier otro medio a la Sección de Epidemiología del Servicio de Salud Pública del Área correspondiente ó en su defecto, al Servicio de Epidemiología (Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid). Cuando el brote ocurra fuera del horario laboral de mañana, durante los fines de semana o en festivos, se notificará al Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública, a través del teléfono 061, en aplicación de la normativa legal vigente.
- ❑ Es importante recoger, al menos:
 - Día y hora de los primeros síntomas.
 - Nº de personas enfermas.
 - Nº de personas expuestas.
 - Signos y síntomas predominantes.
 - Lugares donde los enfermos hayan comido en común, en las últimas 48 horas antes del inicio.
 - Alimentos consumidos en común.

El Servicio de Salud Pública correspondiente, al ser contactado por la Residencia, confirmará las características del brote y dará las instrucciones a seguir, especialmente en lo relativo a la confirmación microbiológica del agente causal (Anexo VIII) y la recogida de información de los casos (Anexos VI y VII).

Normas Técnicas

1. **El Médico debe sospechar la presencia de una Toxiinfección Alimentaria** cuando ante la aparición súbita, en un corto periodo de tiempo, de varias personas afectadas por un mismo cuadro clínico, y exista una asociación clara entre la presentación de síntomas y el consumo de algún alimento y los síntomas clínicos del paciente o el diagnóstico médico sean compatibles.
2. **Prevención de la transmisión a través del personal:** Los trabajadores afectados por un brote, no debe incorporarse a su trabajo hasta como mínimo 2 días después de la resolución de los síntomas. Especialmente en el personal implicado en la manipulación de alimentos y en el contacto con residentes de alto riesgo.



3. Prevención de la transmisión al personal:

- a. El personal que entre en contacto con personas enfermas debe usar guantes de plástico de un solo uso, y batas o uniformes, que deben ser cambiados cuando se sirva la comida, o se ayude a comer a los residentes.
- b. Deben lavarse las manos, después de cada contacto, frotando vigorosamente toda la superficie enjabonada de ambas manos, durante al menos 10 segundos, con jabón normal o con productos antimicrobianos, enjuagándose concienzudamente a continuación, bajo el chorro de agua. Cepillarse las uñas en cada lavado. Debe utilizarse toallas de papel de un solo uso para abrir y cerrar los grifos, así como para secarse las manos.
- c. Dado que las salpicaduras o los aerosoles de material infeccioso pueden estar también implicados en la transmisión, el personal que limpie las heces o los vómitos de los enfermos, debe usar mascarilla.

4. Precauciones en el manejo de ropa sucia y lavandería:

- a. La ropa sucia y los absorbentes, deben ser manipulados lo menos posible, evitando agitarlos.
- b. Debe ser inmediatamente introducida y transportada en envases cerrados de protección sanitaria.
- c. Debe procurarse no utilizar los mismos ascensores por donde se transporta la comida.
- d. Debe ser lavada inmediatamente (incluidos los fines de semana) con detergente, en lavadora con el ciclo más largo y secada en secadora. En caso de no disponer de lavandería los fines de semana y como método alternativo, usar dobles bolsas, identificadas como material contaminado y depositadas temporalmente en cuarto aislado hasta su lavado.

5. Limpieza de superficies sucias:

- a. Extremar la limpieza y desinfección de habitaciones, cuartos de baño y otros espacios ocupados por residentes enfermos.
- b. Las superficies que hayan sido ensuciadas por heces o vómitos deben ser, primero, limpiadas de material visible y después, desinfectadas con un producto comercial germicida adecuado, siguiendo las instrucciones del comerciante.

6. Las heces y los vómitos que se hayan recogido durante los procedimientos de limpieza, deben ser inmediatamente eliminados, de una manera que evite la transferencia de este material a superficies o personas. El personal que realice estas tareas, debe equiparse con barreras protectoras adecuadas (guantes, mascarillas, batas o uniformes), debiendo evitarse que posteriormente manipulen alimentos. Si esto no fuera posible, debe extremarse las medidas higiénicas, especialmente de lavado de manos de este personal y de cambio de ropa de trabajo.

Registros y lugar de custodia

- ▲ Aplicación informática. Historia clínica (HIRE).
- ▲ Notificación de brote de Toxiinfección Alimentaria (Ver ANEXOS V, VI, VII).



Fecha de elaboración y vigencia

1. **Elaboración:** Marzo de 2007.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años.

Documentos y referencias

- **PROGRAMA DE CONTROL DE BROTES EPIDEMIOLÓGICOS DE ORIGEN HÍDRICO Y ALIMENTARIO** - DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA- S/C de Tenerife, FEBRERO 1998.
- **TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS: ¿UNA PATOLOGÍA EMERGENTE?** José Gil Sánchez Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.
- **TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS.** T. Llovet, J. Lloret, R. Moreno y A. Pahissa Berga, Servicio de Microbiología y de Urgencias. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.
- **CONSEJOS PARA PREVENIR LAS INTOXICACIONES Y TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS.** Servicio de Seguridad Alimentaria. Dirección General de Salud Pública y Participación. Palma, a 31 de mayo de 2004.
- **MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS HIGIÉNICO-SANITARIAS EN COMEDORES COLECTIVOS.** Documentos Técnicos de Salud Pública –Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud- CONSEJERIA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES-COMUNIDAD DE MADRID.
- **GUÍA DE HIGIENE INTEGRAL EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES.** INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA.
- **Real Decreto 2817/1983, de 13 de octubre**, por el que se aprueba la Reglamentación Técnico-sanitaria de los Comedores Colectivos. (BOE 270/1983 de 111-11-1983, Pág. 30396).



- **Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre**, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (BOE 21/1996 de 24-01-1996, Pág. 2153).
- **Real Decreto 2207/1995, de 28 de diciembre**, por el que se establece las normas de higiene relativas a los productos alimenticios. (BOE 50/1996 de 27-02-1996, Pág. 7381).
- **Decreto 184/1996, de 19 de diciembre**, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. (BOCM 3 de enero de 1997).
- **Real Decreto 202/2000, de 11 de febrero**, por el que se establecen las normas relativas a los manipuladores de alimentos. (BOE 48/2000 de 25-02-2000, Pág. 8294).
- **Real Decreto 3484/2000, de 29 de diciembre**, por el que se establecen las normas de higiene para la elaboración, distribución y comercio de comidas preparadas. (BOE 11/2001 de 12-01-2001, Pág. 1435).
- **Orden 233/1989, de 27 de junio**, por la que se dictan normas para la preparación y conservación de salsas y cremas elaboradas de cuya composición forma parte el huevo. (BOCM 30 de junio de 1989.) – Última revisión 30 de abril de 2002.
- **Orden 9/1997, de 15 de enero**, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, para el desarrollo del Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, en lo que se refiere a las Enfermedades de Declaración Obligatoria, a las situaciones Epidémicas y Brotes, y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) e Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). (BOCM 22 de enero de 1997) – Última revisión 27 de noviembre de 2003.
- **Orden 1860/2005, de 12 de diciembre**, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se regula el sistema de vigilancia microbiológica y se crea el Registro Regional de Hallazgos Microbiológicos de la Comunidad de Madrid. (BOCM 28 de diciembre de 2005).

Referencias de interés

Protocolo avalado por el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública –Instituto de Salud Pública– de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

ANEXO I

TOXIINFECCIÓN ALIMENTARIA

SIGNOS Y SÍNTOMAS CON CARÁCTER GENERAL. (Ver formas clínicas de presentación en ANEXO IX).

1. Síndrome agudo de náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarreas causado por la ingesta de alimentos contaminados.
2. Aparición como brote epidémico en varias personas afectadas de modo similar, tras la ingesta de alimentos de origen puntual.
3. Inicio brusco.
4. Periodo de incubación variable, de 2-8 horas (habitualmente), después de ingerir el alimento contaminado.
5. A veces cefalea y fiebre.

ANEXO II

PROMOVER LOS HÁBITOS SALUDABLES EN EL PROCESO DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

1 COMPRA DE ALIMENTOS:

- Evitar comprar y recepcionar alimentos que no estén frescos o en perfectas condiciones de conservación o de los que no se tenga garantías sobre su origen.
- Si se trata de alimentos envasados, debemos fijarnos que en su etiquetado figure la información obligatoria, especialmente:
 - Fecha de caducidad o su consumo preferente.
 - Si necesitan alguna condición especial de conservación (alimentos refrigerados, ambiente seco, etc.) o de utilización (reconstitución, cocinado, etc.).
 - Datos identificativos correspondiente al responsable de la comercialización del producto (fabricante, envasador o distribuidor).
- Los alimentos que necesitan conservarse en frío deberán guardarse lo antes posible en frigorífico y/o congelador o bien se utilizarán contenedores isotérmicos (bolsas isotérmicas o neveras portátiles), durante su traslado.

2 MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

➤ Prevenir que los gérmenes lleguen a los alimentos:

- Manipular y preparar los alimentos con buena práctica higiénica y evitar las contaminaciones cruzadas, a partir de superficies, equipos, maquinaria, utensilios, ropas o manos.
- Mantener una correcta higiene personal. Lavarse las manos con jabón antes de manipular los alimentos, al cambiar de actividad, después de haber utilizado el retrete..., y secarse con papel de celulosa desechable.
- Utilizar, en todo momento, agua apta para el consumo humano (agua potable).
- No permitir, en ningún momento, la presencia de animales, o insectos.
- Limpiar y desinfectar adecuadamente las superficies de trabajo y los utensilios empleados durante el proceso de preparación de alimentos (cuchillos, tablas de corte, picadoras, etc...).
- Evitar la utilización de paños de cocina, empleando en su lugar guantes adecuados para la manipulación de recipientes calientes y papel desechable para secar las superficies o útiles.
- Las heridas y cortes en las manos, deben cubrirse con vendajes y guantes resistentes e impermeables.

➤ Preparación y consumo de alimentos:

- Elaborar la comida con la mínima antelación posible. Las personas mayores tienen que consumirla, dentro de las dos horas posteriores a la elaboración y, excepcionalmente, como máximo hasta cuatro horas.
- Los restos que queden de las comidas, deben tirarse a la basura, nunca reutilizarla.
- Las comidas trituradas, como los purés, ya sean de frutas, verduras o carnes, son muy sensibles a la contaminación, y nunca aprovechar para su elaboración los restos o alimentos sobrantes de otros días.
- No emplear huevo crudo para confeccionar alimentos o salsas, si después no van a sufrir una intensa cocción, poniendo especial cuidado en la elaboración de salsas, tortillas poco hechas, helados, repostería etc...
- Las frutas, hay que lavarlas muy bien.

➤ **Impedir la multiplicación de los gérmenes en el alimento:**

- Mantener los alimentos cocinados, por debajo de 8º si se conservan menos de 24 horas –periodo máximo para los alimentos que lleven huevo u ovoproductos-, por debajo de 4º si se conservan más de 24 horas y por encima de los 65º en los platos calientes.
- Enfriar lo más rápidamente posible los alimentos que vayan a mantenerse luego en refrigeración.
- En el almacenamiento de los alimentos aplicar el principio de: "lo primero que entra, es lo primero que sale", evitando de esta forma el almacenamiento prolongado y sobrepasar la fecha de caducidad o consumo.
- En los frigoríficos hay que respetar las siguientes normas:
 - En los meses de verano hay que bajar el termostato.
 - Los alimentos cocinados, deben separarse de los alimentos crudos, se colocarán en estantes o compartimentos separados.
 - Los alimentos cocinados, deben guardarse en envases que dispongan de tapa, o bien se puedan cubrir con película transparente de uso autorizado en alimentos, y reservando para ello la parte más fría del frigorífico.
 - Las verduras no lavadas deben guardarse en los estantes más bajos.
 - Los frigoríficos no deben llenarse del todo, pues su eficacia en la refrigeración disminuye.
 - Cuando congelamos alimentos, debemos anotar de forma apropiada la fecha en el envase del mismo.
- No volver a congelar aquellos alimentos que se hayan descongelado.
- Para descongelar los alimentos, utilizar el frigorífico, o el microondas y emplearlos lo antes posible una vez descongelados.

➤ **Destruir los gérmenes presentes en los alimentos.**

- La cocción de los alimentos debe ser lo suficientemente prolongada, vigilando que los tiempos y temperaturas de preparación sean los adecuados (por encima de los 75º C).
- Las hortalizas y verduras empleadas en ensaladas crudas, deben lavarse con abundante agua, sumergiéndolas posteriormente en agua con unas gotas de lejía apta para uso alimentario, y aclarándolas posteriormente.

ANEXO III

FACTORES DE RIESGO QUE CONTRIBUYEN A PRODUCIR UNA TOXIINFECCIÓN ALIMENTARIA.

- 1 Preparación de los alimentos con excesiva antelación.
- 2 Conservación de los alimentos a temperatura ambiente.
- 3 Almacenamiento inadecuado.
- 4 Interrupción de la cadena de frío, o refrigeración defectuosa.
- 5 Desproporción entre los alimentos refrigerados y la capacidad refrigeradora.
- 6 Descongelación incorrecta (a temperatura ambiente o en agua).
- 7 Cocción insuficiente.
- 8 Prácticas incorrectas de manipulación.
- 9 Manipulador infectado.
- 10 Manipulador circunstancial.
- 11 Consumo de alimentos crudos.
- 12 Consumo de alimentos de procedencia sospechosa.
- 13 Contaminación cruzada.
- 14 Utilización de ingredientes contaminados.
- 15 Utilización de agua no potable.
- 16 Utilización de restos de alimentos.
- 17 Condiciones higiénicas deficientes.

ANEXO IV

TELÉFONOS Y DIRECCIONES DE INTERÉS
Dirección General de Salud Pública

SERVICIO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
Servicio de Epidemiología	C/ Julián Camarillo nº 4 Edificio B 28027 MADRID	91 / 205 22 20	91 / 204 01 73
Área 1	C/ Valdebernardo, 26 posterior 28030 MADRID	91 / 301 63 30	91 / 301 63 33
Área 2	C/ Océano Pacífico, s/n 28821 COSLADA	91 / 204 49 30	91 / 204 38 22
Área 3	C/ Reyes Magos, s/n 28806 ALCALÁ DE HENARES	91 / 880 66 53 91 / 880 64 43	91 / 882 84 06
Área 4	C/ Julián Camarillo, 4b 28037 MADRID	91 / 205 29 72	91 / 205 29 89
Área 5	Avda. de Bruselas, 38, Edificio A, 1ª planta 28108 ALCOBENDAS	91 / 490 41 29 91 / 490 41 30	91 / 661 42 96
Área 6	Avda. Guadarrama, 4 28220 MAJADAHONDA	91 / 634 91 16	91 / 634 94 73
Área 7	C/ Maudes, 32 -2ª 28003 MADRID	91 / 553 10 08	91 / 554 76 10
Área 8	Avda. de Leganés, 25 28925 ALCORCÓN	91 / 642 58 77 91 / 642 58 05	91 / 642 59 44
Área 9	Avda. Rey Juan Carlos I, 84 -1ª 28916 LEGANÉS	91 / 685 00 50	91 / 686 38 11
Área 10	C/ Juan de la Cierva, s/n 28901 GETAFE	91 / 683 94 80 91 / 683 95 88	91 / 683 58 31
Área 11	C/ Plaza Parejas, 11 28300 ARANJUEZ C/ Benimamet, 24, 2ª planta 28021 MADRID	91 / 892 90 10 91 / 892 90 11 91 / 797 39 86 91 / 892 46 19	91 / 892 39 95 91 / 798 01 32
Sistema de Alertas de Salud Pública (en funcionamiento de 15:00 a 8:00 horas de lunes a viernes y las 24 horas los fines de semana y festivos)		061	

ANEXO V

IMPRESO DE NOTIFICACIÓN DE ALERTAS

IDENTIFICACIÓN DEL NOTIFICADOR

Fecha de la notificación	/ /	Hora:	Área que envía la notificación
Notificador:	Residencia de Mayores.		
Dirección:	Municipio		
Teléfono:	/ /		

ALERTA

Tipo de alerta:			
Colectivo donde ocurre la alerta:			
Dirección:		Tfno:	/ /
Municipio:	Área:	Distrito:	
Nº de casos conocidos en el momento de la alerta:			
Nº de expuestos:			
Ingresos hospitalarios:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Nº
Hospital:		Fecha ingreso:	/ /
Fecha del inicio de síntomas:	/ /	Hora:	
Síntomas:			
Agente causal:	<input type="checkbox"/> Sospechoso <input type="checkbox"/> Confirmado		

EN CASO DE TOXIINFECCIÓN ALIMENTARIA

Fecha de la ingesta de alimentos sospechosos:	/ /	Hora:	
Síntomas	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Diarrea
	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Fiebre	
	<input type="checkbox"/> Otros (especificar)		
Menú o alimentos sospechosos:			
Lugar de preparación del alimento:			

DATOS DE LOS CASOS EN EL MOMENTO DE LA ALERTA

VER LOS ANEXOS VII Y VIII

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA;

ANEXO VIII

RECOGIDA DE MUESTRAS EN LAS SOSPECHAS DE BROTE DE GASTROENTERITIS AGUDA

En la Comunidad de Madrid, el Laboratorio Regional de Salud Pública ofrece la posibilidad de determinar diversos agentes etiológicos (incluyendo virus) que puedan estar implicados en la aparición de brotes de gastroenteritis aguda. La notificación precoz de las sospechas de estos brotes es fundamental para la obtención de muestras adecuadas.

A) RECOMENDACIONES DEL LABORATORIO REGIONAL DE SALUD PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID PARA EL DIAGNÓSTICO DE BROTES DE GASTROENTERITIS.

Para el diagnóstico de brotes de gastroenteritis aguda, especialmente cuando se sospecha un origen vírico, se recomienda, idealmente, la obtención rápida de muestras de heces líquidas o semisólidas de pacientes en la fase aguda de la enfermedad (48-72 horas tras el inicio).

Las muestras (volúmenes de 10-50 ml) deben depositarse en contenedores estériles y mantenerse en refrigeración (aproximadamente a 2-8º C) hasta su traslado al laboratorio (que debería realizarse de manera óptima lo más rápidamente posible). En estas condiciones de refrigeración las muestras pueden conservarse durante varios días (< una semana). En caso de una demora superior, las muestras se pueden congelar (< -20º C), pero sólo si van a ser procesadas mediante métodos moleculares (PCR) o por detección antigénica (ELISA) para la detección del virus. Cuando el estudio se efectúe por Microscopía Electrónica (en la actualidad en desuso) debe evitarse la congelación (puede afectar a la morfología de las partículas víricas e invalidar los resultados de esta técnica). Si las muestras van a ser procesadas también para coprocultivo bacteriano deben ser remitidas al laboratorio en < de 48 horas y no deben congelarse en ningún caso.

Aunque algunos autores indican la posible utilidad de los vómitos como muestras complementarias, estos presentan un menor rendimiento y no deberían reemplazar a las heces para el diagnóstico de estas infecciones.

En cuanto al número de muestras necesarias, en el estudio de brotes se aconseja la inclusión de más de 10 pacientes, aunque si el número de muestras recogidas es menor se enviarán al laboratorio igualmente para su estudio. Generalmente para la confirmación de un brote se considera precisa la identificación de al menos dos resultados positivos en muestras de heces de diferentes pacientes.

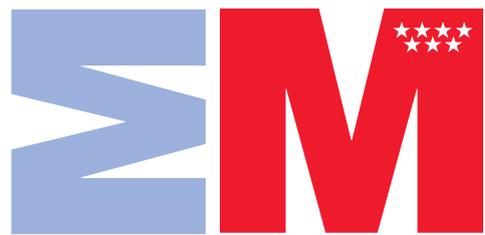
Siempre que se envíen muestras clínicas deben adjuntarse los volantes (o en su caso un listado) con la información individualizada de los pacientes correspondientes (nombre y apellidos, edad, sexo, fecha de inicio de los síntomas, fecha de toma de muestras y datos clínicos básicos).

B) RECOGIDA DE MUESTRAS DE ALIMENTOS

La normativa actual establece la obligatoriedad de conservación de muestras testigo de las comidas servidas diariamente. La cantidad de muestra se corresponderá con una ración y se conservarán en refrigeración durante un periodo de 72 horas.

ANEXO IX

Cuadro clínico: GASTROENTERITIS (vértigos, dolor abdominal, diarrea, posiblemente fiebre y náusea)		PERÍODO DE INCUBACIÓN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
AGENTES POTENCIALES		ALIMENTOS INFLUENCIADOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
PRESENTACIÓN CLÍNICA		11.1	11.2	11.3	11.4	11.5	11.6	11.7	11.8	11.9	12.0	12.1	12.2	12.3	12.4	12.5	12.6	12.7	12.8	12.9	13.0	13.1	13.2	13.3	13.4	13.5	13.6	13.7	13.8	13.9	14.0	14.1	14.2	14.3	14.4	14.5	14.6	14.7	14.8	14.9	15.0	15.1	15.2	15.3	15.4	15.5	15.6	15.7	15.8	15.9	16.0	16.1	16.2	16.3	16.4	16.5	16.6	16.7	16.8	16.9	17.0	17.1	17.2	17.3	17.4	17.5	17.6	17.7	17.8	17.9	18.0	18.1	18.2	18.3	18.4	18.5	18.6	18.7	18.8	18.9	19.0	19.1	19.2	19.3	19.4	19.5	19.6	19.7	19.8	19.9	20.0	20.1	20.2	20.3	20.4	20.5	20.6	20.7	20.8	20.9	21.0	21.1	21.2	21.3	21.4	21.5	21.6	21.7	21.8	21.9	22.0	22.1	22.2	22.3	22.4	22.5	22.6	22.7	22.8	22.9	23.0	23.1	23.2	23.3	23.4	23.5	23.6	23.7	23.8	23.9	24.0	24.1	24.2	24.3	24.4	24.5	24.6	24.7	24.8	24.9	25.0	25.1	25.2	25.3	25.4	25.5	25.6	25.7	25.8	25.9	26.0	26.1	26.2	26.3	26.4	26.5	26.6	26.7	26.8	26.9	27.0	27.1	27.2	27.3	27.4	27.5	27.6	27.7	27.8	27.9	28.0	28.1	28.2	28.3	28.4	28.5	28.6	28.7	28.8	28.9	29.0	29.1	29.2	29.3	29.4	29.5	29.6	29.7	29.8	29.9	30.0	30.1	30.2	30.3	30.4	30.5	30.6	30.7	30.8	30.9	31.0	31.1	31.2	31.3	31.4	31.5	31.6	31.7	31.8	31.9	32.0	32.1	32.2	32.3	32.4	32.5	32.6	32.7	32.8	32.9	33.0	33.1	33.2	33.3	33.4	33.5	33.6	33.7	33.8	33.9	34.0	34.1	34.2	34.3	34.4	34.5	34.6	34.7	34.8	34.9	35.0	35.1	35.2	35.3	35.4	35.5	35.6	35.7	35.8	35.9	36.0	36.1	36.2	36.3	36.4	36.5	36.6	36.7	36.8	36.9	37.0	37.1	37.2	37.3	37.4	37.5	37.6	37.7	37.8	37.9	38.0	38.1	38.2	38.3	38.4	38.5	38.6	38.7	38.8	38.9	39.0	39.1	39.2	39.3	39.4	39.5	39.6	39.7	39.8	39.9	40.0	40.1	40.2	40.3	40.4	40.5	40.6	40.7	40.8	40.9	41.0	41.1	41.2	41.3	41.4	41.5	41.6	41.7	41.8	41.9	42.0	42.1	42.2	42.3	42.4	42.5	42.6	42.7	42.8	42.9	43.0	43.1	43.2	43.3	43.4	43.5	43.6	43.7	43.8	43.9	44.0	44.1	44.2	44.3	44.4	44.5	44.6	44.7	44.8	44.9	45.0	45.1	45.2	45.3	45.4	45.5	45.6	45.7	45.8	45.9	46.0	46.1	46.2	46.3	46.4	46.5	46.6	46.7	46.8	46.9	47.0	47.1	47.2	47.3	47.4	47.5	47.6	47.7	47.8	47.9	48.0	48.1	48.2	48.3	48.4	48.5	48.6	48.7	48.8	48.9	49.0	49.1	49.2	49.3	49.4	49.5	49.6	49.7	49.8	49.9	50.0	50.1	50.2	50.3	50.4	50.5	50.6	50.7	50.8	50.9	51.0	51.1	51.2	51.3	51.4	51.5	51.6	51.7	51.8	51.9	52.0	52.1	52.2	52.3	52.4	52.5	52.6	52.7	52.8	52.9	53.0	53.1	53.2	53.3	53.4	53.5	53.6	53.7	53.8	53.9	54.0	54.1	54.2	54.3	54.4	54.5	54.6	54.7	54.8	54.9	55.0	55.1	55.2	55.3	55.4	55.5	55.6	55.7	55.8	55.9	56.0	56.1	56.2	56.3	56.4	56.5	56.6	56.7	56.8	56.9	57.0	57.1	57.2	57.3	57.4	57.5	57.6	57.7	57.8	57.9	58.0	58.1	58.2	58.3	58.4	58.5	58.6	58.7	58.8	58.9	59.0	59.1	59.2	59.3	59.4	59.5	59.6	59.7	59.8	59.9	60.0	60.1	60.2	60.3	60.4	60.5	60.6	60.7	60.8	60.9	61.0	61.1	61.2	61.3	61.4	61.5	61.6	61.7	61.8	61.9	62.0	62.1	62.2	62.3	62.4	62.5	62.6	62.7	62.8	62.9	63.0	63.1	63.2	63.3	63.4	63.5	63.6	63.7	63.8	63.9	64.0	64.1	64.2	64.3	64.4	64.5	64.6	64.7	64.8	64.9	65.0	65.1	65.2	65.3	65.4	65.5	65.6	65.7	65.8	65.9	66.0	66.1	66.2	66.3	66.4	66.5	66.6	66.7	66.8	66.9	67.0	67.1	67.2	67.3	67.4	67.5	67.6	67.7	67.8	67.9	68.0	68.1	68.2	68.3	68.4	68.5	68.6	68.7	68.8	68.9	69.0	69.1	69.2	69.3	69.4	69.5	69.6	69.7	69.8	69.9	70.0	70.1	70.2	70.3	70.4	70.5	70.6	70.7	70.8	70.9	71.0	71.1	71.2	71.3	71.4	71.5	71.6	71.7	71.8	71.9	72.0	72.1	72.2	72.3	72.4	72.5	72.6	72.7	72.8	72.9	73.0	73.1	73.2	73.3	73.4	73.5	73.6	73.7	73.8	73.9	74.0	74.1	74.2	74.3	74.4	74.5	74.6	74.7	74.8	74.9	75.0	75.1	75.2	75.3	75.4	75.5	75.6	75.7	75.8	75.9	76.0	76.1	76.2	76.3	76.4	76.5	76.6	76.7	76.8	76.9	77.0	77.1	77.2	77.3	77.4	77.5	77.6	77.7	77.8	77.9	78.0	78.1	78.2	78.3	78.4	78.5	78.6	78.7	78.8	78.9	79.0	79.1	79.2	79.3	79.4	79.5	79.6	79.7	79.8	79.9	80.0	80.1	80.2	80.3	80.4	80.5	80.6	80.7	80.8	80.9	81.0	81.1	81.2	81.3	81.4	81.5	81.6	81.7	81.8	81.9	82.0	82.1	82.2	82.3	82.4	82.5	82.6	82.7	82.8	82.9	83.0	83.1	83.2	83.3	83.4	83.5	83.6	83.7	83.8	83.9	84.0	84.1	84.2	84.3	84.4	84.5	84.6	84.7	84.8	84.9	85.0	85.1	85.2	85.3	85.4	85.5	85.6	85.7	85.8	85.9	86.0	86.1	86.2	86.3	86.4	86.5	86.6	86.7	86.8	86.9	87.0	87.1	87.2	87.3	87.4	87.5	87.6	87.7	87.8	87.9	88.0	88.1	88.2	88.3	88.4	88.5	88.6	88.7	88.8	88.9	89.0	89.1	89.2	89.3	89.4	89.5	89.6	89.7	89.8	89.9	90.0	90.1	90.2	90.3	90.4	90.5	90.6	90.7	90.8	90.9	91.0	91.1	91.2	91.3	91.4	91.5	91.6	91.7	91.8	91.9	92.0	92.1	92.2	92.3	92.4	92.5	92.6	92.7	92.8	92.9	93.0	93.1	93.2	93.3	93.4	93.5	93.6	93.7	93.8	93.9	94.0	94.1	94.2	94.3	94.4	94.5	94.6	94.7	94.8	94.9	95.0	95.1	95.2	95.3	95.4	95.5	95.6	95.7	95.8	95.9	96.0	96.1	96.2	96.3	96.4	96.5	96.6	96.7	96.8	96.9	97.0	97.1	97.2	97.3	97.4	97.5	97.6	97.7	97.8	97.9	98.0	98.1	98.2	98.3	98.4	98.5	98.6	98.7	98.8	98.9	99.0	99.1	99.2	99.3	99.4	99.5	99.6	99.7	99.8	99.9	100.0	100.1	100.2	100.3	100.4	100.5	100.6	100.7	100.8	100.9	101.0	101.1	101.2	101.3	101.4	101.5	101.6	101.7	101.8	101.9	102.0	102.1	102.2	102.3	102.4	102.5	102.6	102.7	102.8	102.9	103.0	103.1	103.2	103.3	103.4	103.5	103.6	103.7	103.8	103.9	104.0	104.1	104.2	104.3	104.4	104.5	104.6	104.7	104.8	104.9	105.0	105.1	105.2	105.3	105.4	105.5	105.6	105.7	105.8	105.9	106.0	106.1	106.2	106.3	106.4	106.5	106.6	106.7	106.8	106.9	107.0	107.1	107.2	107.3	107.4	107.5	107.6	107.7	107.8	107.9	108.0	108.1	108.2	108.3	108.4	108.5	108.6	108.7	108.8	108.9	109.0	109.1	109.2	109.3	109.4	109.5	109.6	109.7	109.8	109.9	110.0	110.1	110.2	110.3	110.4	110.5	110.6	110.7	110.8	110.9	111.0	111.1	111.2	111.3	111.4	111.5	111.6	111.7	111.8	111.9	112.0	112.1	112.2	112.3	112.4	112.5	112.6	112.7	112.8	112.9	113.0	113.1	113.2	113.3	113.4	113.5	113.6	113.7	113.8	113.9	114.0	114.1	114.2	114.3	114.4	114.5	114.6	114.7	114.8	114.9	115.0	115.1	115.2	115.3	115.4	115.5	115.6	115.7	115.8	115.9	116.0	116.1	116.2	116.3	116.4	116.5	116.6	116.7	116.8	116.9	117.0	117.1	117.2	117.3	117.4	117.5	117.6	117.7	117.8	117.9	118.0	118.1	118.2	118.3	118.4	118.5	118.6	118.7	118.8	118.9	119.0	119.1	119.2	119.3	119.4	119.5	119.6	119.7	119.8	119.9	120.0	120.1	120.2	120.3	120.4	120.5	120.6	120.7	120.8	120.9	121.0	121.1	121.2	121.3	121.4	121.5	121.6	121.7	121.8	121.9	122.0	122.1	122.2	122.3	122.4	122.5	122.6	122.7	122.8	122.9	123.0	123.1	123.2	123.3	123.4	123.5	123.6	123.7	123.8	123.9	124.0	124.1	124.2	124.3	124.4	124.5	124.6	124.7	124.8	124.9	125.0	125.1	125.2	125.3	125.4	125.5	125.6	125.7	125.8	125.9	126.0	126.1	126.2	126.3	126.4	126.5	126.6	126.7	126.8	126.9	127.0	127.1	127.2	127.3	127.4	127.5	127.6	127.7	127.8	127.9	128.0	128.1	128.2	128.3	128.4	128.5	128.6	128.7	128.8	128.9	129.0	129.1	129.2	129.3	129.4	129.5	129.6	129.7	129.8	129.9	130.0	130.1	130.2	130.3	130.4	130.5	130.6	130.7	130.8	130.9	131.0	131.1	131.2	131.3	131.4	131.5	131.6	131.7	131.8	131.9	132.0	132.1	132.2	132.3	132.4	132.5	132.6	132.7	132.8	132.9	133.0	133.1	133.2	133.3	133.4	133.5	133.6	133.7	133.8	133.9	134.0	134.1	134.2	134.3	134.4	134.5	134.6	134.7	134.8	134.9	135.0	135.1	135.2	135.3	135.4	135.5	135.6	135.7	135.8	135.9	136.0	136.1	136.2	136.3	136.4	136.5	136.6	136.7	136.8	136.9	137.0	137.1	137.2	137.3	137.4	137.5	137.6	137.7	137.8	137.9	138.0	138.1	138.2	138.3	138.4	138.5	138.6	138.7	138.8	138.9	139.0	139.1	139.2	139.3	139.4	139.5	139.6	139.7	139.8	139.9	140.0	140.1	140.2	140.3	140.4	140.5	140.6	140.7	140.8	140.9	141.0	141.1	14



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

www.madrid.org



Protocolos de Gestión Asistencial



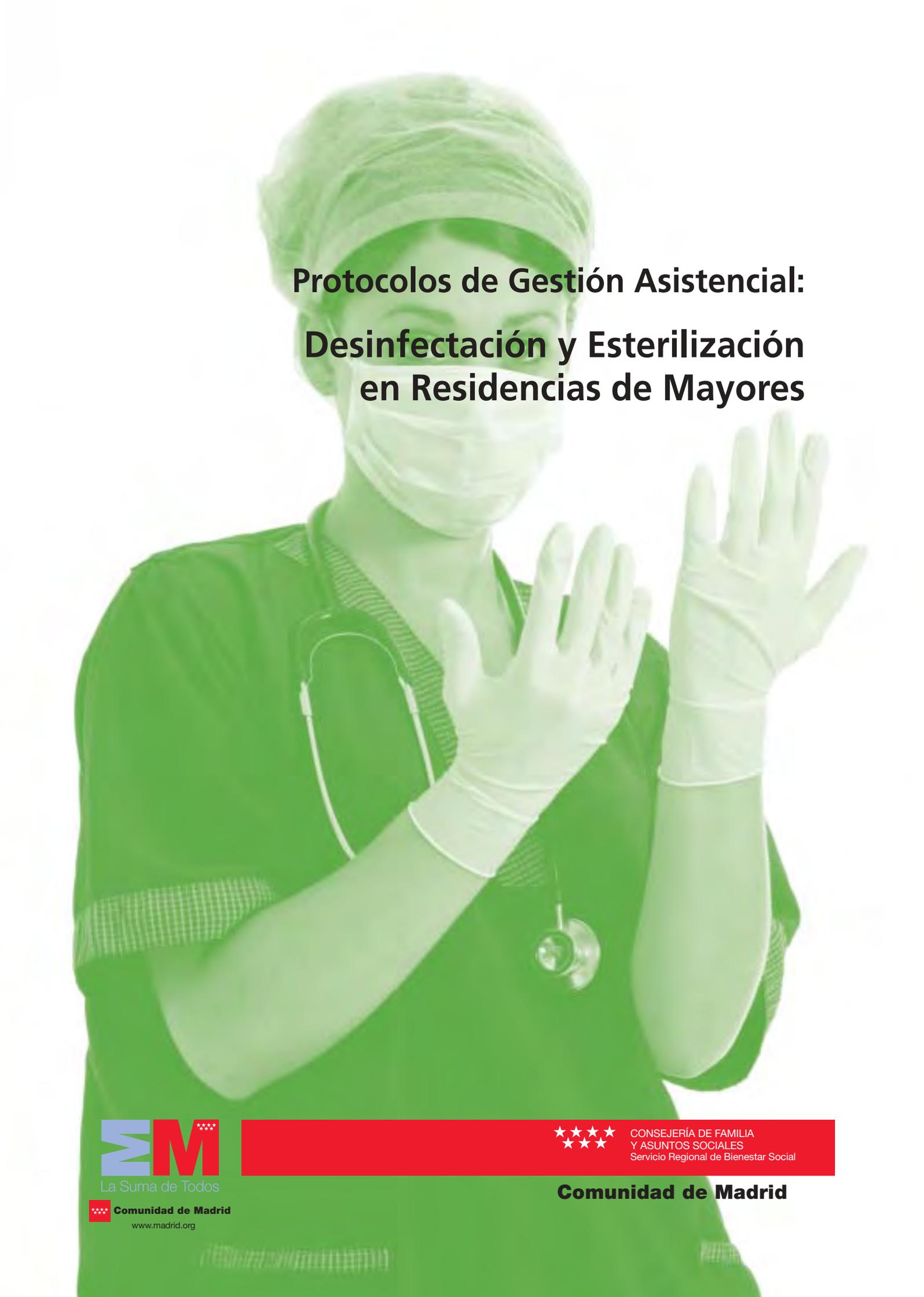
La Suma de Todos

 Comunidad de Madrid
www.madrid.org



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid



Protocolos de Gestión Asistencial: Desinfectación y Esterilización en Residencias de Mayores



La Suma de Todos

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



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid

Grupo de Trabajo

D. CARLOS MARÍA GALÁN CABELLO

D^a. ENGRACIA DEL MAR LÓPEZ ANDRÉS

D. JESÚS GREGORIO ALASTRUEY RUIZ

D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD

D. PRIMITIVO RAMOS CORDERO

D. ANTONIO MARÍA ONRUBIA PECHARROMÁN

D. RICARDO MÍGUELES AQUELLO

D^a. M^a JESÚS ABELLÁ FERNÁNDEZ

D^a. PATRICIA GROSSOCORDONE MARTÍNEZ

D. JUAN MANUEL CUÑARRO ALONSO

D^a. CAROLINA ASENJO CEDILLO

D. JOSÉ LUIS VICENTE PAVÓN

D^a. CONCEPCIÓN BARBARROJA RODRÍGUEZ

D^a. MARIBEL LÓPEZ CORRAL

D^a. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ

D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

Protocolos de Gestión Asistencial: Desinfección y Esterilización en Residencias de Mayores



Introducción

Uno de los pilares básicos de la prevención de la infección en residencias de mayores es la limpieza, la desinfección y la esterilización de los materiales en contacto con los residentes.

Las personas mayores tienen mayor riesgo de padecer formas severas de las enfermedades infecciosas. Esta especial vulnerabilidad se debe en parte a una disminución de las defensas del organismo frente a los agentes patógenos, así como a la presencia de enfermedades crónicas y otras circunstancias como la poli-medición, las alteraciones psicomotrices, la incontinencia, etc.

La práctica constante de las normas de higiene, en colectivos formados por personas mayores, es una responsabilidad básica de los profesionales que se dedican a su cuidado.

La utilización de barreras de protección, el uso cuidadoso de material peligroso y la gestión adecuada de material contaminado, debe incorporarse a la rutina de las buenas prácticas higiénicas habituales, por los profesionales que trabajan en las residencias de mayores gestionadas por el Servicio Regional de Bienestar Social. Para ello, el establecer una forma común de realizar esta desinfección y esterilización, aumenta las garantías de una buena atención en los servicios que proporcionamos.

Objetivos

- Prevenir la transmisión de infecciones.
- Utilizar medidas profilácticas en los distintos eslabones de la cadena epidemiológica.
- Planificar procedimientos de trabajo regulados.



Usuarios a los que se dirige

Todo el personal del área asistencial, en especial los profesionales sanitarios y todos los demás que utilicen material que pueda contaminar o contaminarse.

Definiciones y conceptos

ASEPSIA: ausencia de gérmenes. Estado libre de infección.

ANTISEPSIA: lucha contra la infección mediante diversos medios que se oponen al desarrollo de los gérmenes patógenos.

LIMPIEZA: procedimiento básico en la Higiene que tiene por objeto quitar la suciedad y los restos orgánicos de la superficie de los cuerpos.

DESINFECCIÓN: eliminación de gérmenes patógenos, de los tegumentos de diferentes objetos y ambientes por medios mecánicos, físicos y químicos.

ESTERILIZACIÓN: destrucción de todos los microorganismos contenidos en una parte y objeto cualquiera por medios físicos o químicos (aplicable a los objetos inanimados). Todo objeto esterilizado está desinfectado.

DESINFECTANTE: producto de naturaleza química activo frente a gérmenes patógenos, sean bacterias, hongos o virus. Pueden detener el desarrollo del elemento causante de la infección o producir su muerte (término que suele limitarse a las sustancias que por su toxicidad no pueden utilizarse en los seres vivos).

ANTISÉPTICO: desinfectante frente a los gérmenes patógenos de uso aplicable en la piel y los tejidos vivos.

Unidades y/o profesionales implicados

- **Diplomados en enfermería:** lavado de manos, utilización de material limpio, desinfectado o estéril según el caso, indicaciones a Auxiliares de Enfermería de material a limpiar, desinfectar y esterilizar.
- **Auxiliares de enfermería (AE):** lavado de manos, utilización de material limpio, desinfectado o estéril según el caso. Limpieza, desinfección, esterilización y almacenaje de instrumental, mobiliario que contenga medicación y material de uso clínico, aparataje y cualquier otro material en contacto con el residente. Cumplimentación de los registros que procedan.



- **Médico:** lavado de manos, utilización de material limpio, desinfectado o estéril según el caso, instrucciones sobre el material a limpiar, desinfectar y esterilizar.
- **Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales:** lavado de manos, utilización de material limpio, desinfectado o estéril según el caso, indicaciones a AE de material a limpiar.
- **Podólogos y Peluqueros:** lavado de manos, utilización de material limpio, desinfectado o estéril según el caso. En el caso de concesiones externas de estos servicios, estarán obligados a seguir las normas de este protocolo.
- **Jefe de Área Técnico Asistencial (JATA):** supervisión y control del cumplimiento del protocolo. Administración de recursos humanos y materiales. Planificación de la revisión de los aparatos de limpieza y esterilización. Disposición de locales apropiados para la limpieza, desinfección, esterilización y almacenaje de material.

Descripción del procedimiento

1. Como norma general todo el material relacionado en este protocolo debe estar en todo momento limpio, desinfectado y/o esterilizado y listo para su uso.
2. Todos los profesionales, ante cualquier intervención que pueda originar alguna contaminación, deben de proceder según las normas descritas, mas adelante, de higiene personal, lavado de manos, utilización de medidas de barrera (guantes, gafas y mascarillas) y precaución con los materiales peligrosos. También deberán comprobar, previamente a su utilización, el perfecto estado de limpieza, desinfección y esterilización de los materiales a utilizar.
3. Todos los profesionales, que utilicen material no desechable que pueda contaminarse y que deba ser esterilizado o desinfectado antes de un nuevo uso, deben responsabilizarse de enviarlo para su limpieza, desinfección y/o esterilización en cuanto terminen de utilizarlo.
4. El AE que designe el JATA, deberá limpiar el instrumental lo antes posible después de su utilización, no debiendo permitir que se seque sobre ellos la sangre o detritos. Debe limpiarse todo el instrumental abierto, se haya utilizado o no. Una vez limpio el material procederá a su desinfección y esterilización. El material debe limpiarse, desinfectarse y esterilizarse por el AE en el mismo turno en que haya sido utilizado y manchado. Todos los paquetes de material esterilizado deben ir identificados con la fecha de esterilización y su contenido por el AE que realizó la tarea.



5. En el caso de servicio de Podología y Peluquería externo, serán los profesionales externos los encargados de limpiar, desinfectar y esterilizar su material, pudiendo utilizar los instrumentos del Centro según el pliego de condiciones técnicas de su contrato. Las hojas de bisturí, cuchillas de afeitar y hojas de navaja, que se utilicen serán siempre desechables. Las maquinas de afeitar eléctricas serán siempre de uso individual.
6. Para el mantenimiento y limpieza del resto de material que no precise desinfección o esterilización, el JATA de cada Centro establecerá un procedimiento de asignación de tareas de limpieza de material sanitario de uso diario, así como un reparto de tareas entre cada turno y lo indicará en la hoja de registro de tareas. En el caso de determinado material clínico, el JATA podrá disponer que el reparto de tareas sea por grupo de referencia y no por unidad.
7. De forma general la pauta de limpieza será: **limpiar todo el material inmediatamente después de que se ensucie, en especial el de uso diario del residente.**
 - Para el mantenimiento del material se especifican las pautas contenidas en el ANEXO I (PAUTAS DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN POR LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DEL MATERIAL Y MOBILIARIO DE USO CLÍNICO).

En cada unidad, el JATA deberá disponer una hoja con la planificación de auxiliares de enfermería responsables de ejecutar las tareas previstas en este protocolo en cada turno y semana/quincena/mes.

Normas técnicas

- **Higiene personal correcta:** lavado adecuado de manos antes y después de cada actividad. Retirar anillos, joyas, etc. Cubrir las lesiones cutáneas con apósitos impermeables antes de iniciar el trabajo. Si presenta lesiones exudativas evitar el contacto con pacientes hasta la resolución de las mismas. Uniforme de trabajo y bata limpios.
- **Lavado de manos:** al iniciar y terminar el trabajo. Antes y después de atender a un residente. Cada vez que se utiliza el W.C. Antes y después de comer. Después de la manipulación del material contaminado aunque se utilicen guantes. Después de estornudar y toser. Cuando se sientan las manos sucias. Al entrar y salir de áreas de aislamiento.
- **Utilización de barreras de protección:**
 - *Guantes:* son el elemento más importante como barrera de protección. Los guantes serán de látex o de vinilo y tan sólo se hará uso de guantes estériles ante técnicas exploratorias o intervenciones invasivas. Los guantes de goma tan sólo se utilizarán para la operación de limpieza del material quirúrgico, instrumental o superficies. Los guantes se desecharán



tras atender a cada usuario y siempre que se perforen durante su uso y al entrar en contacto con objetos.

- ❑ *Mascarillas:* Constituye una barrera de protección de la mucosa oral y nasal frente a la inhalación de microorganismos. La mascarilla se desechará tras atender a cada usuario y siempre que se deteriore durante su uso.
- ❑ *Gafas protectoras:* Constituyen una barrera de protección de la mucosa ocular frente a la invasión de microorganismos.

■ **Cuidados con el manejo de material peligroso:** uso de guantes siempre por su función protectora. Utilizar envases homologados para el deshecho que eviten la perforación con los objetos punzantes. Estos envases estarán lo más próximo posible al área de trabajo. No reencapuchar agujas usadas. No retirar la jeringa de la aguja de forma manual. El personal que utilice este material se deshará de los mismos de manera personal y tendrá especial cuidado de no desecharlos en la basura común o las bolsas de la ropa sucia.

■ **Limpieza:** es el paso previo e indispensable para las restantes técnicas higiénicas. Se recomienda el uso preferente de limpiadores ultrasónicos, en su defecto, se puede utilizar el método tradicional. Se lleva a cabo mediante efecto mecánico, detergentes y agua caliente entre 40-45°C o 55°C ante detergente enzimático. Debe utilizarse guantes siempre. Fases: enjabonado-fricción-aclarado-secado. En presencia de sangre o si se usa un desinfectante se utilizará agua fría. No utilizar nunca soluciones salinas para limpiar material.

■ **Desinfección del material:** se lleva a cabo con desinfectantes. Vigilar la caducidad y condiciones de conservación de los desinfectantes y antisépticos. No mezclar los desinfectantes ni antisépticos. Respetar las concentraciones, tiempo de acción y dilución en agua fría de desinfectantes. Mantener limpios, desinfectados y tapados los recipientes en donde se manipule con los desinfectantes y antisépticos. Sumergir el material completamente en la solución, tras ello aclarar, secar y guardar adecuadamente. Los sistemas de desinfección de elección serán:

- ❑ Glutaraldehido fenolato 0,2%(Instrument esporicida®) solución acuosa 1/16.
- ❑ Clorexidina (Hibiscrub®) alcohólica (solución alcohólica al 0,5%:100 ml de clorexidina al 5% + 100cc de agua destilada + alcohol al 96°/cps 1l).
- ❑ Lejía en dilución con agua 1/10.

■ **Esterilización:** la esterilización no sustituye a la limpieza sino que la precisa como paso previo. Tras la limpieza exhaustiva se debe proceder al secado. Se deben esterilizar todos los materiales críticos que llevan implícito alto riesgo de infección: aquellos que rompan la integridad de las mucosas, los que entren en cavidades orgánicas estériles y en el torrente circulatorio. Los sistemas de esterilización de elección serán el glutaraldehido fenolato en periodos de inmersión de más de 1 hora, el autoclave y el horno de calor seco.



- **En equipos de terapia respiratoria:** en equipos de terapia respiratoria reutilizables, destinados a ser utilizados en distintos pacientes, se deberá limpiar y desinfectar o esterilizar antes de cada uso, mediante vapor de agua u otros métodos de análoga eficacia. Posteriormente a los tratamientos de desinfección, se realizará un aclarado con agua estéril. Si no pueden ser esterilizados, los nebulizadores y humidificadores NO DEBEN utilizarse, en ese caso debe conectarse directamente la salida de la botella de oxígeno o concentrador al tubo de la mascarilla, gafas, etc.
- **En técnicas de sondaje vesical:** se aconseja el uso de guantes, mascarilla y gafas protectoras y el uso de equipos de sistema cerrado.
- **En técnicas de extracción de muestras para analítica y de aspiración endotraqueal:** se aconseja el uso de guantes, mascarilla y gafas protectoras. Si la muestra es de sangre capilar se recomienda la utilización de lancetas en sistemas de punción cerrada.
- **En técnicas de curas de residentes en su habitación:** no se pasará el carro de curas a la habitación del residente, solo se pasará la batea individual para la cura.
- **En la nevera de uso exclusivo de medicación:** no se podrán almacenar muestras biológicas ni ningún otro producto no dispensable como efecto farmacéutico.
- **Almacenamiento y conservación del material:** no mezclar nunca material estéril con material no estéril. Es recomendable almacenar en lugar ventilado, no húmedo ni con temperatura superior a 25° C. Guardarlo en armario cerrado. Comprobar la integridad de los envases donde está el material estéril, si esta deteriorado se pierde la esterilidad. Comprobar la caducidad del material estéril antes de ser utilizado. Si ha caducado reprocesar el material para nueva esterilización. *Empaquetado en doble bolsa:* se mantiene esterilizado 3 años. *Empaquetado en una bolsa:* se mantiene esterilizado 1 año. *En bateas con papel crepado o textil:* se mantiene esterilizado 2 meses. *Empaquetado Industrial:* respetar la fecha de caducidad que indique.

Registros y lugar de custodia

- ▲ Hoja de registro de Auxiliar de Enfermería de tareas realizadas de limpieza, desinfección y esterilización de cada unidad. Estará bien visible, para su control por el JATA, en el lugar donde se realicen las tareas. Una vez completa se entregará al JATA para que éste la archive.
- ▲ Hoja de planificación de AE encargadas de la tarea (a definir por el JATA de cada centro).

Fecha de elaboración y vigencia

1. **Elaboración:** Marzo, Abril de 2006.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años, salvo cambios en la normativa.

9

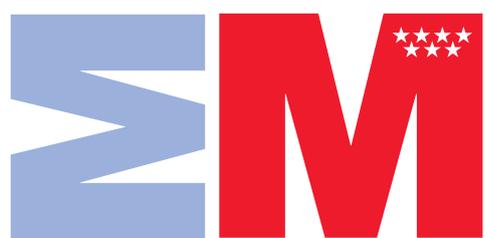


Documentos y referencias

- Manual de buenas practicas higiénicas en residencias de personas mayores. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- Guía de higiene integral en residencias de personas mayores. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- Real decreto 865/2003 sobre prevención de legionelosis del 4 de julio (BOE nº 171 de 18/7/2003).

PAUTAS DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN POR AUXILIARES DE ENFERMERÍA DEL MATERIAL Y MOBILIARIO DE USO CLÍNICO

Material trabajo	Frec.	Pauta	Limpieza	Desinfección	Esterilización
Instrumental de curas	todos	tras uso	Limpiador Ultrasónico ó agua + jabón + aclarar	Glutaraldehído Fenolato	Calor
Ambú	todos	tras uso	Limpiador Ultrasónico ó agua + jabón + aclarar	Glutaraldehído Fenolato (+1 h)	
Conos otoscopio	todos	tras uso	Limpiador Ultrasónico ó agua + jabón + aclarar	Glutaraldehído Fenolato (+1 h)	
Frasco aspirador y conexiones	todos	tras uso	agua + jabón + aclarar	Glutaraldehído Fenolato	
Termómetros	todos	tras uso	agua + jabón + aclarar	Glutaraldehído Fenolato	
Carro de curas		semanal	agua + jabón + aclarar + secar	lejía + agua (1/10)	
Carro medicación		quincenal	agua + jabón + aclarar + secar	lejía + agua (1/10)	
Aerosoles		diario	agua + jabón + aclarar + secar	Glutaraldehído Fenolato	
Gafas nasales oxígeno		diario	agua + jabón + aclarar	Glutaraldehído Fenolato	
Mascarilla oxígeno		diario	agua + jabón + aclarar	Glutaraldehído Fenolato	
Mascarilla aerosol		diario	agua + jabón + aclarar	Glutaraldehído Fenolato	
Batas, riñoneras		diario	Limpiador Ultrasónico ó agua + jabón + aclarar + secar	lejía + agua (1/10)	
Bombas de perfusión		diario	agua + jabón + aclarar + secar	clorhexidina alcoholica	
Cuñas, botellas, palanganas nevera medicación		diario	agua + jabón + escobilla	lejía + agua (1/10)	
Caudelímetros		mensual	agua + jabón + aclarar + secar	lejía + agua (1/10)	
Carro de paradas		semanal	agua + jabón + aclarar	Glutaraldehído Fenolato	
Ries de sueros		quincenal	agua + jabón + aclarar + secar	lejía + agua (1/10)	
Grúas		semanal	agua + jabón + aclarar + secar	lejía + agua (1/10)	
Vitrinas, estanterías y armarios de uso clínico		semanal	agua + jabón + aclarar + secar	lejía + agua (1/10)	
Encimeras de uso clínico		mensual			
Sillas de baño		diario			
Oftalmoscopio		semanal	agua + jabón + aclarar		
Otoscopio		semanal	agua + jabón + aclarar		
Aspiradores		semanal	agua + jabón + aclarar	Glutaraldehído Fenolato	
Esfignmanómetro		semanal	agua + jabón + aclarar + secar	clorhexidina alcoholica	
Fonendoscopio de uso común		diario	agua + jabón + aclarar + secar	clorhexidina alcoholica	
Coyines de sillas de ruedas no desfundables		semanal	agua + jabón + aclarar + secar	lejía + agua (1/10)	
Colchones de aire + motores		semanal	agua + jabón + aclarar + secar	lejía + agua (1/10)	
Concentrador de oxígeno y filtros		semanal	agua + jabón + aclarar + secar		
Sillas de ruedas		quincenal	agua + jabón + aclarar + secar	lejía + agua (1/10)	
Andadores y otras ayudas técnicas a la deambulación		quincenal	agua + jabón + aclarar + secar	lejía + agua (1/10)	
Bandejas de medicación		mensual	agua + jabón + aclarar + secar	lejía + agua (1/10)	
Pastilleros		mensual	agua + jabón + aclarar + secar	lejía + agua (1/10)	
Contenedores medicación		mensual	agua + jabón + aclarar + secar	lejía + agua (1/10)	



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

www.madrid.org

Protocolos de Gestión Asistencial: Atención a la Defunción



La Suma de Todos

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



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid

Grupo de Trabajo

D. PRIMITIVO RAMOS CORDERO
D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD
D. JESÚS GREGORIO ALASTRUEY RUIZ
D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ
D^a. M^a ISABEL VELA CARBONERO
D^a. ELISA CEBRIÁN RAYUELA
D^a. M^a ISABEL SANTOS ARRANZ
D^a. M^a ÁNGELES GONZÁLEZ GÓMEZ
D. SANTIAGO PRADA MANSILLA
D^a. SOTERRAÑA CALVO BARRIO
D. JULIO DEZA GÓMEZ
D^a. ANA MARÍA RINCÓN CORTÉS
D^a. DOLORES MARTÍN RAMOS
D. ÁNGEL TORAL REVUELTA
D^a. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ
D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

Protocolos de Gestión Asistencial: Atención a la Defunción



Introducción

Las características concretas de salud de la mayoría de los usuarios de los centros residenciales del Servicio Regional de Bienestar Social hacen que la muerte sea un elemento habitual en ellos.

Una correcta atención por parte del equipo asistencial de una residencia precisa de la elaboración de un protocolo asistencial específico que especifique los aspectos principales a regular en el manejo adecuado de la situación, tanto en cuanto a los cuidados específicos a prestar al cadáver, como en la atención respetuosa hacia familiares y allegados del difunto y el apoyo a los trámites administrativos asociados a estas circunstancias.

Objetivos

- Atender y preparar al cadáver ofreciendo un aspecto digno para ser trasladado al velatorio.
- Facilitar la accesibilidad de los servicios funerarios en función de sus creencias religiosas o culturales.
- Apoyar y/o ayudar a la familia del residente difunto confortándoles y dándoles el apoyo emocional necesario.

Usuarios a los que se dirige

Todo los residentes fallecidos, sus familiares y allegados.



Definiciones y conceptos

Sospecha de Defunción: situación fundada en la que se sospecha el cese de las funciones vitales, sin que aún exista constatación clínica de las mismas.

Defunción: cese constatado de las funciones vitales, confirmado mediante el Informe de Defunción y/o el Certificado de Defunción firmado por un Médico.

Cadáver: cuerpo humano desde la muerte real (fecha y hora que figure en el certificado de defunción), hasta los cinco años.

Duelo: reacción por la muerte de un ser querido (Ver Protocolo de Atención al Duelo).

Unidades y/o profesionales implicados

1. **Sospecha de Defunción:** cualquier empleado que sospeche una defunción debe ponerlo en conocimiento del personal del Área Sanitaria (Auxiliar de Enfermería y/o Diplomado en Enfermería DUE) los cuales establecerán las actuaciones pertinentes.
2. **Defunción:** el Médico del Centro o en ausencia de éste/os, el Médico de Cabeecera, el Médico de Guardia o de Urgencias o el Médico en Alerta del S.R.B.S.
3. **Instrucciones Previas:** El Médico del centro supervisará el respeto a las Voluntades Previas expresadas legalmente por el residente.
4. **Comunicación a Familiares:** el Médico del centro o el DUE y en ausencia de éstos el Trabajador Social o Auxiliares de Enfermería apoyado por el Médico que certifique la defunción.
5. **Preparación del Cadáver:** Auxiliares de Enfermería con el apoyo de los DUE en los casos en que sea preciso.
6. **Recepción de Llaves del Residente, Acondicionamiento de Mortuorios y Aviso a Servicios Funerarios:** el Auxiliar de Información, Vigilancia y Control.
7. **Traslado del Cadáver:** Auxiliar de Enfermería y/o Auxiliar de Servicios Generales.
8. **Baja del Residente en el centro y Duelo:** todos los profesionales del equipo interdisciplinar y personal administrativo coordinados por el Trabajador Social.



Descripción del procedimiento

- 9. Supervisión, Ejecución y Coordinación del Protocolo:** el Jefe de Área Técnico asistencial estará encargado de las mismas y se responsabilizará de proveer el material necesario (certificados de defunción, fungibles, sudarios, etc.) al área de atención sanitaria.

- 1. Sospecha de Defunción:** el trabajador que sospeche una defunción deberá contactar con el personal del Área Sanitaria (Auxiliar de Enfermería y/o DUE) y éstos establecerán las actuaciones pertinentes dando aviso al Médico que corresponda en cada caso.
- 2. Defunción:** la constatación de la defunción correrá a cargo del Médico del Centro, en ausencia de éste/os, se dará aviso al Centro de Salud o bien a los Servicios de Urgencias correspondientes y en los casos de muerte clínicamente cierta, al Médico de Alerta del S.R.B.S. Se elaborará el Informe y/o Certificado de Defunción. Si comparte habitación se trasladará a los compañeros.
- 3. Instrucciones Previas:** Cuando el residente haya formulado Instrucciones Previas y éstas se hayan registrado legalmente, según lo regulado en la legislación vigente, deberá adjuntarse a la Historia Clínica del interesado el Documento Oficial de Instrucciones Previas Inscritas emitido por el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid. En estos casos, el médico y el resto del Equipo Asistencial deberán respetar el contenido de las mismas.
- 4. Comunicación a Familiares:**

 - Se respetará el Testamento Vital o las voluntades expresados por escrito por el residente, informando a aquellas personas que previamente éste hubiese referenciado.
 - La información del éxitus y sus posibles causas, la efectuará una vez se tenga constancia del mismo el Médico/os que hayan atendido al usuario en su última fase, en su ausencia podrá hacerlo el DUE de turno y/o el Trabajador Social. En ausencia de los anteriores, el Auxiliar de Enfermería de turno informará del éxitus en colaboración con el Médico que intervenga en la certificación.
 - La información-comunicación a familiares ha de ser respetuosa y lo más precisa posible.
 - Si no existen instrucciones previas, se consultará a los familiares acerca del destino del cadáver (enterramiento, incineración, fines científicos, etc.) y lugar (Comunidad de Madrid u otra).
 - Solicitar a los familiares que aporten la documentación necesaria que tengan en su poder (recibo de compañía de deceso, DNI, etc.), para realizar los trámites oportunos.



5. **Comunicación Interna:** cada centro asignará a una unidad la responsabilidad de informar del éxitus y de la comunicación a las restantes unidades implicadas, mediante nota interior normalizada.
6. **Preparación del Cadáver:**
 - Retirar cualquier instrumental sanitario (vías de sueroterapia, sondas, etc.) por parte del DUE.
 - Lavar, secar, peinar, extender brazos y piernas, sujetar muñecas y tobillos, taponar orificios ante previsión de expulsión de fluidos, cerrar los párpados y sellar la boca con aerosol de película plástica, poner pañal protector y cerrar en bolsa-sudario, por parte del Aux. de Enfermería.
 - Cerrar los armarios con los objetos personales por parte del Auxiliar de Enfermería y entregar las llaves al personal que en cada centro esté designado para este fin.
7. **Acondicionamiento de Mortuorios, Aviso a Servicios Funerarios y Distribución de la Información Interna.** El Auxiliar de Información, Vigilancia y Control: Abrirá y acondicionará los velatorios (conexión del climatizador, y sala de acompañamientos). Contactará con los servicios funerarios o bien con los servicios o instituciones (juzgados, centros de donación de cadáver, etc.) que se le indiquen para comunicar el éxitus. Distribuirá la comunicación interna a los departamentos o unidades afectados. Facilitará el acceso al fichero o archivo de defunción del Trabajador Social
8. **Traslado del Cadáver:**
 - a. A dependencias del Centro:
 - Tras facilitar a los familiares un período de tiempo para acompañamiento-despedida del cadáver, se procederá al traslado a mortuorios en camilla por parte del Auxiliar de Servicios Generales y/o Auxiliar de Enfermería (Ver Protocolo de Atención al Duelo).
 - Se facilitará el acompañamiento de familiares y allegados al cadáver durante el período que permanezca en el Centro, hasta su traslado a Tanatorios u otras dependencias.
 - b. Del Centro al Tanatorio:
 - Una vez se personen en el Centro los servicios funerarios pertinentes, éstos, procederán a la recogida y traslado del cadáver desde las dependencias del Centro, en la que se encuentre, al coche fúnebre.
9. **Baja del Residente y Duelo:**
 - a. Se cerrarán las diferentes valoraciones del residente en HIRE y CFR con la mayor brevedad posible, no superando las 72 horas, para posteriormente dar de baja en la aplicación GCP.



- b. Se pondrá en marcha el Protocolo de Atención al Duelo: dentro de éste, a las 48-72 horas el Trabajador Social contactará con la familia para concertar cita y proceder al levantamiento de armarios, a la entrega de objetos personales e informará de los trámites para el cierre del expediente económico-administrativo
- c. La Gobernanta del Centro establecerá los mecanismos oportunos para que los Auxiliares de Servicios Generales, de Hostelería y de Mantenimiento procedan a la limpieza y/o desinfección de habitaciones, mortuorios, etc. así como a las reparaciones que se precisen en cada caso.

Normas técnicas

- **Fichero o Archivo:** todos los centros dispondrán de un fichero con los datos básicos actualizados para la tramitación de defunciones a cargo del Trabajador Social (en ausencia de éste el Aux. de Información, Vigilancia y Control tendrá acceso al mismo) y constará de:

- Fotocopia del DNI compulsada.
- Familiares o personas de referencia priorizados por orden, con nº de teléfono y dirección.
- Fotocopia de la Póliza de entierro y Compañía de deceso.
- Fotocopia del Testamento Vital ó últimas voluntades.
- Observaciones de interés.

- **Muerte Cierta o Real:**

- a. Exploraciones Complementarias: Tira de Electrocardiograma plano.
- b. Signos Clínicos Iniciales:
 - Ausencia de constantes vitales: latidos cardíacos, pulsos, respiración, etc.
 - Falta de relleno ante presión de uñas o pellizco de la piel, prueba del espejo, falta de reacción pupilar a la luz.
- c. Signos Clínicos Tardíos:
 - Rigidez (rigor mortis) en 3-5 horas, livideces en zonas declives (mancha rojo-violácea), corneas lechosas en 12-15 horas y descomposición a las 48-72 horas (mancha verdosa abdominal).

- **Aviso al Médico:**

- a. Ante Sospecha de Defunción:
 - En horario laboral del/de los Médico/os del centro se dará aviso a éstos y establecerán las actuaciones oportunas.



- Fuera del horario laboral del/de los Médico/os del centro, se dará aviso al Centro de Salud o bien al Servicio de Urgencias correspondiente, éstos constatarán o no la muerte, procediendo a la certificación ó bien simplemente a la información de la misma; debiendo en este último caso avisar al Médico en Alerta del S.R.B.S., para la certificación de la defunción y continuar los trámites oportunos.

b. Ante Muerte Cierta o Real:

- En horario laboral del/de los Médico/os del centro se dará aviso a éstos y establecerán las actuaciones oportunas.
- Fuera del horario laboral del Médico/os del centro se avisará al Médico de Alerta del S.R.B.S.

■ **Identificación e Inspección del Cadáver:**

- a. Identificación y datos de filiación, mediante DNI o persona que lo conozca fehacientemente.
- b. Examen del cadáver: signos de muerte, presencia de lesiones, hematomas, heridas, etc.
- c. Estudio de la Historia Médica en la que habrá constancia de los Problemas de Salud y el evolutivo de la última fase de enfermedad.
- d. Determinación de la causa de la muerte: natural, accidental o con lesiones y provocada (suicidio-homicidio); en los dos últimos supuestos establecer comunicación a las Fuerzas del Orden Público y seguir las instrucciones que se determinen en el Protocolo de Muerte Violenta.

■ **Certificación de la Defunción:** debe rellenarse todos los apartados del certificado con la mayor precisión posible y hacer fotocopias del mismo para el archivo en la Historia.

- Doble Certificación ante enterramiento o incineración fuera de la Comunidad de Madrid.
- Si se va a incinerar, reflejar explícitamente que no hay inconveniente para la incineración (ante incineración es recomendable doble certificación pues existen municipios que así lo requieren).
- Inconvenientes para la incineración: sólo ante la sospecha de muerte no natural (No existe inconveniente ante prótesis. Debe hacerse constar el uso de marcapasos, pues los modelos antiguos explotan).
- Cumplimentar la certificación para el Registro Civil.

■ **Conservación del Cadáver:**

- Durante las primeras 24 horas el cadáver debe conservarse en el tanatorio climatizado y en unas condiciones adecuadas de humedad y ventilación para evitar la putrefacción del cadáver.
- No podrá refrigerarse el cadáver en cámara frigorífica en las primeras 24 horas.



■ Enterramiento del Cadáver:

- a. Respetar el Testamento Vital o Últimas Voluntades que el residente haya expresado por escrito.
- b. Donación del Cadáver con fines Científicos: la Trabajadora Social dispondrá de un documento por escrito en el que el residente exprese esta voluntad con dos testigos presenciales en los que al menos alguno de ellos no sea trabajador del Centro.
- c. Se dará aviso a la compañía de decesos que el residente o su familia tuviesen contratada y ésta se encargará de las tramitaciones necesarias.
- d. En ausencia de compañía de decesos se llevará a cabo el enterramiento con los fondos privados de los que dispusiera el residente o bien con la aportación que ejerza su familia o allegados, eligiendo éstos la compañía proveedora del servicio.
- e. En el caso anterior si no existe elección de proveedores del servicio o delegan en el Centro, se elegirá siguiendo las instrucciones remitidas por el S.R.B.S. vigentes de 10 de Febrero de 2004.
- f. Ante ausencia de cualquiera mecanismos de cobertura se contactará con los servicios municipales a los que se aportará:
 - Fotocopia del DNI
 - Certificado de Defunción
 - Certificado de Empadronamiento de la Junta Municipal
 - Certificado Negativo de bienes y renta en la Delegación Territorial de Hacienda
- g. Ante negativa del Ayuntamiento para el enterramiento se comunicará al Juez de Guardia.

Registros y lugar de custodia

Custodia de documentos:

1. En todos los centros existirá en Administración un registro que constará de fecha de ingreso y procedencia, fecha de baja y motivo de la baja.
2. El Trabajador Social efectuará un registro de las defunciones, lugar, causa, etc. (ANEXO I) y dispondrá de un modelo normalizado de Últimas Voluntades (ANEXO II).

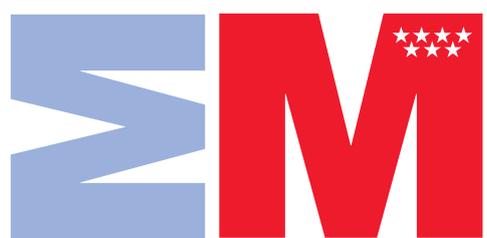


Fecha de elaboración y vigencia

1. **Elaboración:** Enero de 2006.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años.

Documentos y referencias

- Manual y protocolos asistenciales en residencia para personas mayores. SAR Fundación.
- Manual de procedimientos de enfermería. Hospital Gral. Universitario Gregorio Marañón.
- Manual de Buena Practica para residencias de personas ancianas. Diputación Foral de Álava.
- Decreto 124/1997 de 9 de Octubre, de la Comunidad de Madrid sobre Reglamento de Sanidad Mortuoria (BOCM de 16/10/1997).
- LEY 3/2005, de 23 de mayo, de la Comunidad de Madrid por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente. (BOE del 10/11/2005).
- DECRETO 101/2006, de 16 de noviembre, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid.
- ORDEN 2191/2006, de 18 de diciembre, por la que se desarrolla el Decreto 101/2006, de 28 de noviembre, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid y se establecen los modelos oficiales de los documentos de solicitud de inscripción.



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

www.madrid.org

Protocolos de Gestión Asistencial: Atención al Duelo



La Suma de Todos

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



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid

Grupo de Trabajo

D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD

D. JESÚS GREGORIO ALASTRUEY RUIZ

D. PRIMITIVO RAMOS CORDERO

D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ

D^a. M^a ISABEL VELA CARBONERO

D^a. ELISA CEBRIÁN RAYUELA

D^a. M^a ISABEL SANTOS ARRANZ

D^a. M^a ÁNGELES GONZÁLEZ GÓMEZ

D. SANTIAGO PRADA MANSILLA

D^a. SOTERRAÑA CALVO BARRIO

D. JULIO DEZA GÓMEZ

D^a. ANA MARÍA RINCÓN CORTÉS

D^a. DOLORES MARTÍN RAMOS

D. ÁNGEL TORAL REVUELTA

D^a. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ

D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

Protocolos de Gestión Asistencial: Atención al Duelo



Introducción

El acompañamiento y el apoyo emocional adecuado a las familias y allegados al residente en los momentos previos y posteriores a la muerte es un factor importante para una correcta atención. En muchas ocasiones, la estrecha convivencia que se establece entre la familia y los profesionales genera la confianza necesaria para que éstos, una vez que se ha producido la muerte del residente, puedan confortar a los afectados y detectar signos indicadores de sospecha de que la adaptación a la nueva situación resulte traumática y se pueda estar generando un duelo patológico que necesite de una atención profesional.

En estos casos, será conveniente derivar a los afectados al nivel asistencial más adecuado para encauzar la situación.

Todo lo anterior justifica la elaboración de un protocolo que marque la atención más adecuada a prestar en estos momentos.

Objetivos

- Apoyar y/o ayudar a la familia y allegados del residente fallecido, confortándoles y dándoles el apoyo emocional necesario, durante el proceso de defunción así como en las primeras fases del duelo.
- Establecer las recomendaciones y derivaciones oportunas ante sospecha de duelo patológico o grave disfunción psicoafectiva.



Usuarios a los que se dirige

Todas las familias y allegados de los residentes fallecidos.

Definiciones y conceptos

Duelo: reacción ante la muerte de un ser querido que requiere un proceso de adaptación a la nueva situación. Duración variable, puede llegar hasta los dos años, e incluso más, ante duelos patológicos

- **Duelo Anticipado. Premuerte:** sentimientos de ansiedad, miedo y shock
- **Duelo Agudo. Muerte y Perimuerte:** shock e incredulidad ante la situación
- **Duelo:** Fases:
 - a. **Fase I. Inmediata:** negativa, rechazo y auto reproche. Deseo solidario de muerte. Días-meses.
 - b. **Fase II. Intermedia:** dolor y depresión. Inicio de la aceptación. Meses-años.
 - c. **Fase III. Tardía:** sedimentación y adaptación a la situación, reorganización de vida 6-12 meses.

Unidades y/o profesionales implicados

- **Duelo:** todos los profesionales del equipo interdisciplinar, coordinados por el Trabajador Social.
- **Supervisión, Ejecución y Coordinación del Protocolo:** el Jefe de Área Técnico Asistencial estará encargado de las mismas.

Descripción del procedimiento

1. Despedida del Cadáver:

- El Diplomado en Enfermería (DUE) y/o Auxiliar de Enfermería facilitarán a los familiares un período de tiempo no superior 20 minutos, para acompañamiento-despedida del cadáver antes del traslado.



- Facilitar el acompañamiento de familiares y personas próximas al cadáver, durante el período que permanezca en los mortuorios del Centro hasta su traslado al Tanatorio u otras dependencias.

- 2. Duelo y Baja del Residente:** salvo petición expresa de la familia en sentido contrario, se efectuará un seguimiento en las primeras fases de duelo, ayudando a asimilar la nueva situación. De forma orientativa se establecerá contacto con los familiares más próximos:
 - A las 48-72 horas, el Trabajador Social contactará con la familia para concertar cita y proceder al levantamiento de armarios, a la entrega de objetos personales y a informar de los trámites para el cierre del expediente económico-administrativo. En ésta se valorará el estado emocional de los familiares.
 - Se aconseja contactar con los familiares y valorar el estado emocional y la adaptación a la nueva situación, haciendo las recomendaciones oportunas ante sospecha de duelo patológico.

- 3. Duelo ante permanencia en el Centro del Cónyuge o Familiares Próximos:** facilitar el acompañamiento de algún familiar durante las primeras 24 horas. Efectuar un seguimiento estrecho de éstos, hasta que se considere que ha superado de la forma más satisfactoria posible el duelo, estableciendo las derivaciones que se estimen necesarias (salud mental, psicoterapia, etc.). El DUE y el Trabajador Social alertarán a los miembros del equipo interdisciplinar pertinentes.

- 4. Duelo de los Residentes próximos:** seguir la evolución de éstos, hasta que se considere superado de la forma más satisfactoria posible el duelo. Establecer las derivaciones necesarias (salud mental, psicoterapia, etc.). El DUE y el Trabajador Social alertarán a los miembros del equipo interdisciplinar de los casos que estimen oportunos.

Normas técnicas

■ Objetivos ante Duelo:

- El duelo es un proceso normal que ha de vivirse de la forma más natural y saludable posible.
- Debe reconducirse de forma que salga reconfortado y fortalecido del mismo: evitar sentimiento de culpabilidad, informar de los cuidados que se ha recibido, etc.
- Detectar el duelo complicado precozmente para así establecer el enfoque oportuno.



- ❑ Evitar el tratamiento farmacológico sistemático (ansiolíticos, antidepresivos, etc.) ante todo duelo. Utilizar el tratamiento farmacológico solo ante casos complicados y durante períodos correctos para evitar la dependencia.
- ❑ Evitar el duelo crónico de larga evolución y con repercusiones emocionales de por vida.
- ❑ Ayudar y orientar en la toma de decisiones.

Registros y lugar de custodia

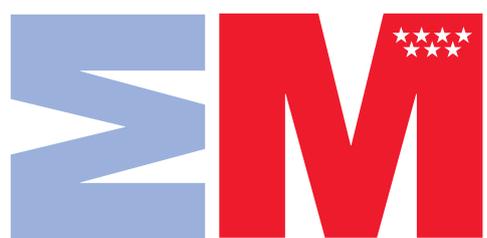
- ▲ Registro de seguimiento en la Hoja de Evolutivos del HIRE del Trabajador Social o de cualquier otro miembro del Equipo Interdisciplinar que intervenga (DUE, Médico, etc.).

Fecha de elaboración y vigencia

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

Documentos y referencias

- Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores. SAR Fundación.
- Manual de Buena Práctica para residencias de personas ancianas. Diputación Foral de Álava.
- Guía del Duelo. Guías Clínicas Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 2004.



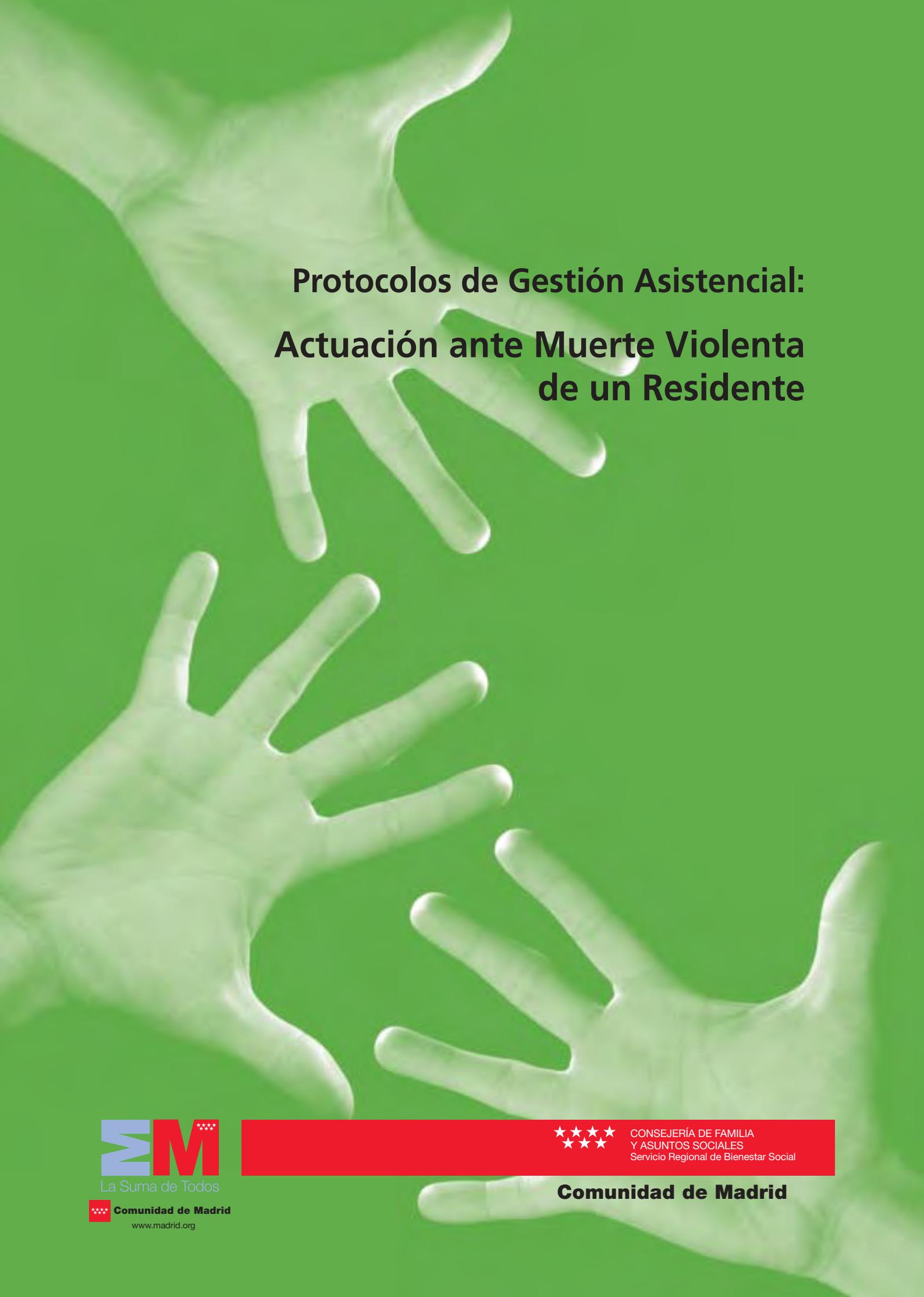
La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

www.madrid.org



Protocolos de Gestión Asistencial: Actuación ante Muerte Violenta de un Residente



La Suma de Todos

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



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid

Grupo de Trabajo

D. PRIMITIVO RAMOS CORDERO
D. JESÚS GREGORIO ALASTRUEY RUIZ
D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD
D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ
D^a. M^a ISABEL VELA CARBONERO
D^a. ELISA CEBRIÁN RAYUELA
D^a. M^a ISABEL SANTOS ARRANZ
D^a. M^a ÁNGELES GONZÁLEZ GÓMEZ
D. SANTIAGO PRADA MANSILLA
D^a. SOTERRAÑA CALVO BARRIO
D. JULIO DEZA GÓMEZ
D^a. ANA MARÍA RINCÓN CORTÉS
D^a. DOLORES MARTÍN RAMOS
D. ÁNGEL TORAL REVUELTA
D^a. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ
D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

Protocolos de Gestión Asistencial: Actuación ante Muerte Violenta de un Residente



Introducción

La atención integral a las necesidades de las personas mayores que viven en centros residenciales conlleva, en algunos casos extremos, importantes repercusiones legales. Este es el caso de aquellas situaciones en las que el personal del centro sospecha que la defunción de algún residente pueda ser consecuencia de una causa no natural.

En los casos anteriormente señalados, es fundamental que todos los profesionales tengan un esquema claro y especificado por medio de un protocolo, de cuál debe ser el procedimiento correcto a emplear tanto dentro de la propia institución como de cara a informar, con la mayor diligencia posible, a las autoridades legales que deban intervenir en el caso.

Objetivos

- Identificar las posibles muertes violentas de residentes.
- Establecer las actuaciones oportunas, por parte del personal de la residencia, ante situaciones de sospecha de muerte violenta de un residente.

Usuarios a los que se dirige

Todos los residentes fallecidos en la residencia en los que exista una sospecha fundada, por parte del personal del centro, de muerte violenta.



Definiciones y conceptos

Muerte natural: Fallecimiento que tiene lugar sin intervención de ninguna fuerza extraña al organismo, sin que haya concurrido en su determinación ninguna violencia.

Muerte violenta: Fallecimiento debido a violencias, traumatismos o fuerzas extrañas a la normal fisiología y aún a la patología interna. En esta situación, siempre hay que determinar si hubo por parte de alguien, una participación activa o pasiva en su desencadenamiento que pueda justificar su responsabilidad. Esto no quiere decir que en todas las muertes violentas tenga que haber necesariamente una figura delictiva. Tiene tres variedades:

- **Muerte violenta accidental:** En ésta, la sucesión de fenómenos que dieron lugar a la “violencia”, origen de la muerte, ha tenido lugar o principio sin intervención de ninguna voluntad humana. (ej: Caídas, ahogamientos...). Si en la muerte ha habido una negligencia o imprudencia, podría derivarse una responsabilidad penal o civil.
- **Muerte violenta suicida:** Es la propia víctima quien pone en marcha el mecanismo traumático causante de la muerte.
- **Muerte violenta criminal:** La violencia extraña al organismo, causante de la muerte, es debida a alguien ajeno a él, quien la desencadena activamente y aun, en ocasiones, con la directa intención de producir tal resultado.

Unidades y/o profesionales implicados

1. Todo el personal del centro que detecte una muerte en la que se sospeche un mecanismo de producción no natural.
2. Médico y/o Diplomado en Enfermería (DUE) que pondrán en marcha el procedimiento ante sospecha de muerte violenta.

Descripción del procedimiento

1. Ante cualquier residente inconsciente, se realizará comunicación inmediata al médico y/DUE del centro y, en su ausencia, al servicio de urgencias correspondiente.



2. El médico y/o DUE realizarán maniobras de Resucitación Cardio Pulmonar si están indicadas o aplicarán aquellas medidas que la persona lesionada o agozante requiera.
3. En el caso en que el residente fallezca o ya estuviera muerto y no exista sospecha de muerte violenta, se aplicará el protocolo de defunción del S.R.B.S.
4. Si el miembro del personal tiene sospecha o indicios de una muerte violenta, no manipular el cuerpo ni el entorno.
5. El auxiliar de control comunicará inmediatamente al director del centro la situación creada.
6. El médico responsable de certificar la defunción, según el protocolo de defunción del Servicio Regional De Bienestar Social (S.R.B.S.), deberá identificar de acuerdo a los signos disponibles, la presencia de una posible muerte violenta y, en este caso, el facultativo pospondrá la certificación del fallecimiento y pondrá en ejecución los trámites enumerados a continuación:
 - El médico pondrá en conocimiento de las fuerzas de orden público y/o de la autoridad judicial de guardia en la zona la sospecha de muerte violenta por medio del teléfono.
 - El director del centro, o persona en quien éste delegue pondrá en conocimiento de la familia la muerte del residente y las circunstancias acompañantes.
 - Hasta que la autoridad competente tome la decisión oportuna, el personal del centro procurará preservar el aislamiento del cuerpo del resto de residentes y empleados. Si la muerte se produce en un espacio público, se cubrirá el cuerpo y se procurará aislar al máximo el espacio (por ejemplo: con un biombo o similar). Si la muerte es en habitación compartida, ubicar al compañero/a en otra estancia.
 - El director recabará del personal del centro toda la información que pueda resultar de interés para la autoridad judicial (última persona que vio al residente con vida, comportamiento de éste...).
 - Cuando se persone la autoridad competente, el personal del centro se pondrá a su disposición para lo que precise.
 - Si la autoridad judicial competente descartase cualquier responsabilidad legal, el centro seguirá aplicando el protocolo de defunción del S.R.B.S.
7. En todo caso, el mismo día en que se produzca el suceso, se debe mandar informe detallado a la Gerencia del S.R.B.S. por medio del fax, con copia para la Subdirección Gral. de Centros y Programas. Además, se comunicará telefónicamente a la Subdirección Gral. de Centros y Programas o, en su defecto, al teléfono de emergencias del S.R.B.S.



8. El equipo interdisciplinar del centro procurará prestar apoyo emocional a los trabajadores que detectaron la situación o participaron en su resolución, a los familiares del residente y a los residentes cercanos al suceso.
9. En los 15 días posteriores a la defunción, el equipo interdisciplinar del centro se reunirá para analizar las circunstancias de la muerte, para obtener conclusiones que puedan permitir, en algunos casos, prevenir y evitar situaciones similares.

Normas técnicas

- Si se realiza reanimación, se tendrán las siguientes precauciones en el manejo del residente:
 - Manos: no se tocarán pulpejos, ni surcos ni lechos ungueales (piel bajo la uña).
 - Orificios naturales, sobre todo si presentan lesiones o restos de sustancias.
 - Ropas:
 - Se cortarán, si procede, respetando marcas derivadas del mecanismo de lesión.
 - En el caso de desnudar a la víctima, se depositará la ropa en una bolsa para su entrega a la policía.
- La manipulación del cuerpo se realizará usando guantes desechables.
- Cuando finalicen las maniobras de reanimación, se retirará en una bolsa el material utilizado en ésta, procurando separarlo de los objetos existentes en el lugar de los hechos, sobre todo si pudieran relacionarse con la etiología de la muerte (jeringuillas, armas, fármacos...).

Registros y lugar de custodia

- ▲ Libro de Incidencias oficial del centro.
- ▲ HIRE.

Fecha de elaboración y vigencia

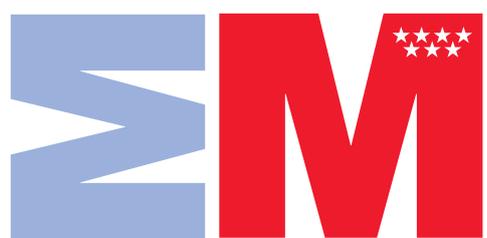
1. **Elaboración:** Enero de 2006.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años.

7



Documentos y referencias

- Gisbert Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología.
- Procedimientos Operativos del SAMUR: www.munimadrid.es/SicWeb/monograficos/samur/ooee/procedimientos/Operativo.pdf.
- Ley, de 8 de Junio de 1957, reguladora del Registro Civil (B.O.E nº 151 de 10/6/1957).
- Real Decreto 820/2005, de 8 de julio del Reglamento del Registro Civil (BOE núm. 175 de 23/7/2005).



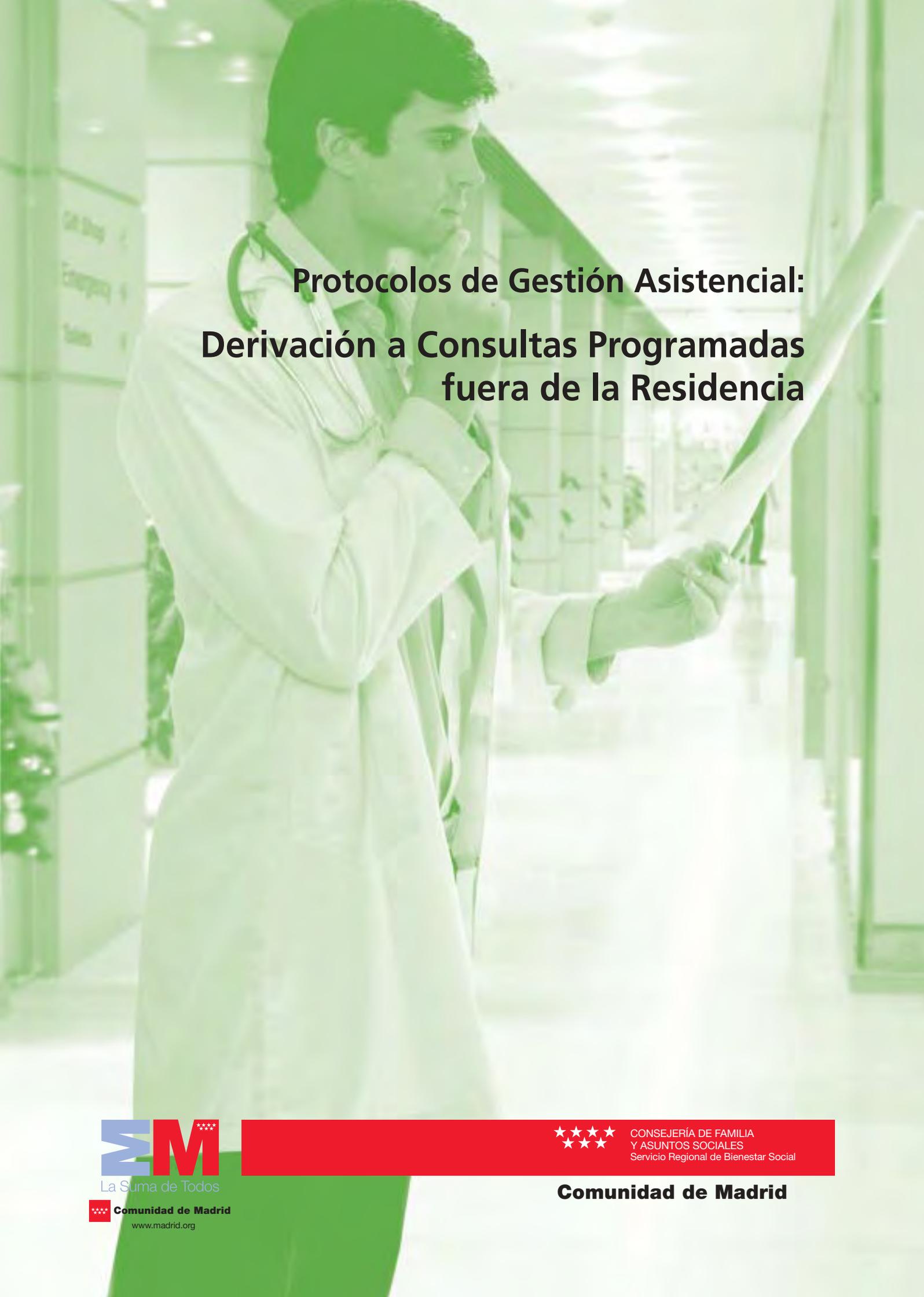
La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

www.madrid.org



Protocolos de Gestión Asistencial: Derivación a Consultas Programadas fuera de la Residencia



La Suma de Todos

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



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid

Grupo de Trabajo

D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD

D^a. ENGRACIA DEL MAR LÓPEZ ANDRÉS

D. JESÚS GREGORIO ALASTRUEY RUIZ

D. CARLOS MARÍA GALÁN CABELLO

D. ANTONIO MARÍA ONRUBIA PECHARROMÁN

D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ

D. PRIMITIVO RAMOS CORDERO

D^a. RAQUEL SACRISTÁN FERNÁNDEZ

D^a. M^a PILAR GARCÍA RUBÍ

D. JAVIER MORENO DEL PRADO

D^a. AMPARO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

D. EDUARDO SEYLLER GARCÍA

D. CARLOS PEDREIRA COPÍN

D^a. BELÉN MARTÍNEZ-VALERO GONZÁLEZ

D^a. ANA MARÍA RINCÓN CORTÉS

D^a. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ

D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

Protocolos de Gestión Asistencial:

Derivación a Consultas Programadas fuera de la Residencia



Introducción

La atención proporcionada en los Centros residenciales, basada en una atención de manutención y alojamiento, unos cuidados personales en las actividades básicas de la vida diaria y unos cuidados médicos y de enfermería de primer nivel, es decir los de atención primaria de salud, requiere que frecuentemente haya que trasladar a nuestros usuarios a consultas fuera de la residencia, tanto a especialistas médicos como a consultas externas hospitalarias.

Las actuaciones preventivas que se realizan en los centros, las alteraciones fisiológicas que provocan el envejecimiento y las enfermedades tanto agudas como crónicas que padecen algunos de ellos, hace necesario que estos profesionales ajenos al Centro participen en los procesos de diagnóstico y tratamiento desde un ámbito especializado.

La coordinación de estos desplazamientos fuera de la residencia, al realizarse en personas mayores, que presentan cierta problemática, como ocurre con cualquier otra persona que se encuentre en su domicilio, como es: la necesidad de acompañamiento, el uso de vehículos adaptados y la transmisión de la información que necesitan para esas consultas, hace necesario el apoyo de personal del centro y por tanto tener adecuadamente definidas mediante un protocolo las actuaciones de los diferentes profesionales.

Objetivos

- Asegurar la asistencia sanitaria en otras instituciones asistenciales a todos los usuarios garantizando la continuidad de los cuidados.
- Atender y preparar al usuario comunicándole su traslado, proporcionándole un aspecto digno para el mismo.



- Proporcionar al residente el mayor bienestar posible durante el desplazamiento, coordinando de forma adecuada los traslados.
- Acompañar a los usuarios que lo necesiten fuera del Centro con el fin de prestar asistencia, ayuda o información, cuando la familia del residente no pueda proporcionarles dicho apoyo.

Usuarios a los que se dirige

Todos los residentes con necesidad de traslado o derivación, sus familiares y allegados.

Definiciones y conceptos

Derivación. Es el acto en que se decide el traslado fuera del Centro de un residente a otro dispositivo asistencial, así como la preparación del usuario y de la información necesaria con el fin de que reciba la mejor atención.

Traslado. Proceso que se realiza para ubicar al residente en otro dispositivo asistencial en el que se cubrirán sus necesidades específicas de atención.

Acompañamiento. Es la asistencia que debe prestarse al residente durante el tiempo que dure el desplazamiento fuera del centro.

Unidades y/o profesionales implicados

1. **Decisión de la derivación:** Será realizada específicamente por el médico del centro, bien como necesidad detectada por él, bien como aceptación de cita de revisión solicitada por especialistas.
2. **Responsable de la actividad y de la supervisión:** Diplomado en Enfermería de referencia.
3. **Solicitud de la cita:** DUE y/o persona en quién delegue.
4. **Comunicación a Familiares:** el Trabajador Social y en ausencia de éstos el Diplomado en Enfermería, el Médico, o los Auxiliares de Enfermería.
5. **Preparación del usuario:** Auxiliares de Enfermería con el apoyo de los Diplomados en Enfermería en los casos en que sea preciso.



6. **Solicitud del medio de transporte:** Diplomado en Enfermería y/o el Auxiliar de Información, Vigilancia y Control.
7. **Decisión de la necesidad de acompañamiento:** el Médico y/o el Diplomado en Enfermería.
8. **Orden de acompañamiento:** El Jefe de Área Técnico Asistencial o en su ausencia el Diplomado en Enfermería.
9. **Acompañamiento del usuario:** Auxiliar de Enfermería si fuera necesario.
10. **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. **Decisión de la derivación:** El Médico del centro una vez detectada la necesidad dará la orden de derivación y se realizará tanto de forma oral como escrita, indicando en ella el medio de transporte. En aquellos casos en que algún especialista haya solicitado una revisión del residente, el médico del centro confirmará la misma y se seguirán los trámites necesarios. En todos los casos debe quedar registrada la cita en la hoja de evolución de la historia médica y de enfermería del residente.
2. **Comunicación a Residente y Familiares:**
 - ❑ Siempre se debe comunicar al residente, cuando su situación psico-física lo permita, que se le va a trasladar, informándole de la forma más adecuada posible del motivo del traslado y lugar a dónde se traslada. Esta comunicación debe realizarla la persona que decide la derivación en ese momento, y debe ser recordada por el Diplomado en Enfermería de referencia el día anterior a la cita. En el caso de los usuarios con capacidad de autogobierno se realizará esta comunicación por escrito.
 - ❑ En la comunicación a familiares se respetará las voluntades expresados por escrito por el residente, informando a aquellas personas que previamente éste hubiese referenciado y que deben estar reflejados tanto en la historia social como en la historia médica y de enfermería.
 - Se debe informar de la hora lugar y motivo de la derivación de forma empática y lo más precisa posible y siempre dentro de las 24 horas siguientes desde que se conoce la fecha de la cita.
 - Se debe solicitar y pactar el acompañamiento familiar.



3. **Solicitud de la cita:** La solicitud de cita se realizará por el Diplomado en Enfermería o persona en quién delegue por medio de Fax, teléfono o personalmente según proceda. En todos los casos debe quedar registrada la cita tanto en la hoja de evolución de la historia de enfermería del residente como en la agenda de citas. Se debe procurar ajustar las citas programadas en atención especializada, dentro del horario de los diferentes turnos, para evitar la prolongación de jornada. Debe anotarse también si el residente necesita una preparación especial para la prueba o visita solicitada, con los plazos que esta preparación requiera.
4. **Comunicación Interna:** El Diplomado en Enfermería de turno comunicará al resto de los profesionales del Centro, al Jefe de Área Técnico Asistencial y/o a la Dirección el traslado del usuario informando de la hora lugar y motivo de la derivación.
5. **Preparación de la documentación:** 24 horas antes de la cita debe estar preparada la documentación necesaria para que el residente pueda ser atendido en el dispositivo asistencial al que se le traslade.
6. **Organización de transporte:** El Diplomado en Enfermería decidirá como se realiza el transporte, según las indicaciones que se hayan establecido en la orden de derivación. El Auxiliar de Información, Vigilancia y Control, solicitará el transporte: propio, público (taxi) o ambulancia y tipo de la misma.
7. **Orden de acompañamiento:**
 - a. Cada Centro tendrá establecido, la forma y las personas que deben acompañar a los residentes que lo precisen, ante aquellos casos que el residente no tenga familia o ante la imposibilidad de esta de realizar el acompañamiento, según los criterios establecidos por el Departamento de Personal del Servicio Regional de Bienestar Social en su circular de 16 de diciembre de 2002.
 - b. La Trabajadora Social del Centro, 72 horas antes de la derivación debe haber contactado con la familia y localizado el acompañante, en caso contrario debe comunicárselo al Jefe de Área Técnico Asistencial o persona que realice dichas funciones.
 - c. Dependiendo de la situación basal del residente, las circunstancias del traslado y la situación clínica planteada, el Jefe de Área Técnico Asistencial previa consulta al médico que ha derivado, podrá decidir acompañar con personal del Centro o retrasar la cita hasta que la familia puede acompañar.
8. **Preparación del residente:** El día de la cita el personal auxiliar que corresponda, aseará, duchará y vestirá adecuadamente al residente para acudir a la consulta programada y se encargará de asegurar que el residente tome su desayuno y la medicación prescrita. En el caso de los residentes autónomos la auxiliar de referencia supervisará estos extremos procurando que el usuario realice adecuadamente la higiene y el vestido. Una hora antes de la hora prevista para el traslado, el Diplomado en Enfermería de referencia comprobará la higiene y el vestido del residente a trasladar.

Asimismo los Diplomados en Enfermería de referencia, en el caso de que la prueba o visita solicitada necesite de una preparación especial, deben haber preparado al residente en los plazos que esta preparación requiera y comprobar que esto esté realizado. En el caso de los residentes diabéticos que precisen ir en ayunas, se llevará el almuerzo preparado desde la residencia, y una orden de inyectable firmada por el médico, con las dosis correspondientes de insulina.



9. Acompañamiento y traslado al Centro derivado:

- a. Antes de salir el Diplomado en Enfermería debe comprobar que se lleva toda la documentación necesaria y entregar personalmente dicha documentación al Auxiliar de Enfermería, familiares o allegados que acompañen al usuario.
- b. El Auxiliar de Enfermería debe preocuparse de que todo el material que lleve (ayudas técnicas, pertenencias personales del Residente, etc.) vuelva de regreso a la Residencia.
- c. El Auxiliar de Enfermería debe procurar que el residente quede acomodado en el medio de transporte de la mejor manera según su situación psicofísica.

10. Actuación en el centro derivado:

- a. Recoger la información que se le suministre por el médico del centro derivado sobre el paciente y su estado, para posteriormente suministrar esa información al Médico de la Residencia.
- b. Permanecer con el residente, en los casos en que por el Médico y/o Diplomado en Enfermería del Centro se haya establecido, hasta el regreso a la Residencia, o la llegada de la familia. En los casos en que el Auxiliar de Enfermería acompañe a más de un residente, debe procurar coordinar adecuadamente las consultas y pactar claramente el lugar y el momento de la recogida de todos los usuarios.
- c. Si llegara la hora del cambio de turno y la consiguiente finalización de la jornada laboral y todavía fuera necesario permanecer con el Residente, el Auxiliar de Enfermería avisará a la Residencia para proceder al envío de otro Auxiliar de Enfermería que haga el relevo. Si no fuera posible el envío de otro Auxiliar de Enfermería, deberá permanecer con el residente y una vez haya regresado a la Residencia fichará a la llegada y comunicará en un parte de incidencias a la Dirección el horario de llegada, con el fin de compensar convenientemente el exceso de jornada, todo ello de acuerdo con la circular de 16 de diciembre de 2002 del Departamento de Personal del Servicio Regional de Bienestar Social.
- d. Cada Centro tendrá establecida la forma en que se realizaran si fuera preciso esos relevos y los medios a utilizar (Telefonía, taxis...).



- 11. Regreso al Centro:** Al regreso, el Auxiliar de Enfermería comunicará al Diplomado en Enfermería de turno su vuelta. El Auxiliar de Enfermería que haya acompañado al Residente, será quién se encargue de que el residente quede instalado en su habitación y se responsabilizará que todo el material utilizado se deposite en lugar que le corresponde.

En el caso de quedar ingresado notificará en Conserjería y Diplomado en Enfermería de turno el hospital, cama y habitación donde quedó ingresado. El Diplomado en Enfermería a su vez comunicará la incidencia a Trabajador Social/Dirección/ Jefe de Área Técnico Asistencial/Médico/Familia.

Normas técnicas

- En todos los casos debe quedar registrada la decisión de la derivación en la hoja de evolución de la historia médica del residente, así como en la historia de enfermería. Debe quedar también reflejada en ambas el resultado de la derivación.
- Se debe comprobar y verificar la identidad del paciente ante del traslado y en toda la documentación que se acompañe.
- Si para el traslado se necesita ambulancia no urgente se seguirán las instrucciones enviadas sobre el procedimiento de actuación en materia de transporte sanitario no urgente en las residencias de mayores del SRBS enviada por el Summa112.
- Informar al usuario sobre todo lo referente al desplazamiento (causa, lugar, tiempo aproximado de duración, etc.). Se debe informar al residente adecuando la información al nivel de preocupación, comprensión y estado del residente.
- El Auxiliar de Enfermería preferentemente ira con su ropa de trabajo, y de abrigo, homologada y necesaria (artículo 60 del Convenio colectivo).
- Se debe comprobar que el usuario lleva la ropa adecuada para las condiciones ambientales existentes durante el traslado.
- Colocar sondas, sueros, etc., (si los hubiera) de forma adecuada para el traslado, y en su soporte correspondiente.
- Entregar la documentación al profesional responsable del Centro derivado. Esta documentación será como mínimo: Documento de consulta, según los modelos en vigor del Servicio madrileño de Salud, informe de derivación del Servicio Regional de Bienestar Social (HIRE), fotocopia del DNI y de la tarjeta sanitaria del usuario, otros...

- Existirá un Libro registro de salidas y entradas de residentes, a cargo de la Unidad de Control y vigilancia, donde debe quedar registrado: Fecha y hora del desplazamiento, Centro, Unidad o Servicio que lo recibe, medio de transporte utilizado, acompañante del residente, fecha de comunicación a la familia, familiar que se responsabiliza en el Centro de derivación.
- El Auxiliar de enfermería informará cuando sea preciso, después del traslado de las posibles complicaciones surgidas durante el traslado y las medidas adoptadas.



Registros y lugar de custodia

- ▲ Informe de Inter-consulta en Aplicación informática, Historia Integral del Residente (HIRE).
- ▲ Libro de Registros de Entradas y Salidas de Residentes, custodiado por la Unidad de Vigilancia y Control.
- ▲ Aplicación informática, Control de visitas a Centros (COVA).

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

- Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores. SAR Fundación.
- Manual de procedimientos de enfermería. Hospital Gral. Universitario Gregorio Marañón.
- Manual de Buena Práctica para residencias de personas ancianas. Diputación Foral de Álava.
- Orden 766/1993 de 10 de junio por la que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de las Residencias de Ancianos del Servicio Regional de Bienestar Social.



- Circular de 16 de diciembre de 2002 del Departamento de Personal del Servicio Regional de Bienestar Social.
- Decreto 128/1996, de 29 de agosto, por el que se regulan las características técnico-sanitarias de los vehículos-ambulancia residenciados en Madrid para el transporte sanitario. (BOCM 11/9/96).
- Procedimiento de actuación en materia de transporte sanitario no urgente en las Residencias de Mayores del Servicio Regional de Bienestar Social (Summa112).

	R. PP.MM. SERVICIO REGIONAL DE BIENESTAR SOCIAL CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES	Fecha: 15/03/2017 Página 1 de 2
Comunidad de Madrid		

INFORME DE INTERCONSULTA

Destinatario: CONSULTA DE NEUROLOGIA

Unidad: 1447 o CATEGORÍA CDT (Cód. de Delineación): CP-ABCDXEPH279		
Hospital: RC TMB	Centro: TMB	P.N.C. Social: 842400000
Atención: ALIMENTACIÓN FRUTOS SECOS		

MÉDICO SOLICITANTE			
Ora:			
Nº colegiado:		CPF:	

ANTECEDENTES PERSONALES	
Quirúrgicos:	
Médicos:	

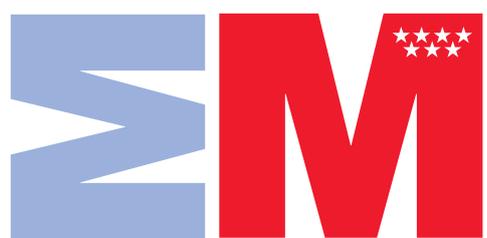
DIAGNÓSTICOS MÉDICOS INACTIVOS	
Fecha diagnóstico 1:	
Fecha diagnóstico 2:	

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS ACTIVOS	
Fecha diagnóstico 1:	
Fecha diagnóstico 2:	
Fecha diagnóstico 3:	
Fecha diagnóstico 4:	

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL			
Fármaco 1	Posología 1	Fecha inicio tto. 1	
Fármaco 2	Posología 2	Fecha inicio tto. 2	
Fármaco 3	Posología 3	Fecha inicio tto. 3	
Fármaco 4	Posología 4	Fecha inicio tto. 4	

MOTIVO DE CONSULTA
Madrid, 8 de 2017 Firmado:

INFORME DEL ESPECIALISTA
Dr./Dra.:
Madrid, 8 de 2000 Firmado:
Precisa revisión posterior: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha aproximada:



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

www.madrid.org

Protocolos de Gestión Asistencial: Derivación a Urgencias Hospitalarias



Grupo de Trabajo

D^a. ENGRACIA DEL MAR LÓPEZ ANDRÉS
D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD
D. JESÚS GREGORIO ALASTRUEY RUIZ
D. CARLOS MARÍA GALÁN CABELLO
D. ANTONIO MARÍA ONRUBIA PECHARROMÁN
D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ
D. PRIMITIVO RAMOS CORDERO
D^a. RAQUEL SACRISTÁN FERNÁNDEZ
D^a. M^a PILAR GARCÍA RUBÍ
D. JAVIER MORENO DEL PRADO
D^a. AMPARO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ
D. EDUARDO SEYLLER GARCÍA
D. CARLOS PEDREIRA COPÍN
D^a. BELÉN MARTÍNEZ-VALERO GONZÁLEZ
D^a. ANA MARÍA RINCÓN CORTÉS
D^a. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ
D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

Protocolos de Gestión Asistencial:

Derivación a Urgencias Hospitalarias



Introducción

Ante una situación de urgencia súbita con riesgo vital, está demostrado que la resolución del caso dependerá mucho de la primera respuesta sanitaria que se le dé, así como, el pronóstico y evolución de una persona con una patología que atenta gravemente a su vida.

La utilización de una forma común de actuar, plasmado en un documento de referencia, permite que la actuación coordinada, de los diferentes profesionales que intervienen ante una urgencia, sea rápida y eficaz, pudiendo minimizar los efectos que esta tiene sobre el pronóstico, así como facilitar una mejor evolución del paciente.

Objetivos

- Derivar al residente al Servicio de Urgencias Hospitalarias, con la mayor rapidez posible, en las situaciones clínicas que así lo requieran.
- Asegurar que el residente se traslada en las mejores condiciones de confort, con la información y la documentación necesaria.

Usuarios a los que se dirige

Todos los residentes con necesidad de traslado urgente, sus familiares y allegados.



Definiciones y conceptos

Situación de urgencia. Ocurre cuando aparece uno o varios problemas de salud de forma súbita o inesperada, que ponen en riesgo la vida, requiriendo una asistencia sanitaria inmediata.

Derivación urgente. Es el acto en que se decide el traslado de un residente a otro dispositivo asistencial, así como la preparación del usuario y de la información necesaria, con el fin de que reciba la atención urgente necesaria.

Traslado urgente. Actuación que se realiza para ubicar al residente en otro dispositivo asistencial, en el que se cubrirán sus necesidades específicas de atención urgente.

Unidades y/o profesionales implicados

1. **Detección de la posible situación de urgencia:** cualquier persona o trabajador del Centro, incluidos los residentes del mismo.
2. **Actuación ante la situación de urgencia:** Médico, Diplomado en Enfermería y, en ausencia de éstos, el Auxiliar de Enfermería.
3. **Información al residente:** Médico, Diplomado en Enfermería y, en ausencia de éstos, el Auxiliar de Enfermería.
4. **Preparación de informe sanitario:** Médico y Diplomado de Enfermería y, en ausencia de éstos, el Auxiliar de Enfermería.
5. **Comunicación interna:** Diplomado en Enfermería y, en ausencia de éste, el Auxiliar de Enfermería.
6. **Comunicación a Familiares:** Médico, Diplomado en Enfermería y, en ausencia de éstos, el Auxiliar de Enfermería.
7. **Preparación del usuario:** Auxiliar de Enfermería con el apoyo del Diplomado en Enfermería en los casos en que sea preciso.
8. **Responsable del protocolo:** Diplomado en Enfermería.
9. **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

5



1. Detección de la posible situación de urgencia:

- ❑ La persona que perciba una situación de urgencia en un residente, se comunicará de forma inmediata con la Unidad de Enfermería y/o con la Unidad de Control, Comunicaciones y Vigilancia quien, a su vez, avisará en el acto al Médico y al Diplomado en Enfermería.

2. Actuación ante la situación de urgencia:

- ❑ Se hará una primera valoración de la urgencia en el lugar donde se encuentre el residente. El tiempo transcurrido entre la comunicación y la valoración no debe ser superior a cinco minutos.
- ❑ Si su situación lo permite, dentro de los diez primeros minutos desde el suceso, se le trasladará a la Unidad de Enfermería, donde el Médico realizará un examen más exhaustivo, y tomará la decisión de la necesidad o no del traslado al hospital.
- ❑ En caso de ausencia del Médico, el Diplomado en Enfermería de turno avisará al 112, a quien aportará los datos de la Historia Médica que éste solicite.
- ❑ Se registrará la urgencia tanto en la Historia Médica como de Enfermería del residente.

3. Información al residente:

- ❑ Siempre se debe comunicar al residente, cualquiera que sea su situación psicofísica, que se le va a trasladar, la razón de su traslado, lugar a dónde va y medio de transporte que se va utilizar. Se debe informar adecuándose al nivel de preocupación, comprensión y estado del residente.

4. Preparación del informe sanitario:

- ❑ el Médico de la Residencia o Diplomado en Enfermería en su caso, preparará el Informe de Derivación al hospital, utilizando el modelo que aparece en el HIRE.

5. Comunicación interna:

- ❑ El Diplomado en Enfermería de turno comunicará al resto de los profesionales del Centro, al Jefe de Área Técnico Asistencial y/o la Dirección del Centro el traslado del usuario informando de la hora, lugar y motivo de la derivación. Esta comunicación se realizará según el procedimiento interno de cada Centro.



6. Comunicación a Familiares:

- ❑ En la comunicación a familiares se respetará las voluntades expresadas por escrito por el Residente, informando a aquellas personas que previamente éste hubiese referenciado y que deben estar reflejados tanto en la Historia Social como en la Historia Médica y de Enfermería.
- ❑ Se debe informar de manera inmediata de la derivación a urgencias, y hacerlo de forma empática y lo más precisa posible.
- ❑ Es imprescindible asegurarse que el familiar queda informado, por lo que si no fuera posible contactar con ellos, se actuará de la siguiente manera:
 - Se insistirá tantas veces como sea necesario.
 - Se dejará mensajes en el contestador automático cada vez que se intente la comunicación.
 - Se reflejará en el Libro de Incidencias la imposibilidad de dicha comunicación directa.
 - Los turnos siguientes continuarán intentándolo hasta conseguirlo, en cuyo caso, quedará reflejada fecha, hora, nombre y parentesco del familiar.

7. Preparación del Residente. Antes de la salida se realizarán las siguientes tareas:

- ❑ El Diplomado en Enfermería comprobará y verificará la identidad del residente, tomará las medidas de urgencia necesarias, revisará toda la documentación que se acompañe y entregará personalmente dicha documentación al personal del servicio de ambulancias.
- ❑ El Auxiliar de Enfermería junto con el Diplomado en Enfermería, lavará y/o cambiará de ropa al residente si fuera necesario.
- ❑ Si el residente no está consciente, el Auxiliar de Enfermería le retirará los efectos personales (joyas, prótesis, etc.). Si está consciente, le indicará la conveniencia de retirárselos, y entregará dichos efectos a la Unidad de Administración para su custodia o en el sitio marcado en cada Centro cuando la Unidad de Administración esté cerrada.
- ❑ El Diplomado en Enfermería colocará sondas, sueros, etc., (si los hubiera) de forma adecuada para el traslado, y en su soporte correspondiente.
- ❑ El Auxiliar de Enfermería y/o el Diplomado en Enfermería acompañará al residente desde el lugar donde se encuentre hasta el vehículo de transporte, se asegurará que quede acomodado en el medio de transporte de la mejor manera según su situación psicofísica, y notificará en la Unidad de Control, Comunicaciones y Vigilancia la salida, indicando el nombre y apellidos del Residente y el lugar a donde se dirige.



- ❑ El Diplomado en Enfermería registrará en la Historia de Enfermería fecha y hora del desplazamiento, Centro a donde se le ha derivado, medio de transporte, fecha y hora de comunicación a la familia y familiar que se responsabilizará en el Centro de derivación.
- ❑ El Auxiliar de Enfermería retirará todo el material sanitario que se haya utilizado en la habitación y cerrará, si fuera posible, el armario y/o la habitación y entregará las llaves en la Unidad de Control, Comunicaciones y Vigilancia.
- ❑ La Unidad de Control, Comunicaciones y Vigilancia registrará la salida en el Libro de Registros de Entradas y Salidas de Residentes o en la aplicación informática Control de Visitas a Centros (COVA).

8. Regreso al Centro:

- ❑ La Unidad de Control, Comunicaciones y Vigilancia avisará a la Unidad de Enfermería de la llegada del Residente y anotará el regreso en el Libro de Registros de Entradas y Salidas de Residentes o en la aplicación informática COVA.
- ❑ El Médico del Centro y en su ausencia el Diplomado en Enfermería, valorará el estado del Residente y decidirá la ubicación del mismo (Unidad de Enfermería o la habitación del usuario), revisará el informe médico que traiga consigo el Residente, solicitará los nuevos fármacos y las nuevas citas si procede, comunicará con la familia y registrará en la Historia Médica.
- ❑ El Diplomado en Enfermería junto con el Auxiliar de Enfermería acomodará al Residente en la habitación, realizará una inspección completa, tomará constantes si procede, e informará al resto de los profesionales. Solicitará la dieta indicando el lugar donde se haya acomodado al Residente. También registrará el nuevo tratamiento, lo modificará en el cajetín y gestionará las nuevas citas si procede.
- ❑ Si el Médico prescribe que el Residente permanezca en reposo en su habitación, se pautarán visitas periódicas para control y vigilancia (al menos una por turno).

9. Actuaciones posteriores:

- ❑ En el caso de que el Residente quede ingresado, el Trabajador Social recabará noticias del Usuario en las primeras 72 horas. Mantendrá contacto periódicamente hasta el alta.



Normas técnicas

- Desde el momento de la detección de la urgencia y hasta la primera valoración, el Residente permanecerá constantemente vigilado por personal sanitario.
- El tiempo transcurrido entre la detección y la primera valoración, debe ser inferior a cinco minutos.
- Entre la detección y el traslado, si procede, a la Unidad de Enfermería, el tiempo transcurrido no debe ser superior a diez minutos.
- En todos los casos debe quedar registrada la derivación en la Hoja de Evolución de la Historia Médica del Residente, así como en la Historia de Enfermería.

Registros y lugar de custodia

- ▲ Aplicación informática, Historia Integral del Residente (HIRE).
- ▲ Libro de Registros de Entradas y Salidas de Residentes, custodiado por la Unidad de Vigilancia y Control.
- ▲ Aplicación informática, Control de visitas a Centros (COVA).

Fecha de elaboración y vigencia

1. **Elaboración:** Marzo de 2007.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años.

Documentos y referencias

- Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores. SAR Fundación.
- Manual de procedimientos de enfermería. Hospital Gral. Universitario Gregorio Marañón.
- Manual de Buena Práctica para residencias de personas ancianas. Diputación Foral de Álava.

- Orden 766/1993 de 10 de junio por la que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de las Residencias de Ancianos del Servicio Regional de Bienestar Social.
- Decreto 128/1996, de 29 de agosto, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales por el que se regulan las características técnico-sanitarias de los vehículos-ambulancia residenciados en la Comunidad de Madrid para el transporte sanitario terrestre (BOCM 11/9/96).
- Historia Integral del Residente (HIRE). Servicio Regional de Bienestar Social.





R. PP.MM.
SERVICIO REGIONAL DE BIENESTAR SOCIAL
CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Forma - 14022007

Página 1 de 2

Comunidad de Madrid

INFORME DE DERIVACIÓN

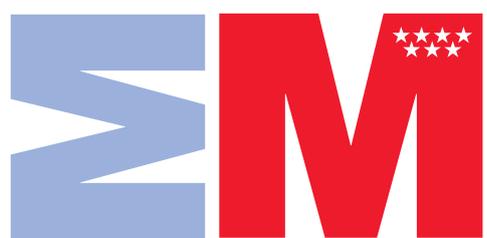
Destinatario: **HOSPITAL DE ÁREA**

Motivo: **CAÍDA E INESTABILIDAD DEL PASADIZO DE TRONCAL DE LA TORREJA (MAYOR DE EDAD)**
 Ingresos: **NO** / Diagnóstico: **FRAGILIDAD** / Tipo de derivación: **ASISTENCIAL**
 Motivo: **AUMENTADA DEPENDENCIA**

Motivo de derivación / Tratamiento urgente administrado:

ANTECEDENTES PERSONALES		
Quirúrgicos		
Médicos		
DIAGNÓSTICOS MÉDICOS INACTIVOS		
DIAGNÓSTICOS MÉDICOS ACTIVOS		
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL		
SITUACIÓN COGNITIVA		
Escala de Deterioro Cognitivo CFR (RAI-NH)		Alteración de Conducta
SITUACIÓN FUNCIONAL		
BARTHEL		
GRADO DE AUTONOMÍA Y NECESIDAD DE AYUDA PARA LAS ABVD (CFR)		
Actividad	Autonomía	Necesidad de ayuda por el personal
Movimientos cama		
transferencias		
Desambulación		
Alimentación		
Evacuación		
Higiene Personal		
Baño		

SITUACION NUTRICIONAL			
Índice Masa Corporal	Tipo de dieta	Taduta	Complementos
Alteración deglución		Dispositivo	
GRADO DE CONTINENCIA			
Continencia Vesical	Absorbente		Otras medidas
Continencia Fecal	Absorbente		Otras medidas
LESIONES EN LA PIEL			
Escala de NORTON	Úlceras por Presión		
Úlcera 1	Grado		Tratamiento
Úlcera 2	Grado		Tratamiento
Úlcera 3	Grado		Tratamiento
ALTERACIONES SENSORIALES			
Alteración de la visión		Alteración de la audición	
CUIDADOS ESPECIALES			
Oxigenoterapia		Pausa de Desquemas/pla	
Ostomías		Cambios posturales	
Óvulos		Pausa de diálisis	
Ayudas Táctiles		Sujeción Física (Tipo)	
RIESGOS ESPECIALES			
Caídas	Fugas	Sucios	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA ACTIVOS			
DIAGNÓSTICOS SOCIALES ACTIVOS			
Fecha			
Firmado			



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

www.madrid.org

Protocolos de Gestión Asistencial: Ausencias No Justificadas de Usuarios en Residencias de Mayores



La Suma de Todos

 **Comunidad de Madrid**

www.madrid.org



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid

Grupo de Trabajo

D^a. ENGRACIA DEL MAR LÓPEZ ANDRÉS
D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD
D. JESÚS GREGORIO ALASTRUEY RUIZ
D. CARLOS MARÍA GALÁN CABELLO
D. ANTONIO MARÍA ONRUBIA PECHARROMÁN
D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ
D. PRIMITIVO RAMOS CORDERO
D^a. RAQUEL SACRISTÁN FERNÁNDEZ
D^a. M^a PILAR GARCÍA RUBÍ
D. JAVIER MORENO DEL PRADO
D^a. AMPARO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ
D. EDUARDO SEYLLER GARCÍA
D. CARLOS PEDREIRA COPÍN
D^a. BELÉN MARTÍNEZ-VALERO GONZÁLEZ
D^a. ANA MARÍA RINCÓN CORTÉS
D^a. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ
D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

Protocolos de Gestión Asistencial: Ausencias No Justificadas de Usuarios en Residencias de Mayores



Introducción

El derecho a la libertad, la seguridad y la libre circulación de todas las personas es un derecho fundamental regulado en nuestra Constitución así como en La Declaración Universal de Derechos Humanos. El ingreso en una Residencia de mayores no supone la merma de ninguno de estos derechos, puesto que son establecimientos abiertos.

Sin embargo, hay personas que viven en estos Centros y que presentan trastornos mentales y del comportamiento, teniendo además, algunos de ellos, conductas de riesgo como puede ser el alejamiento de la Residencia sin comunicarlo previamente al personal que allí trabaja, pudiendo poner en peligro su seguridad física. La condición de guardadores de hecho, en las que a veces se convierten las Residencias en este tipo de usuarios, hace necesario que para proteger dicha seguridad e integridad, se tenga previsto un protocolo de actuación dirigidas a la prevención e intervención ante estas conductas.

Objetivos

- Velar por la seguridad e integridad de los residentes.
- Proporcionar tranquilidad a los familiares y allegados.
- Asegurar la vigilancia y control de accesos a zonas de riesgo.
- Evitar las ausencias de los residentes con trastornos mentales y del comportamiento.
- Actuar inmediata y coordinadamente ante una ausencia no justificada, con el fin de disminuir la posibilidad de riesgos para la integridad física del residente.



Usuarios a los que se dirige

Todos los residentes, en especial aquellos que, tras ser evaluados por el Equipo Interdisciplinar corren riesgo de ausencia no justificada o autolesión.

Definiciones y conceptos

Ausencia: alejamiento de la Residencia e instalaciones anexas.

Ausencia justificada: ausencia comunicada a la Dirección del Centro.

- Ausencia justificada prevista: comunicada con más de 48h de antelación al inicio de la misma.
- Ausencia justificada no prevista: comunicada con un plazo de tiempo inferior a 48h.

Ausencia no justificada: ausencia no comunicada ni conocida por el Centro.

Unidades y/o profesionales implicados

- 1. Control y custodia del edificio, accesos y llaves:** Unidad de Control, Comunicaciones y Vigilancia.
- 2. Supervisión y registro de salidas y entradas, ausencias y retornos de los residentes:** Unidad de Control, Comunicaciones y Vigilancia.
- 3. Elaboración de un listado de residentes con riesgo de ausencia no justificada:** Equipo Interdisciplinar.
- 4. Autorización al residente de las ausencias de duración continuada superior al mes, o las discontinuas que superen los cuarenta y cinco días en el período de doce meses. Comunicación al resto de los departamentos:** Dirección.
- 5. Detección y comunicación de la ausencia:** cualquier trabajador de la Residencia.
- 6. Búsqueda del Residente:** cualquier trabajador de la Residencia.
- 7. Comunicación a la policía:** Trabajador Social y/o Jefe de Área Técnico Asistencial y/o Unidad de Control, Comunicaciones y Vigilancia.

8. **Comunicación a la familia:** Trabajador Social, y/o Jefe de Área Técnico Asistencial o Diplomado en Enfermería en su ausencia.
9. **Responsable del protocolo:** Trabajador Social y/o Jefe de Área Técnico Asistencial o persona en quien delegue.
10. **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. PREVENCIÓN DE AUSENCIAS

- El Equipo Interdisciplinar elaborará un listado trimestral de aquellos residentes que tengan riesgo de ausencia no justificada, ya sea por trastornos mentales y del comportamiento, como por posibilidad de autolisis basándose en los PIA 2,9 y 10 del CFR y lo entregará a la Unidad de Control, Comunicaciones y Vigilancia. También incluirá en este listado todos aquellos residentes que, por alguna razón, considere debe tener una mayor vigilancia.
- La Unidad de Control, Comunicaciones y Vigilancia revisará, cerrará y conectará la alarma en los pasos y accesos que son de uso exclusivo para personal autorizado cuando estos no sean utilizados por los trabajadores; antes de cerrar, comprobará la no permanencia de ningún residente en las zonas de uso común tales como biblioteca, comedores, etc. así como donde se realicen eventos sociales: capilla, salón de actos. También realizará comprobaciones al final de cada turno en jardines y patios, sótanos, talleres y aseos comunes de los residentes. Diariamente, cumplimentará una Hoja de Control que remitirá al Área de Servicios Generales, y a las Unidades de Administración y de Atención Sanitaria que contendrá el número de residentes que pernoctan en la Residencia y relación nominal de ausentes e ingresados en La Unidad de Enfermería con indicación de su número de habitación.
- Cuando el residente pernocte fuera de la Residencia, le solicitará las llaves y la firma, y registrará en el Libro de Control de Salidas y Entradas de los residentes la fecha, el motivo de la salida, la hora y/o fecha prevista de regreso. Si la salida abarca el horario de alguna comida, se informará por escrito al Área de Servicios Generales, y a las Unidades de Administración y de Atención Sanitaria. Guardará una copia del ejemplar en el cajetín del residente. Al regreso, la Unidad de Control, Comunicaciones y Vigilancia anotará la fecha y hora real de llegada en el parte que tenía guardado en el cajetín del residente, y éste firmará en el mismo. Remitirá dicha información al Área de Servicios Generales, y a las Unidades de Administración y de Atención Sanitaria.



Al final de cada turno, revisará las llaves no entregadas, comprobará el motivo que lo justifique y reflejará las incidencias de las ausencias no justificadas.

- Si se activa la alarma de las puertas de salida de emergencias, talleres, etc., comprobará si algún residente ha accedido a estas zonas.
- Entre las 8h y las 10h de la mañana, el Auxiliar de Enfermería y/o Auxiliar de Hostelería harán un control de presencia de residentes. Para ello, utilizarán la hoja de control elaborada en La Unidad de Control, Comunicaciones y Vigilancia y se revisarán **todas** las habitaciones incluso las deshabitadas. Comprobarán la presencia de los residentes en **todos** los comedores. y en las tres comidas (desayuno, comida y cena).
- A partir de las 22h, el Auxiliar de Enfermería hará un control de presencia de residentes. Para ello, utilizará la hoja de control elaborada en La Unidad de Control, Comunicaciones y Vigilancia y se revisarán **todas** las habitaciones incluso las deshabitadas.
- En todos los casos, el Auxiliar de Enfermería verificará la estancia en el Centro del residente que se halle ausente del comedor y/o de la habitación.

2. ACTUACIÓN ANTE UNA AUSENCIA NO JUSTIFICADA

- El trabajador que la detecte, avisará a La Unidad de Control, Comunicaciones y Vigilancia quien, a su vez, alertará a la Dirección del Centro, Jefe de Área Técnico Asistencial, Trabajador Social y Diplomado en Enfermería indicando el lugar donde ha sido visto el residente por última vez.
- **La búsqueda se realizará según estas directrices:** El responsable del protocolo distribuirá a todos aquellos que participen en la búsqueda. En primer lugar por el interior del edificio y si no da resultado, se buscará por los jardines y patios. El tercer paso a seguir es la búsqueda por las zonas aledañas al edificio. Si no se encuentra al residente, el Trabajador Social y/o Jefe de Área Técnico Asistencial pondrá la denuncia ante las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado. Tanto si el residente es localizado como si permanece ausente, la Trabajadora Social informará a la familia siempre teniendo en cuenta las preferencias que manifestó el residente, y registrará la incidencia en su Historia Social. El DUE y el AE registrarán las actuaciones en sus registros correspondientes.
- **Si han pasado ocho horas de la hora prevista del regreso del residente,** la Unidad de Control, Comunicaciones y Vigilancia informará a Trabajo Social, Jefe de Área Técnico Asistencial y Dirección, quien comprobará que el residente no se encuentra en el Centro. El Trabajador Social se pondrá en contacto con el teléfono que haya dejado informado el residente al ausentarse. Si no hubiera respuesta, solicitará información a la familia siempre teniendo en cuenta las preferencias que manifestó el residente. En caso de que continuara la imposibilidad de conocer el paradero, el Trabajador Social y/o el Jefe de Área Técnico Asistencial pondrá la denuncia ante las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

- ❑ Si hubiera que ir a recoger al residente a la calle, los Centros tendrán previsto un sistema que lo facilite.

3. COMUNICACIÓN A SERVICIOS CENTRALES

- ❑ En todo caso, el mismo día en que se produzca el suceso, se debe mandar informe detallado a la Gerencia del Servicio Regional de Bienestar Social por medio del fax, con copia para la Subdirección General de Centros y Programas. Además, se comunicará telefónicamente a la Subdirección Gral. de Centros y Programas o, en su defecto, al teléfono de emergencias del Servicio Regional de Bienestar Social.

7



Normas técnicas

- Las zonas de uso exclusivo para el personal autorizado, estarán debidamente señalizadas.
- Las puertas de acceso a las escaleras permanecerán siempre cerradas y contarán con sistema de seguridad.

Registros y lugar de custodia

- ▲ Aplicación informática, Historia Integral del Residente (HIRE).
- ▲ Libro de Registros de Entradas y Salidas de Residentes, custodiado por la Unidad de Vigilancia y Control.
- ▲ Aplicación informática, Control de visitas a Centros (COVA).

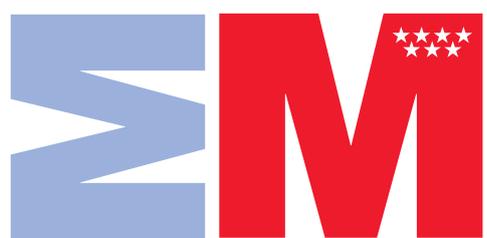
Fecha de elaboración y vigencia

1. **Elaboración:** Enero de 2007.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años.



Documentos y referencias

- PIA 2: Pérdida cognitiva/demencia, PIA 9: Estado de ánimo y PIA 10: Síntomas Conductuales del manual Clasificación Funcional de Residentes CFR. Proceso Técnico Asistencial 2. Valoración de Necesidades para la Planificación de Cuidados (Documento nº 8). Servicio Regional de Bienestar Social.
- Manual de Buena Práctica para residencias de personas ancianas. Diputación Foral de Álava
- Artículos 9, 17 y 25 de la Orden 766/1993 de 10 de junio por la que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de las Residencias de Ancianos del Servicio Regional de Bienestar Social.
- 100 Recomendaciones Básicas Para Fomentar La Calidad En Residencias De Personas Mayores. Grupo De Trabajo de residencias. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
- Protocolo de ausencias injustificadas de residentes de la Residencias de Mayores Dr. González Bueno del Servicio Regional de Bienestar Social.
- Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. 21 Edición.



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

www.madrid.org



Documentación: Normativa, Legislación y Bibliografía



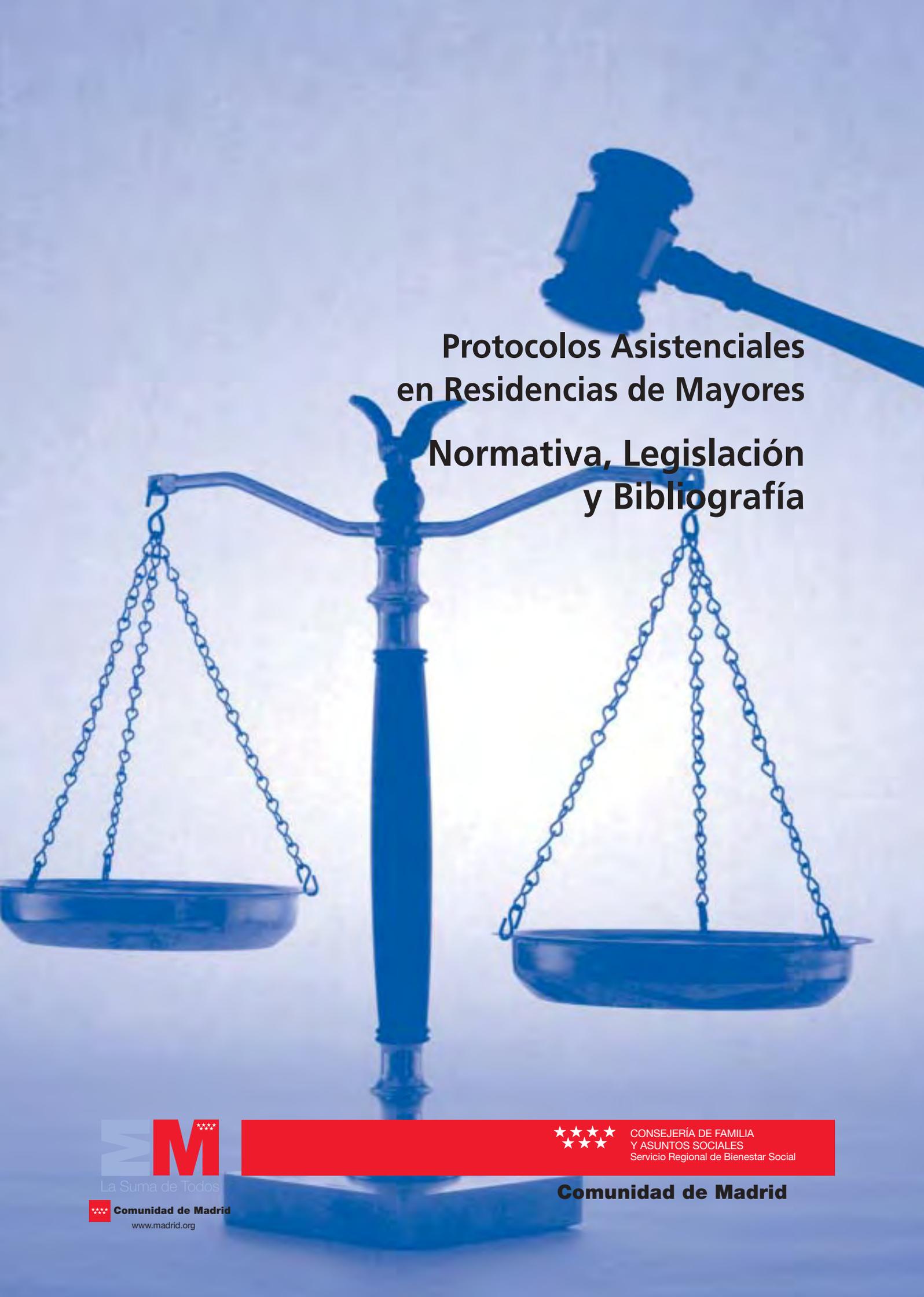
La Suma de Todos

Comunidad de Madrid
www.madrid.org



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid



Protocolos Asistenciales en Residencias de Mayores

Normativa, Legislación y Bibliografía



La Suma de Todos

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



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid



Legislación

Decreto 72/2001, de 31 de mayo, por el que se regula el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Residencias, Centros de Atención de Día y Pisos Tutelados. ⁽¹⁾

La Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales ⁽²⁾, prevé la organización y establecimiento de servicios sociales especializados tendentes a evitar la marginación de las personas mayores y a promover su integración y participación en la sociedad favoreciendo su mantenimiento en el medio. En desarrollo de esta previsión, el Consejo de Gobierno aprobó el Decreto 28/1993, de 24 de marzo, por el que se complementaba el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Residencias y Centros de Día, siendo éstos, en aquel momento, los recursos fundamentales para la atención especializada de las personas mayores en nuestra Comunidad.

Sin embargo, el importante crecimiento que se viene produciendo en la Comunidad de Madrid de las necesidades de atención a personas mayores en residencias y centros de día, en mayor proporción que los recursos existentes para atenderlas, requiere una nueva regulación del régimen jurídico que da soporte a la prestación del servicio público de atención a personas mayores a través de servicios sociales especializados.

La regulación del Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Residencias, Centros de Día y Pisos Tutelados, persigue establecer las herramientas jurídicas necesarias que permitan el desarrollo del programa de «Alojamiento alternativo y atención especializada» recogido en el Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid, aprobado por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 23 de abril de 1998, así como articular los mecanismos suficientes para la implantación de nuevos procedimientos que favorezcan la rápida creación del mayor número de plazas posibles de atención residencial y diurna.

Entre los recursos diseñados en el programa de «Alojamiento alternativo y atención especializada», figuran los pisos tutelados. Se incorpora así a la red de servicios sociales especializados un nuevo dispositivo de atención social destinado a un sector de las personas mayores cuyas necesidades no cubren los servicios ofrecidos desde las residencias y centros de día.

¹ BOCM 4 de junio de 2001.

² Véase la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, que deroga la Ley 11/1984, de 6 de junio.

El principal objetivo de la intervención social es que los recursos sociales tengan un carácter normalizador y que se asimilen en lo posible a los medios que la población en general utiliza para resolver necesidades semejantes. De esta forma, y a través de los pisos tutelados en los que se ofrece alojamiento con algunos servicios comunes y fundamentalmente la supervisión por parte de la institución titular, se atenderán las necesidades de alojamiento de las personas mayores que gozan de autonomía personal a través de recursos menos especializados que las residencias, evitando así su desarraigo.

Por lo que se refiere a la satisfacción de la creciente demanda de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores, constituye una prioridad del Gobierno regional, toda vez que se trata de personas que, por la disminución progresiva de su grado de autovalimiento, se ven abocadas a situaciones de dependencia de otras personas para la realización de las actividades más elementales de su vida diaria; o los cuidados que precisan son de tal naturaleza e intensidad, que sólo pueden recibirlos en un centro especializado. Hasta la fecha han ido aplicándose nuevas y diversas fórmulas, tales como la creación de plazas residenciales cofinanciadas por la Administración y los usuarios, complementadas con la implantación de nuevos recursos asistenciales dirigidos al mantenimiento de los mayores en su medio social y entorno comunitario, o los centros de día que, en muchos casos, pueden demorar e incluso evitar el ingreso de la persona mayor en un centro residencial.

Pero aun suponiendo las medidas adoptadas un significativo avance respecto a los recursos sociales aplicados en el pasado, han resultado insuficientes y se han visto desbordadas por la existencia de una franja de población mayor caracterizada por presentar una edad elevada, como consecuencia de la mejora de las condiciones de vida y de la atención sanitaria recibida, que demanda atención residencial porque es en este momento de su vida cuando se intensifica el deterioro de su salud, surgiendo la necesidad de una atención y cuidados personales que no pueden ser dispensados en el propio domicilio.

Es preciso, pues, buscar nuevos procedimientos de creación del mayor número de plazas de atención residencial y diurna en el menor tiempo posible, con la implantación de un nuevo Programa, en el que están llamados a participar la Administración Local (con la aportación de suelo) y regional (realizando funciones de planificación, control y financiación), y los proveedores de este tipo de servicios, que constituyen la iniciativa social y empresarial (realizando las inversiones correspondientes y gestionando el Servicio Público mediante concesión administrativa).

El referido Programa contemplará la existencia en un mismo centro de tres tipos de plazas, integradas en el mismo Servicio Público:

- a) Plazas cuyo coste será asumido por la Administración regional, sin perjuicio de la aportación por el usuario del precio público correspondiente de acuerdo con la legislación vigente.
- b) Plazas cuyo coste será asumido por la Administración regional y el propio usuario, sus familiares u otras personas que adquieran el compromiso de cofinanciación.

- c) Plazas cuyo coste será asumido íntegramente por el usuario, sus familiares u otras personas físicas o jurídicas que adquieran este compromiso de forma solidaria o subsidiaria.

Este último aspecto junto con el estímulo a la participación de los agentes implicados en la atención a los mayores, la planificación y control público de los servicios para este colectivo y el afloramiento de los recursos económicos privados para ser aplicados a sufragar el coste total de las plazas ocupadas por aquellos usuarios que los poseen en grado suficiente, constituyen las principales innovaciones del nuevo programa.

A fin de contemplar y dar cobertura jurídica a la inclusión en el Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Residencias y Centros de Día, de plazas cuyo coste sea asumido totalmente por el usuario, sus familiares u otras personas físicas o jurídicas que adquieran solidaria o subsidiariamente este compromiso, es necesario incorporar al Régimen Jurídico Básico de dicho Servicio Público, aquellos aspectos referidos a los usuarios que ocupen este tipo de plazas y a los precios autorizados o tarifas que deban abonar por tal ocupación.

Por todo ello, a propuesta de la Consejería de Servicios Sociales, de acuerdo con el Consejo de Estado, y previa deliberación del Consejo de Gobierno de fecha 31 de mayo de 2001.

DISPONGO:

Artículo 1. *Objeto.*

El presente Decreto tiene por objeto regular el régimen jurídico básico de prestación del Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Residencias, Centros de Día y Pisos Tutelados.

Artículo 2. *Principios organizativos y de funcionamiento.*

La organización y el funcionamiento de las residencias, centros de día y pisos tutelados para personas mayores, garantizarán el respeto a los derechos fundamentales de la persona y a los recogidos en la Ley 8/1990, de 10 de octubre, reguladora de las Actuaciones Inspectoras y de Control de los Centros y Servicios de Acción Social.

Asimismo, en el marco de las políticas de promoción reguladas en el artículo 50 del Texto Constitucional y en el 11.c) de la Ley de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, y sin perjuicio de los principios generales establecidos en el artículo 3 de esta última, la prestación del Servicio a que se refiere este Decreto, se ajustará a los siguientes principios:

- a) Integración del usuario en el centro y en su entorno social desde el momento mismo de su ingreso.
- b) Fomento de la normalización, entendida como el desarrollo de un estilo de vida similar al del entorno de referencia.

- c) Atención a las necesidades básicas de los usuarios que garanticen el máximo de autonomía personal.
- d) Respeto a la individualidad y a la intimidad.
- e) Promoción de la participación y representación de los usuarios.
- f) Participación y corresponsabilización de los profesionales en el seguimiento de la evolución de los usuarios.

Artículo 3. Usuarios del Servicio Público.

Podrán ser usuarios del Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Residencias, Centros de Día y Pisos Tutelados aquellas personas que reúnan los siguientes requisitos:

1. Ser español o nacional de cualquier Estado miembro de la Unión Europea y residente en el territorio de la Comunidad de Madrid:
 - a) Durante los dos últimos años inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud, para aquellos solicitantes del servicio público que opten por ocupar plazas financiadas por la Comunidad de Madrid, así como a los solicitantes de Pisos Tutelados.
 - b) En el momento de su designación para los usuarios de plazas cuyo coste deba ser sufragado en su totalidad por ellos mismos, por sus familiares o por otras personas físicas o jurídicas que se obliguen a ello de forma solidaria o subsidiaria.

2. Tener cumplidos sesenta y cinco años en el momento de solicitar el ingreso.

Aquellas personas cuya necesidad de asistencia para la realización de las actividades elementales de la vida diaria las haga tributarias de atención en plaza asistida, podrán solicitar el ingreso en los centros residenciales y de día una vez cumplidos los sesenta años.

Asimismo podrá ingresar en las residencias de mayores el cónyuge del residente o persona unida de hecho a él, siempre que haya cumplido los sesenta años.

3. No padecer enfermedad infecto-contagiosa ni cualquier otra que requiera atención permanente y continuada en centro hospitalario.
4. Los usuarios de los pisos tutelados, además de los requisitos anteriores, deberán ser autónomos en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y carecer de alojamiento estable o ser éste inadecuado y no susceptible de reforma, o encontrarse en situación de riesgo por vivir solo.
5. Los extranjeros que pertenezcan a países distintos de los de la Unión Europea podrán acceder al Servicio Público regulado en el presente Decreto de acuerdo a lo dispuesto en los vigentes Tratados Internacionales, en la vigente Ley reguladora del Derecho de Asilo y de la Condición de Refugiado y en la vigente Ley reguladora de los Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social.

6. La Consejería de Servicios Sociales podrá eximir de alguno o algunos de los requisitos para ser usuario del Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Residencias y Centros de Día en supuestos de reagrupamiento familiar, procesos de senilidad prematura, retorno de emigrantes o cualquier otra circunstancia grave relacionada con situaciones de emergencia que pongan en peligro la integridad personal de los potenciales usuarios del Servicio Público.

Artículo 4. *Criterios de acceso y procedimiento.*

1. Las solicitudes de acceso a los centros residenciales y de día se valorarán en función de las circunstancias personales, económicas y sociofamiliares de los solicitantes, de acuerdo con los baremos que se establezcan por la Consejería de Servicios Sociales.

Dicha valoración se realizará tras verificar la Consejería de Servicios Sociales la concurrencia en los solicitantes de los requisitos establecidos en el artículo 3 del presente Decreto.

[Por Orden 1377/1998, de 13 de julio, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, se regula la tramitación de solicitudes y adjudicación de plazas en Centros Residenciales de Atención a Personas Mayores que integra la red pública de la Comunidad de Madrid].

[Por Orden 597/1999, de 23 de diciembre, de la Consejería de Servicios Sociales, se regula la naturaleza y objetivos del servicio público de atención a personas mayores en Centros de Día y se aprueba el procedimiento para la tramitación de solicitudes y adjudicación de plazas en dichos centros].

2. El acceso a los pisos tutelados se llevará a cabo por indicación técnica de los Servicios competentes de la Consejería de Servicios Sociales, quienes verificarán la concurrencia de los requisitos establecidos en el artículo 3 del presente Decreto y dictaminarán la idoneidad del candidato para la atención en un piso tutelado. Determinada la idoneidad del candidato, las solicitudes de acceso a los pisos tutelados se valorarán en función de las circunstancias personales, económicas y sociofamiliares de los solicitantes de acuerdo con los baremos que se establezcan por la Consejería de Servicios Sociales, siempre que el número de los mismos supere el de plazas disponibles en pisos tutelados.

[Por Orden 368/2003, de 1 de abril, de la Consejería de Servicios Sociales, se regula la admisión de usuarios en los pisos tutelados para personas mayores de la Comunidad de Madrid].

Artículo 5. *Prestaciones.*

El Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Residencias, Centros de Día y Pisos Tutelados comprenderá, como mínimo, las siguientes prestaciones:

- a) En residencias de mayores: alojamiento, cuidado personal, atención gerontológica y rehabilitadora, apoyo personal y social.

[Por Orden 766/1993, de 10 de junio, de la Consejería de Integración Social, se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de las Residencias de Ancianos que gestiona directamente el Servicio Regional de Bienestar Social].

- b) En centros de día: estancia diurna, cuidado personal, atención gerontológica y rehabilitadora, apoyo personal y social.

[Por Orden 210/1998, de 16 de febrero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, se aprueba el Reglamento de los Centros de Día para Personas Mayores de la Comunidad de Madrid].

- c) En los pisos tutelados: alojamiento, supervisión y apoyo personal y social.

Artículo 6. *Aportación de los usuarios por la ocupación de plazas residenciales y de centros de día.*

1. La ocupación de plazas en las residencias y centros de día, obligará al usuario al abono del precio público que se fije de conformidad con lo previsto en los artículos 230 y 231 de la Ley 27/1997, de Tasas y Precios Públicos de la Comunidad de Madrid.

[Por Acuerdo de 23 de julio de 1998, del Consejo de Gobierno, se establece el Catálogo actualizado de Servicios y Actividades susceptibles de ser retribuidos mediante precios públicos en el ámbito de la Comunidad de Madrid].

2. La ocupación de plazas cofinanciadas por la Comunidad de Madrid en residencias y centros de día implicará que los usuarios deban abonar directamente a dichas residencias y centros de día la parte que les corresponda sobre los precios autorizados o tarifas que se establezcan por la Comunidad de Madrid.
3. La ocupación de plazas cuya financiación no se lleve a cabo con cargo a los presupuestos de la Comunidad de Madrid, en residencias y centros de día de titularidad pública, gestionados en régimen de concesión administrativa, implicará que los usuarios, sus familiares u otras personas físicas o jurídicas que se comprometan a ello de forma solidaria o subsidiaria, deban abonar directamente al concesionario el coste correspondiente, sin que dicho abono pueda ser superior al precio/plaza de adjudicación que rija para la concesión.

Artículo 7. *Aportación de los usuarios de pisos tutelados.*

La ocupación de plazas en pisos tutelados conllevará que los usuarios se hagan cargo, de manera directa, de los suministros y consumos necesarios para su permanencia en el piso, así como del resto de los gastos cuya cobertura no corresponda a la Comunidad de Madrid. Serán a cargo de la Comunidad de Madrid los gastos de mantenimiento de las partes generales del inmueble, los originados por las zonas de uso común, por los servicios de apoyo personal y social y por las actividades comunes que ella organice.

Artículo 8. *Forma de gestión del Servicio Público.*

El Servicio Público regulado por el presente Decreto podrá gestionarse directamente por la Comunidad de Madrid, mediante concierto con persona natural o jurídica, mediante concesión o a través de cualquier mecanismo de gestión indirecta previsto por la normativa aplicable en la materia.

[Por **Orden 313/1995, de 15 de febrero**, de la *Consejería de Integración Social*, se regula la acción concertada de la *Consejería de Integración Social* en materia de reserva y ocupación de plazas en centros residenciales para personas mayores].

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Única. *Derogación normativa.*

Queda derogado el Decreto 28/1993, de 24 de marzo, por el que se complementa el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Residencias y Centros de Día, así como el Decreto 128/1998, de 2 de julio, de modificación del anterior y cualquier otra norma de igual o inferior rango en todo aquello que se oponga a lo dispuesto en el presente Decreto.

DISPOSICIONES FINALES

Primera. *Desarrollo normativo.*

Se habilita al titular de la *Consejería de Servicios Sociales* para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y aplicación del presente Decreto.

Segunda. *Entrada en vigor.*

El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*.

