

PLAN GENERAL

DE

INTERVENCIÓN

RESIDENCIA NTRA. SRA. DEL PORTAL

INTRODUCCIÓN

El Plan General de Intervención de los centros residenciales de ancianos debe adaptarse a las nuevas situaciones de demanda social, con programas y servicios adecuados a cada circunstancia; por lo tanto, debe ser un proceso dinámico, en continua evolución.

Para su elaboración nos hemos basado en los siguientes principios rectores:

- La atención debe ser integral e individualizada, abarcando las distintas dimensiones de la persona.
- Ha de promover la autonomía del residente. Para ello el personal que trabaja en la residencia ha de tener claro el concepto de que los ancianos pueden aprender, mejorar y rehabilitarse. Tanto el personal como el entorno deben estimular al anciano para que pueda desarrollar plenamente sus capacidades físicas, psíquicas y sociales.
- El personal debe tener claro que está al servicio del interés y necesidades de los residentes. Por lo tanto, los servicios y la atención deben adaptarse a esas necesidades y no al revés.
- Todos los profesionales que están al servicio de los ancianos han de velar por proteger y garantizar los derechos de los ancianos. Teniéndolo especialmente en cuenta en situaciones de dependencia.
- Se facilitará el contacto con las familias, estimulando el apoyo familiar al residente y la implicación en la gestión del centro.
- Se fomentará la participación del residente en las actividades ofrecidas en el centro, potenciando su autovaloración y ampliando su cultura.
- La residencia debe sentirse parte de su comunidad y nunca sentirse al margen de ella. Para ello debe estimular la participación e integración social de los residentes.

El sistema de intervención también ha de ser global; es decir, ha de tener en cuenta los diferentes componentes que lo integran:

1. Residentes.
2. Profesionales.
3. Ambiente (físico y social).
4. Familias.

5. Comunidad.

Con ello, se pretende dar soluciones a los diferentes problemas del anciano, desde una comprensión de la realidad social.

OBJETIVOS

El sistema de intervención debe desarrollarse de forma organizada y planificada mediante un plan general de intervención, siendo su **objetivo final: optimizar la calidad de vida del residente.**

Para conseguir que el anciano consiga su óptima calidad de vida se han de tener en cuenta los siguientes objetivos:

- **Objetivos dirigidos al residente:**
 - Facilitar su adaptación e integración en el medio residencial, ofertándole el apoyo psicosocial y la atención sociosanitaria que precise.
 - Mantener y/o recuperar la mayor autonomía posible, potenciando sus capacidades de desarrollo personal (físicas, psíquicas y sociales).
 - Estimular a la participación en las actividades adecuadas para fomentar su autoestima, mejorar su estado de ánimo y habilidad social.
 - Facilitar el acceso y participación en el contexto social comunitario; es decir, promover su integración social.

- **Objetivos dirigidos a la familia:**
 - Se debe promover la implicación familiar en la atención al residente.
 - También se debe promover el desarrollo de canales efectivos para la participación de las familias en el centro.

- **Objetivos dirigidos al personal de la residencia:**
 - Promover la formación del personal, con actualización continua de sus conocimientos, habilidades y actitudes. Todo ello garantizará una atención de calidad.
 - Poner especial énfasis en que el personal esté motivado y satisfecho laboralmente. Para ello es especialmente importante el trabajo en equipo.

- **Objetivos dirigidos al ambiente residencial:**

- Debe haber un clima social que favorezca la autonomía y las relaciones de convivencia. La política de la residencia debe ser flexible, transparente y participativa.
- El ambiente físico debe ser estimulante, confortable y seguro. Debe buscar la autonomía y bienestar del residente.

- **Objetivos dirigidos a la comunidad:**

- Debemos tener una buena coordinación con los diferentes recursos del contexto social, que faciliten la apertura e integración comunitaria de la residencia.
- Promover el voluntariado social en la residencia.
- Fomentar al apoyo de los mayores en la comunidad, ofreciendo servicios desde la residencia para que los mayores puedan seguir en su entorno habitual.

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO

La Residencia Ntra. Sra. del Portal es una residencia de titularidad pública, que pertenece al Patronato de Servicios Sociales de Villaviciosa, que a su vez pertenece al Ayuntamiento de Villaviciosa. Se trata de una entidad sin ánimo de lucro, que lo que intenta es dar apoyo a los ancianos más desfavorecidos del concejo.

El número total de plazas autorizadas en nuestro centro es de 67, teniendo concertadas actualmente 50 con el ERA (exclusivamente para ancianos asistidos).

UBICACIÓN Y COMUNICACIÓN DEL CENTRO

La Residencia Ntra. Sra. del Portal está ubicada en el casco urbano de Villaviciosa, facilitando así la plena integración de sus residentes en las actividades del concejo. Por lo tanto, no existen problemas de comunicación para acceder a los servicios comunitarios de Villaviciosa

MODALIDAD ASISTENCIAL Y TIPO DE USUARIOS A LOS QUE SE DIRIGE

Actualmente contamos tan sólo con la modalidad de estancia permanente. Ofrecemos, por lo tanto, alojamiento y atención integral individualizada de forma continua y con carácter indefinido.

No descartamos en un futuro la diversificación de las modalidades asistenciales de la residencia, para ofrecer más alternativas de respuesta a las distintas necesidades de los mayores y familiares cuidadores, como son: centro de día, estancias temporales, estancias puntuales, etc.

La tipología del centro es mixta; es decir, damos asistencia tanto a ancianos dependientes como independientes; pero se prioriza la atención al anciano dependiente, teniendo en la actualidad un índice de dependencia bastante elevado.

HORARIOS DE APERTURA Y FUNCIONAMIENTO

Nuestro centro permanece abierto desde las 10´00 horas hasta las 20´30 horas.

Insistimos en la necesidad de que los visitantes respeten el horario fijado y de que no interfieran en el normal funcionamiento del centro. No permitimos que se transite por los pasillos de las zonas de habitaciones cuando el personal está levantando, acostando o limpiando dichas estancias.

SERVICIOS

La cartera de servicios está abierta a la incorporación de nuevas profesiones y tecnologías relacionadas con la Geriátría y la Gerontología, así como a la ampliación de su cobertura para ofrecer en el contexto de la coordinación socio-sanitaria e integración comunitaria una mejor atención a la discapacidad y la dependencia de los mayores.

1. Servicios residenciales:

- Alojamiento: nuestras habitaciones están dotadas de cama articulada, armario, mesita y silla con apoyabrazos o sillón geriátrico (según necesidades del residente) para cada usuario, con una mesa de uso compartido que permite su utilización por personas en silla de ruedas. Algunas tienen baño dentro de la propia habitación. No obstante, todavía estamos en proceso de reforma para adaptar el edificio a la nueva normativa vigente, pues en un edificio muy antiguo.
- Manutención: en nuestro centro se dispone de servicio de cocina propio, donde a diario se elabora una dieta normal o basal para todos los usuarios. También se elaboran a diario dietas adaptadas a las necesidades particulares de cada caso, que son prescritas por el facultativo médico correspondiente.

Horario de comedor:

- Desayuno a las 9´30 h.
- Comida el primer turno a las 12´30 h. (para los ancianos más asistidos) y el segundo a las 13 h.
- Merienda a las 16´30 h.
- Cena el primer turno hacia las 19´00 h. (para los ancianos más asistidos) y el segundo a las 20´00 h.

Nuestros menús se repiten periódicamente cada 3 semanas: semana verde, semana roja y semana azul. Se exponen en tabloneros de anuncios

de los dos comedores la noche previa. Además en ambos tabloneros de anuncios se exponen croquis informativos de la situación que ocupan los usuarios en las mesas, con las dietas personalizadas de cada uno (se adjunta documentación).

- Lavado y planchado de ropa: a diario (incluido domingos y festivos). Las dependencias y la maquinaria pertenece al Patronato Municipal de Servicios Sociales, aunque dicho servicio se ha externalizado. Su horario es de 7'00 a 22'00 horas.
- Limpieza de las dependencias: contamos con un equipo de limpieza propio y además con los servicios de una empresa externa. Se lleva a cabo desde las 7'00 a las 22'00 horas.
- Mantenimiento de las instalaciones: el mantenimiento de la residencia es llevado a cabo por el personal de mantenimiento del Ayuntamiento de Villaviciosa (servicio de fontanería, servicio de electricidad, etc.), pero además contamos con un operario los lunes, miércoles y viernes de 8'30 a 10'30 h.
- Secretaría: servicio de información, recepción de llamadas telefónicas y correspondencia. En horario de mañana, de 8'00 a 15'00 h, es realizado por la ayudante de gerencia. Fuera de dicho horario lo realiza el personal de cuidado directo.

2. Servicios socio-sanitarios:

- Atención médica: dependiente de los servicios del Sistema Nacional de Salud. Comprende la atención a patologías agudas y el control de enfermedades crónicas, así como diversas acciones de medicina preventiva y educación para la salud.
- Cuidados de enfermería: contamos con servicio de enfermería propio durante 8 horas diarias de lunes a domingo, en jornada partida. Fuera de dicho horario dependemos del Servicio Nacional de Salud. Nuestro servicio de enfermería desarrolla una atención de carácter preventivo y educativo además de asistencial. Adjuntamos hoja de cuidados de atención básica de enfermería.
- Asistencia en ABVD: supervisión, ayuda y asistencia directa en las actividades básicas de la vida diaria en las que el residente presente dificultad o incapacidad para su desenvolvimiento autónomo. Adjuntamos registros.
- Atención social: promueve el bienestar social del residente. Dependiente del Centro de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Villaviciosa.
- Servicio de Fisioterapia: contamos con un/a fisioterapeuta de lunes a viernes, de 10'00 a 13'00 h. Además, como innovación hemos incorporado la atención de dicho fisioterapeuta al personal que trabaja en la residencia, disponiendo de 2'5 h. a la semana para tales funciones.

3. Servicios de actividades:

- Actividades de Animación Social: para la integración social y comunitaria de los residentes mediante su participación en actividades culturales y socio-recreativas. Disponemos de un/a animador/a de lunes a viernes, de 13'00 a 19'00 h.

4. Servicios complementarios:

- Peluquería: a demanda de los usuarios acude regularmente un/a peluquero/a a la residencia (generalmente cada 15 días).
- Podología: a demanda de las necesidades de los usuarios acude el podólogo del Programa Rompiendo Distancias de la Mancomunidad de la Sidra (generalmente cada 3 semanas).
- Servicio religioso: los lunes y los jueves a las 10'30 horas en la capilla de la residencia hay misa, gracias a la colaboración del párroco de Villaviciosa y del sacerdote de Bedriñana. También se celebran otra serie de actos religiosos: unción de enfermos, bendición del ramo, misa de Nochebuena...
- A falta de poder disponer de una cafetería hemos instalado unas máquinas que dispensan café y bebidas a los residentes y a los visitantes que lo deseen.

RECURSOS HUMANOS

Actualmente contamos con los siguientes trabajadores, cuyas funciones vienen definidas en la RPT del Ayuntamiento de Villaviciosa:

- Director/a gerente: 1. Licenciado/a en Medicina y Cirugía, Geriatra (vía MIR). Jornada completa (35 horas semanales), de lunes a viernes, en horario de mañana (de 8'00 h. a 15'00 h.).
- Auxiliar de gerencia: 1. Jornada completa (35 horas semanales), de lunes a viernes, en horario de mañana (de 8'00 h. a 15'00 h.).
- Enfermero/a: 2. Jornada de 28 horas semanales, de lunes a domingos, en jornada partida (de 8'30 h. a 14'30 h. y de 17'45 h. a 19'45 h.).
- Auxiliar de enfermería: 10. Todos en posesión de la titulación correspondiente. Jornada completa (35 horas semanales), de lunes a domingos, en turnos de mañanas (de 7'00 h. a 14'30 h), tardes (de 14'30 h. a 22'00 h.) y noches (de 22 h. a 7'00 h).
- Gerocultor/a: 6. Todos en posesión de la titulación correspondiente. Jornada completa (35 horas semanales), de lunes a domingos, en turnos de mañanas (de 7'00 h. a 14'00 h.), tardes (de 15'00 h. a 22'00 h.) y noches (de 23 h. a 6'00 h.).

- Cocinero/a: 3. Todos tienen el diploma acreditativo (empresa Alce calidad) para manipulación de alimentos. Jornada completa (35 horas semanales), de lunes a domingos, en turnos de mañanas (de 8'00 h. a 15'00 h.) y tardes (de 14'00 h. a 21'00 h.).
- Limpiador/a: 2. Jornada completa (35 horas semanales), de lunes a viernes, por las mañanas (de 7'00 h. a 14'00 h.).
- Animador/a socio-cultural: 1. Jornada de 20 horas semanales, de lunes a viernes, por las tardes (de 15'00 h. a 19'00 h.). Es un servicio externalizado.
- Fisioterapeuta: 1. Jornada de 15 horas semanales, de lunes a viernes, en horario de mañana (de 10'00 h. a 13'00 h.). Además, disponemos de 2'5 horas a la semana para la atención del personal de la residencia. Es un servicio externalizado.
- Operario de mantenimiento: 1. Lunes, miércoles y viernes (de 8'30 h. a 10'30 h.). Es un servicio externalizado.
- Además contamos con el personal del Ayuntamiento de Villaviciosa para realizar tareas de mantenimiento de las instalaciones (electricidad, fontanería, albañilería, jardinería, etc.).
- También tenemos contratada una empresa de limpieza mañana y tarde (que nos aporta a dos operarios de limpieza por la mañana y uno por la tarde, de lunes a domingo). Dicha empresa se ocupa del lavado y planchado de ropas, de officies y de la limpieza de instalaciones residenciales.

A los trabajadores expuestos anteriormente hemos de añadir el personal con contrato temporal, generalmente aportados por los planes de desarrollo local (siendo habitual que dichas plazas queden vacantes un tiempo, pues cada año generalmente han de cambiar de personal, para dar opción de trabajo a otras personas), como son:

- Un animador socio-cultural.
- Dos auxiliares de enfermería.

Además, contamos con los servicios de un podólogo, a través del Programa Rompiendo Distancias de la Comarca de la Sidra y un servicio de peluquería (profesional externo).

A fecha de hoy 40 usuarios cumplen criterios de dependientes, según el Índice de Katz; por lo tanto, nuestro ratio de personal de cuidado directo cumple ampliamente con la normativa vigente (contamos con 10 auxiliares de enfermería y 6 gerocultores, a jornada completa y de plantilla).

RECURSOS MATERIALES

La Residencia Ntra. Sra. del Portal actualmente cuenta con 67 plazas residenciales, de las cuales:

- 7 son triples.
- 23 son dobles.
- 4 son individuales.

También cuenta con:

- 4 salas comunes.
- 1 gimnasio.
- 2 salas polivalentes.
- 1 despacho médico.
- 1 botiquín.
- 1 capilla.
- Varias zonas ajardinadas: 3 exteriores y 1 interior.
- 1 terraza exterior.
- 1 cocina.
- 2 comedores.
- 2 officces.
- 1 sala de lavandería.
- 1 sala de planchado.
- 1 sala de calderas.
- Varias despensas o almacenes.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON EL RESIDENTE

PROGRAMA DE APOYO A LA INTEGRACIÓN EN LA RESIDENCIA

Aunque la gran parte de los ancianos que ingresan en una residencia de ancianos logran adaptarse satisfactoriamente, hay que tener en cuenta que también la gran parte de ellos manifiesta que ha tenido dificultad para adaptarse a esta nueva forma de vida. Salir de su hogar, de su familia, de su entorno, de su rutina..., supone un esfuerzo. El adaptarse a nuevas normas, rutinas, horarios..., no es fácil. Todo ello puede facilitarse con una adecuada intervención profesional desde la residencia.

Las actuaciones que llevamos a cabo en la Residencia Ntra. Sra. del Portal para facilitar la adaptación e integración en el medio residencial son las siguientes:

- Acogida al ingreso (Contamos con un protocolo de ingreso).
- Presentación del residente y del personal.
- Información y asesoramiento.
- Apoyo afectivo y prestación de ayuda en el desenvolvimiento y rutinas del centro.
- Seguimiento de la adaptación.

Los trabajadores sociales de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Villaviciosa hacen una preparación previa al ingreso. Facilitan la visita del futuro residente y/o familiar. Así puede valorarse si el recurso es el adecuado.

En el ingreso y durante los primeros días de estancia en el centro las actuaciones se dirigen a la adaptación del residente y la familia a la residencia. Se les informará de las normas, derechos y deberes de la residencia, haciéndoles entrega de un ejemplar del Reglamento de Régimen Interno de la residencia, del Plan General de Intervención de la Residencia y de la Carta de Derechos y Deberes de los Usuarios.

PROGRAMAS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

La atención socio-sanitaria que demandan las residencias actualmente es cada vez más amplia y compleja. Ha de abarcar tanto el nivel preventivo (educación para una vida en residencia sana y satisfactoria) como el nivel asistencial (atención integral en función de las diferentes situaciones de riesgo o fragilidad, discapacidad y grado de dependencia que tenga el residente).

Hasta la incorporación del servicio de enfermería contábamos con una ficha clínica donde registrábamos la mayor parte de los parámetros clínicos, pero desde que contamos con dicho servicio nuestros/as enfermeros/as están llevando a cabo un proceso de cambio, intentado mejorar la calidad asistencial desde el punto de vista sanitario, por lo que han ido modificando los registros existentes, estando a día de hoy en dicho proceso de cambio. Han incorporado nuevos registros y han decidido suprimir la ficha clínica que se utiliza previamente.

Cada uno de nuestros auxiliares y gerocultores tienen adjudicado un número de usuarios. Con estas tutorías se pretende llevar un control más exhaustivo de nuestros usuarios. Aunque aún no hemos podido poner en marcha un registro específico a este respecto, cada auxiliar evalúa a sus residentes con respecto a sus necesidades de cuidados básicos y si detecta alguna anomalía la trasmite a enfermería.

En nuestra residencia no existe una unidad específica para la atención de las demencias. Sin embargo, se está trabajando en la formación del personal para comprender mejor esta patología y así poder dar una mejor calidad asistencial en este campo. Cuando el personal de cuidado directo detecta que se están produciendo cambios en el estado cognitivo de algún usuario, lo pone en conocimiento del servicio

de enfermería, quién lo valorará y decidirá las pautas a seguir según las directrices fijadas por su médico de atención primaria. Éste llevará a cabo los estudios y cambios de tratamiento que considere oportunos. Enfermería deberá valorar si precisa hacer algún cambio en el cuidado del residente: cambios en la alimentación, en el vestido, cama con barandillas, cambios en su ubicación (sala de estar más apropiada a su estado evolutivo, habitación, comedor, etc.), para conseguir una mejor orientación, seguridad y estimulación sensorial, etc. Se intentará proporcionar unos cuidados individualizados sin sobreprotección y estableciendo rutinas en la realización de las actividades de la vida diaria. También se facilitará toda la información pertinente a los familiares del usuario con deterioro cognitivo, asesorándoles sobre la mejor manera de tratar a su familiar para no empeorar la normal evolución de su demencia. Actualmente, con la incorporación de las nuevas instalaciones, contamos con un gimnasio, donde dichos usuarios se pueden beneficiar de la terapia funcional realiza por un profesional. También hemos incorporado una sala perfectamente equipada para llevar a cabo talleres de memoria y estimulación cognitiva, dotada con material lúdico, pedagógico y/o terapéutico. Pensando también en esta tipología de usuarios, cada vez más prevalente en todas las instituciones geriátricas, hemos cerrado una gran zona exterior y equipado con mobiliario de exteriores y toldos para que dicho usuarios pueden disfrutar libremente de la vida al aire libre sin peligros.

Es bien sabido que gran parte de los ancianos que viven en residencias de ancianos padecen de déficit importantes de la visión y de la audición. Dichos déficit influyen negativamente en la autonomía de los residentes; por lo tanto, es de suma importancia su valoración y abordaje.

Nuestro objetivo es prevenir y disminuir estos problemas sensoriales y sus consecuencias: caídas, dependencia funcional, aislamiento social, depresión, deterioro cognitivo, etc.

Las actuaciones que llevamos a cabo al respecto son:

- Detección de los factores de riesgo (HTA, Diabetes, etc.) mediante el control mensual de constantes.
- Control de factores de riesgo con dietas específicas y tratamientos pertinentes.
- Fomentar las relaciones sociales.
- Adaptaciones ambientales (estamos mejorando la iluminación, fomentamos la utilización de ayudas técnicas, etc.).
- Formamos al personal para la utilización de técnicas de comunicación para problemas sensoriales (vocalizar y no gritar al hablar a estos usuarios, etc.).

En cuanto al paciente en situación terminal nuestros objetivos principales son:

- Suprimir o disminuir en lo posible sus molestias físicas.

- Proporcionarle a él y a su familia el mayor apoyo emocional, favoreciendo la existencia de un ambiente tranquilo y seguro.

Un pilar básico para conseguir estos objetivos es la correcta formación del personal, así sabrán como actuar en esta etapa tan difícil de la vida. El personal debe saber reconocer las fases de negación, ira, negociación, depresión y aceptación, para poder apoyarle en cada momento. Además, debe tener en cuenta las siguientes premisas:

1. Nunca debe mentir. Es mejor omitir información o derivar a otro miembro del equipo más cualificado.
2. No sentirse frustrados ante la imposibilidad de curación del residente, no hacerle sentirse desahuciado.
3. No dar informaciones contradictorias al residente y a sus familiares.
4. Prestar especial atención a la comunicación no verbal, pues la manifestación de sentimientos puede ser difícil.
5. Facilitar la participación de la familia en el cuidado del residente.
6. Ser comprensivos ante conductas especiales y exigentes, que son fruto de una situación emocional crítica.
7. No crear falsas esperanzas.
8. Seguir proporcionando al residente un trato similar al que le venía proporcionando previamente a su situación terminal.

Disponemos de 4 habitaciones individuales para ofertar a dichos usuarios en los momentos más críticos.

Centrándonos ahora en los cuidados básicos del anciano para favorecer su salud hemos de puntualizar que en nuestra residencia existen unos objetivos generales:

- Fomentar el autocuidado de los residentes.
- Minimizar las secuelas y las complicaciones de las patologías que padecen los residentes.
- Aportar el cuidado necesario de forma personalizada.

Los cambios que se producen con el envejecimiento predisponen a una mayor frecuencia en el padecimiento de alteraciones de la nutrición y la hidratación, de ahí que uno de nuestros propósitos es el de favorecer un perfecto estado de hidratación y nutrición. Para ello se realizan las siguientes actuaciones:

- Valoración médica del estado de hidratación y de nutrición.
- Se informa a los residentes sobre las pautas de una buena alimentación, intentando que modifiquen hábitos dietéticos no apropiados.

- Se establecen las dietas adecuadas a las necesidades del usuario.
- En los casos necesarios se establecen horarios pautados de hidratación.
- Se utilizan las ayudas técnicas que los usuarios precisen (sondas nasogástricas, etc.).

Otro punto que consideramos de vital importancia es la higiene. Los hábitos higiénicos de los ancianos son consecuencia de conductas aprendidas durante toda su vida, por lo que es difícil modificarlos. Nuestro objetivo en este tema es fomentar que los residentes adopten unas prácticas higiénicas adecuadas y que las realicen de la forma más autónoma posible. Para ello realizamos las siguientes actuaciones:

1. Valoramos los factores causantes de la incapacidad en el autocuidado.
2. Valoramos las necesidades de higiene de cada usuario en particular.
3. Educamos sobre la repercusión de la higiene en la salud del individuo.
4. Establecemos las pautas de higiene precisas para cada individuo.

La incontinencia urinaria es muy prevalente en la tercera edad y más prevalente aún en los ancianos institucionalizados. La incontinencia puede tener una serie de problemas añadidos:

- Problemas físicos: riesgo de infecciones, limitación de la movilidad, problemas cutáneos, etc.
- Problemas psicológicos: depresión, deterioro de la autoestima, etc.
- Problemas sociales: rechazo social, aislamiento, etc.

Los objetivos que nos planteamos en este tema son: prevenir, retrasar y/o minimizar los problemas relacionados con la incontinencia. Para ello llevamos a cabo las siguientes actuaciones:

1. Se intenta mantener una hidratación y nutrición adecuadas.
2. Se fomenta el ejercicio diario, que el anciano deambule.
3. Se recomiendan las prendas de vestir cómodas y amplias, que se puedan quitar sin dificultad.
4. Se está programando el aumento del número de baños y su adecuación a las necesidades de los ancianos dependientes.
5. Desarrollar una reeducación vesical y un horario regular de control de esfínteres.

6. Fomentar la higiene íntima del usuario, para despertar el interés por mantenerse limpio.
7. Se trabaja sobre el diagnóstico y tratamiento temprano de patologías frecuentes en el anciano y causantes de incontinencia urinaria (infecciones urinarias, impactación fecal, depresión, etc.).

Como prueba de la importancia que damos a este Síndrome Geriátrico hemos incorporado un protocolo de incontinencia urinaria en nuestro centro residencial.

Las caídas son un síndrome geriátrico que nos preocupa especialmente, pues tiene una elevada prevalencia en los ancianos institucionalizados y son una causa frecuente de disfunción y discapacidad. Es por ello que debemos:

- Detectar a los ancianos con riesgo de caídas.
- Hacer una valoración de los residentes con antecedentes de caídas.
- Elaborar medidas preventivas.
- Evaluar cada caída. Disponemos de un registro de caídas donde se registran los parámetros que consideramos más importantes.

Las actuaciones que debemos llevar a cabo son:

1. Formación del personal, de los ancianos y de sus familiares.
2. Fomentar la independencia de los ancianos
3. Hacer lo posible por no utilizar restricciones físicas o farmacológicas.
4. Eliminación de barreras arquitectónicas.
5. Evitar la polifarmacopéa.

Una vez que se ha valorado el riesgo de caída en el usuario, el personal sanitario debe establecer las pautas individualizadas, modificaciones ambientales, ayudas técnicas y ejercicios de reeducación.

Otra patología sumamente prevalente en el anciano institucionalizado es la úlcera por presión. Nuestro objetivo, pues, es prevenir la aparición de dichas úlceras por presión, para lo cual es sumamente importante la detección de los factores de riesgo:

- Inmovilismo.
- Incontinencia.
- Diabetes.

- Desnutrición.
- Mala higiene.
- Etc.

Para evitar dicha patología se llevan a cabo las siguientes actuaciones:

1. Actuación sobre los factores de riesgo.
2. Detección precoz de lesiones dérmicas.
3. Estimular la actividad y limitar la inmovilidad.
4. Cambios posturales en los ancianos que lo requieran.
Hemos incorporado una gráfica de cambios posturales.
5. Almohadillado de los puntos de apoyo.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES TERAPEÚTICAS

Dentro de este programa tendríamos que tener en cuenta tres niveles de intervención:

- Funcional.
- Cognitivo.
- Social.

Se ha de tener en cuenta las capacidades funcionales, cognitivas y sociales de cada usuario.

El objetivo de este programa es promover la autonomía de los ancianos, favoreciendo la participación grupal.

Con la incorporación del Servicio de Fisioterapia y contando ahora con un gimnasio perfectamente equipado ya estamos en condiciones de realizar terapias funcionales, encaminadas al desarrollo de la coordinación, destreza vasomotora y psicomotriz.

Las terapias que se llevan a cabo actualmente son las siguientes:

De lunes a viernes:

- De 10'00 a 11'00 h. se realiza una Fisioterapia individualizada a todos los usuarios que sean considerados candidatos a dicha terapia
- De 12'00 a 13'00 h. se realizan tratamientos personalizados a grandes dependientes.

Lunes, miércoles y viernes:

- De 11'00 a 12'00 h. tenemos un grupo de gerontogimnasia

Martes y jueves:

- De 11'00 a 12'00 h. se realizan ejercicios de coordinación y psicomotricidad.

Otro avance importante es el poder contar con un Servicio de Animación Sociocultural de 15'00 a 19'00 h. En la actualidad se encarga de coordinar las terapias cognitivas y sociales, como son:

Lunes, miércoles y viernes a partir de las 15'30 h.:

- Juegos de mesa (parchís, dominó, cartas, etc.).

Lunes, miércoles y viernes a partir de las 17'00 h.:

- Lotería.

Martes a partir de las 15'30 h.:

- Manualidades.

Jueves a partir de las 15'30 h.:

- Ejercicios de Memoria.

Estos son los grupos y actividades que se hacen de forma reglada y sistemática, pero también llevamos a cabo otras actividades, como son:

- Grupo de conversación: En él se comentan temas de actualidad y de interés para los residentes, propiciando la conversación y la relación social. Se utilizan periódicos y revistas. Se indica para los residentes que aún mantienen capacidad de comunicación. Se suele hacer diariamente y la duración es variable, según el interés que genere el tema del día. Los objetivos de esta terapia son :
 1. Mejorar la autoestima.
 2. Mejorar el estado de ánimo.
 3. Mantener las capacidades y habilidades relacionales.
- Ergoterapia: En los talleres pueden participar todos los residentes que tengan la adecuada destreza manual para poder llevarlos a cabo. Los objetivos que buscamos con son:
 1. Potencial la habilidad manual.
 2. Reforzar la autoestima.
 3. Fomentar la creatividad.
 4. Favorecer un ambiente de colaboración y ayuda mutua.
 5. Favorecer la conversación.
- Entrenamiento de la Memoria: Los objetivos que buscamos son:
 1. Se intenta mantener o mejorar las habilidades cognitivas, potenciando las capacidades preservadas.
 2. Mejorar el estado de ánimo de las personas con deterioro cognitivo.
 3. Desarrollar la autoestima de sus participantes.

- Ludoterapia: Se seleccionan los juegos que puedan tener más interés para los usuarios, facilitando la diversión y entretenimiento. Nuestros usuarios prefieren los juegos de mesa. Los objetivos que pretendemos son:
 1. Potenciar las relaciones sociales.
 2. Favorecer la estimulación física y mental.
 3. Mejorar el estado de ánimo.
- Paseos: Esta actividad se realiza con la colaboración del voluntariado. Generalmente se lleva a cabo en la etapa estival y sin una programación estricta, pues depende del estado climático y la disponibilidad del voluntariado.
- Taller de reciclaje de juguetes: Un grupo de nuestros residentes ha participado en la reconstrucción de juguetes para el Programa Un Juguete una Ilusión (coordinado por el Programa Rompiendo Distancias), con la colaboración del voluntariado.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN AMBIENTAL

Teniendo en cuenta que por ambiente se entiende el conjunto de circunstancias que rodean a un individuo, se deduce la importancia de las actuaciones en este sentido, por la influencia que ello supone en el desarrollo y comportamiento del residente.

Lo que se pretende es crear un ambiente seguro, confortable, estimulante, que facilite la autonomía y la relación social. Por lo tanto, su objetivo final es lograr una óptima integración del usuario en la residencia.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL AMBIENTE FÍSICO

Todas las actuaciones en este sentido deben ir dirigidas a lograr:

- El máximo confort posible.
- Una adecuada seguridad.
- Favorecer la relación social.
- Fomentar la autonomía.

Actualmente se está trabajando por adecuar las características de la residencia a las exigidas por la normativa vigente, procurando conjugar lo normativo con lo deseable por el usuario.

Buscando un mayor confort: estamos pintando las zonas que se van acondicionando a la normativa con colores alegres; se intentan evitar las estancias frías e impersonales; los residentes pueden tener en su habitación fotografías familiares y objetos significativos para ellos (siempre que no molesten al resto de los usuarios y cumplan con las normativas higiénicas); etc.

En lo relativo a la seguridad: hemos instalado rampas, asideros en los baños, pasamanos, suelos antideslizantes, eliminado alfombras, mobiliario homologado en las habitaciones y baños, luces piloto, etc. Buscando también la supresión de barreras arquitectónicas hemos instalado un segundo ascensor. Como es lógico, aún nos queda gran parte de la residencia por reformar en este sentido, pues es un edificio muy antiguo; pero estamos intentando que en todas las zonas que vayamos remodelando no nos falte ningún requisito del Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL AMBIENTE SOCIAL

Los parámetros que van a condicionar el ambiente social de la residencia son:

- Tipo de residencia.
- Normas de convivencia en la residencia.
- Organización de los diferentes servicios.
- Relación y trato permitido en la residencia.
- Sistema de información.
- Abordaje sobre los conflictos entre residentes.
- Etc.

La política de la residencia debe ser:

- Flexible.
- Transparente.
- Participativa.

El objetivo de este programa es lograr un ambiente estimulante en la residencia, que fomente la autonomía y la satisfacción de los usuarios. Es importante estimular al residente a que tome sus propias decisiones y se autogubierne.

La residencia ha de tener siempre muy en cuenta los derechos de la persona y tomar las medidas pertinentes para que se cumplan:

1. Dignidad: respetar sus preferencias y su edad. Hemos de tenerlo especialmente presente ante el anciano en situación de dependencia.
2. Intimidad: debemos tener siempre presente el derecho a conservar su privacidad.
3. Decisión: debemos favorecer la toma de decisiones del residente sobre sus asuntos cotidianos.
4. Libertad: debemos garantizar las libertades básicas del anciano (libre ejercicio de prácticas religiosas, políticas, sexuales, etc.).
5. Participación en la dinámica de la residencia: en toma de decisiones, horarios, actividades del centro, etc.

PROGRAMA DE INTEGRACIÓN COMUNITARIA

La residencia no es un centro cerrado a donde se destierra a las personas de la comunidad que han llegado a la tercera edad o han quedado dependientes. La concepción de la residencia debe de ser de un centro abierto e integrado en la comunidad donde está ubicada.

Se ha de fomentar que tanto la residencia como la comunidad, de forma recíproca, pongan a disposición sus recursos, programas y actividades.

El hecho de que el anciano ingrese en una residencia no supone una ruptura con su forma de vida anterior, persistiendo su derecho a la participación en la vida comunitaria.

Nosotros entendemos que la residencia debe prestar su apoyo para que las personas mayores continúen en su medio socio-familiar habitual, ofreciendo los recursos de los que disponga.

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Los ancianos y especialmente los que residen en centros de la tercera edad, son uno de los colectivos que más demanda la atención sanitaria. Esta atención en nuestro centro es ofrecida por el Servicio de Salud del Principado de Asturias. Se debe ir desterrando que la atención sea exclusivamente a demanda, mediante la implantación de programas sanitarios que contemplen la prevención y la educación para promover la salud.

En la Residencia Ntra Sra del Portal se está fomentando que halla una buena coordinación con el Centro de Salud que nos corresponde.

Desde la incorporación del servicio de enfermería hemos evolucionado mucho en la coordinación con el Centro de Salud. Se ha partido de una reunión conjunta entre los responsables médicos y de enfermería del Centro de Salud de Villaviciosa y las enfermeras y la dirección de la Residencia Ntra. Sra. del Portal. En dicha reunión hemos intentado fijar las directrices a seguir para mejorar la atención sanitaria. Desde entonces se han asumido funciones que venían realizando el equipo de enfermería del Centro de

Salud, como cura de úlceras especialmente complicadas, aplicación de inyectables, de vacunas, etc.

La dirección del centro es uno de los miembros del Consejo de Salud de Villaviciosa , lo que considero otra prueba del avance en este sentido.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Con este programa se pretende una mayor apertura del centro, para fomentar la participación e integración social de los usuarios, desarrollando actividades de animación sociocultural.

En nuestros esfuerzos por tomar contacto con el resto de la comunidad hemos contactado con el responsable del Programa Rompiendo Distancias, para que tuviera en cuenta a nuestra residencia en los diversos programas que desarrolle. Así, hemos participado en el proyecto de “Un juguete una ilusión”, con gran satisfacción por parte de nuestros usuarios.

La Asociación de Mayores Cuídome-Cuídame colabora de forma regular con nosotros. Con ellos se realizan varios bailes y meriendas de convivencia a lo largo del año. También han deleitado a los residentes con la representación de una obra de teatro y una representación de bailes de salón.

El Hogar de Pensionista de Villaviciosa también participa en este programa. Se han realizado bailes y meriendas al aire libre a lo largo del período estival. Incluso los socios del Hogar del Pensionista han deleitado a los residentes del centro con platos cocinados por ellos mismos.

La Parroquia de Villaviciosa colabora estrechamente con esta residencia. Este año con su colaboración hemos podido organizar una excursión al Santuario de Covadonga. Los voluntarios de la parroquia han acompañado y ayudado a los usuarios de la residencia que fueron a dicha excursión y posteriormente el párroco invitó a todos los residentes a una comida de convivencia (usuarios de la residencia, empleados de la residencia, voluntarios de la parroquia y párroco) en Cangas de Onís. Además, visitan de forma regular a los ancianos de la residencia.

Cruz Roja también ha colaborado con la residencia, organizando una excursión a la playa de Rodiles, donde los residentes disfrutaron de una merienda al aire libre.

Aprovechando la inauguración del Centro de Rehabilitación hemos invitado a las familias de los usuarios, colaboradores y vecinos de Villaviciosa a visitarnos. Así hemos fomentado la convivencia entre los residentes y el resto de vecinos del concejo.

PROGRAMA DE APOYO A LA PERSONA MAYOR DE LA COMUNIDAD

Aquí se incluyen los servicios y programa que la residencia, por su equipamiento puede ofrecer a las personas mayores del entorno comunitario.

Como hemos comentado antes su objetivo prioritario es lograr que el anciano esté el mayor tiempo posible en su medio sociofamiliar habitual.

Por el momento no contamos con servicio de estancias temporales, ni con servicio de centro de día, ni de comedor, ni de lavandería. Todavía nos queda mucho camino por recorrer. Lo que aportamos es la posibilidad de que los ancianos de la comunidad se integren en actividades de la residencia: juegos, bailes, etc. También aportamos la posibilidad de acudir a nuestro servicio religioso al resto de la comunidad (disponemos de una capilla donde se imparte la Santa Misa dos días a la semana).

Otra faceta que aportamos a la comunidad es el de facilitar mantas y alimentos a los transeúntes que lo precisen.

PROGRAMA DE RECURSOS HUMANOS

Este programa va encaminado a lograr una mayor cualificación y satisfacción de todo el personal asistencial de la residencia, consiguiendo así una mejor calidad de atención residencial.

Sus objetivos son:

- Mediante la formación continua proporcionar al personal los conocimientos y habilidades que garanticen una atención cualificada.
- Promover la satisfacción laboral mediante una mejor organización de la actividad profesional y el desarrollo del trabajo en equipo.

TRABAJO EN EQUIPO

El trabajo interdisciplinar es la mejor manera de conseguir una atención integral individualizada. Así los profesionales comparten conocimientos y objetivos, trabajando siempre en función de las necesidades del residente.

El trabajo en equipo requiere una serie de condiciones:

- Relaciones de igualdad: Los profesionales cuya disciplina tiene un mayor prestigio social no deben tener mayor peso en el equipo. Todos los componentes del equipo aprenden de las aportaciones del resto de los componentes.
- Trabajar por objetivos: La finalidad del trabajo en equipo es conseguir objetivos, para lo que se requiere la participación de diferentes profesionales.
- Funciones coordinadas: Todos los profesionales del equipo deben conocer la actividad total donde se integran, asumiendo su responsabilidad en la misma.

- Estructura de funcionamiento: Deben existir una organización y normas de trabajo conocidas y aceptadas por todos los miembros del equipo.
- Existencia de un coordinador: Cada miembro del equipo tiene que aportar los conocimientos de su especialidad y el coordinador debe facilitar la integración de todas las aportaciones. Su papel es clave, pues debe moderar, motivar, clarificar, solucionar conflictos, impulsar, etc. Debe hacer todo lo posible por establecer consenso y ayudar a la toma de decisiones.

Resumiendo, el trabajo en equipo es un requisito indispensable para lograr un buen funcionamiento en las residencias.

MOTIVACIÓN DEL PERSONAL

Es bien sabida la alta tasa de estrés, absentismo laboral y desmotivación en las residencias. Para luchar contra ello se ha de tomar una serie de medidas que fomenten una mayor motivación del personal:

- Un mayor reconocimiento social y especialización de los profesionales.
- Lograr que el personal se identifique con la empresa mediante una mayor participación y responsabilidad en la gestión (elaborando programas, protocolos, etc.)
- Evitar la excesiva rutina en el trabajo, desarrollando actividades que aporten más experiencia y conocimientos.
- Existencia de una operativa y constructiva supervisión continúa.
- Incentivar el rendimiento. No debemos fijarnos sólo en la profesión que desempeña sino en cómo la desempeña. También se debe contar con un sistema disciplinario operativo que sancione el incumplimiento de las obligaciones laborales.
- Trabajo en equipo.
- Formación continúa.

FORMACIÓN CONTINUA DEL PERSONAL

Los trabajadores de las residencias de ancianos deben tener una continua adaptación a nuevas necesidades, nuevas características de los residentes, nuevos recursos, a la investigación, a nuevas técnicas, etc. Todo esto se consigue con una formación continua e interdisciplinar. Y mediante ello conseguiremos una mayor motivación del personal y que se sienta más satisfecho de vida profesional.

Como es lógico la formación irá dirigida a temas relacionados con la vejez (patologías y necesidades de la vejez, dependencia, aspectos legales, etc.), la atención residencial (trabajo interdisciplinar, evolución del recurso, etc.) y la formación

específica de cada categoría profesional (actualización de conocimientos y habilidades, etc.).

La formación del personal ha de ser continua, planificada y respondiendo a las necesidades del centro residencial. Para ello debe habilitarse un aula o sala de formación en el mismo centro geriátrico (si es posible).

En cada centro se impartirá formación pertinente para la puesta en marcha del Plan de Intervención. Se debe formar sobre el desarrollo del trabajo en equipo. Además, se debe realizar una planificación anual seleccionando temas según las necesidades prioritarias, siendo impartidos por profesionales del equipo o/y colaboradores externos. También se fomentará y facilitará la asistencia a seminarios, cursos, congresos, etc.

PROGRAMA DE PARTICIPACIÓN FAMILIAR

En las residencias hay un elevado porcentaje de residentes sin familiares directos, pero también se observa un aumento de las familias cuidadoras a las que los cuidados continuos y de larga duración de sus mayores los obliga a recurrir al apoyo de la residencia, pero sin que ello suponga un abandono familiar. Otra parte de las familias son de las que piensan que el anciano una vez ingresado en una residencia pasa a ser responsabilidad total del centro residencial, en vez de la responsabilidad compartida que realmente es.

Todas las familias tienen el derecho y el deber de participar en la atención a su familiar residente. Nunca existen razones para suponer que el cuidado familiar cesa con el ingreso. Esta idea debe estar muy clara tanto para el personal de los centros residenciales como para las familias.

Hemos de tener presentes las siguientes consideraciones:

- La familia además de mantener el vínculo afectivo y relacional debe mantener el vínculo de apoyo al cuidado.
- Fomentar y facilitar la representación de la familia en la organización y gestión del centro.
- El centro debe fomentar la comunicación entre la familia y el personal, con unas relaciones fluidas y abiertas.
- La familia debe ser parte activa en la toma de decisiones respecto al residente.

El objetivo final de este programa es conseguir la integración de la familia en el sistema residencial con un papel activo. Para ello debemos contar con dos niveles de intervención:

1. A nivel individual: reforzar el apoyo familiar al residente.

2. A nivel colectivo: integrar a la familia como asociación en la atención residencial.

Nuestra primera intervención irá dirigida a abordar la inseguridad que suele mostrar la familia ante esta nueva situación. La familia se encuentra desconcertada, pues por un lado se siente satisfecha por el alivio de una carga excesiva de cuidados y por otro lado se siente insatisfecho por el sentimiento de culpa de haber delegado esos cuidados. Todo ello unido a la inseguridad que le supone encontrarse con un centro que desconoce y el miedo a la no adaptación del residente, hacen imprescindible el apoyo profesional.

Se aportará a la familia la información pertinente sobre el centro y la atención que en él se dispensa. También se trabajan actitudes de predisposición a unas cálidas y fluidas relaciones familia-residente-profesionales.

Es sumamente importante mantener una comunicación continua con la familia. Por lo tanto, se organizará la comunicación por medio de entrevistas, teléfono, cartas, etc.

También hemos de fomentar la participación y representación familiar en la residencia.

Este año tenemos previsto incorporar un día, a finales de diciembre, de convivencia entre los familiares de los residentes, los representantes de la Comisión de Servicios Sociales y los profesionales de la residencia. Aprovecharemos dicho día para explicar las actividades y terapias que realizamos en la residencia y darles el regalo de Reyes a los residentes.

PROCOLOS

PROCOLO DE INGRESO

- Una vez notificado a la residencia el ingreso nos ponemos en contacto telefónico con el futuro usuario o persona responsable para concertar una cita previa al ingreso. También procuraremos recabar la mayor cantidad de información sobre el estado del residente, tipo de dieta, seguro de defunción...Se le indicará que debe acudir con todos los informes médicos , con medicación al menos para una semana y con la pauta de dispensación de dichos medicamentos.
- En la cita previa le informaremos sobre todo lo que ha de aportarnos el día del ingreso y le entregaremos la siguiente documentación:
 1. Reglamento de Régimen Interno
 2. Plan General de Intervención.
 3. Equipo de ingreso.
 4. Carta de derechos y deberes.
 5. Impreso de solicitud de la Ley de Dependencia (que se entregará debidamente cumplimentado el día del ingreso).
 6. Impreso de solicitud del Servicio de Podología (que se entregará debidamente cumplimentado el día del ingreso).
 7. Anexo 2 ó 3 del Reglamento de Régimen Interno de la Residencia referente a Compromisos familiares (que se entregará debidamente cumplimentado el día del ingreso).
- También se tomará nota de las direcciones y teléfonos familiares y/o personas a las que desea que se llame en caso de cualquier incidencia.
- Se les informará de que es aconsejable dejar un depósito de dinero para cubrir gastos extraordinarios: peluquería, fármacos que no entran en la Seguridad Social...
- El usuario se presentará en la Administración de la Residencia Ntra. Sra. del Portal el día acordado para su ingreso, donde será recibido por el/la auxiliar de gerencia:
 1. Entregará D.N.I. o fotocopia del mismo.
 2. Entregará la tarjeta de afiliación a la Seguridad Social y tarjeta sanitaria.
 3. El futuro usuario firmará el Contrato de Hospedaje del ERA (en los casos en que ya lo hubiéramos recibido).
 4. Entregará los documentos mencionados en los apartados 5, 6 y 7 debidamente cumplimentados.

- Seguidamente el/la Gerente de la residencia dará la bienvenida al nuevo/a usuario/a.
- Posteriormente acompañaremos al usuario al Botiquín del centro, donde enfermería:
 1. Tomará nota de los datos necesarios para iniciar la historia clínica del nuevo usuario.
 2. Se responsabilizará de comprobar que el/la usuario/a aporta todo lo que se le solicita en la hoja de equipo de ingreso (excluyendo el DNI, la tarjeta sanitaria y la cartilla de la Seguridad Social).
 3. Posteriormente se enseñará la habitación que tenga asignada y se le acompañará en una visita general de la residencia.
 4. Se tramitará la solicitud de absorbentes (si los tuviera pautados).
 5. Si precisara contención se tramitará la documentación pertinente (impreso de información y autorización familiar e impreso de prescripción médica).
 6. Decepcionará los informes médicos y la medicación del usuario.

Lógicamente algunas de estas tareas serán delegadas por enfermería a un miembro del personal de cuidado directo (comprobar que traiga toda la ropa que solicitamos en la hoja de equipo de ingreso...)

- En el libro de incidencias se hará constar el nombre del/la enfermero/a y del personal de cuidado directo que realizaron el ingreso.

Residencia Ntra. Sra. del Portal

PROCOLO DE ÉXITUS

Cuando el fallecimiento se produzca estando gerencia de servicio será ésta la encargada de llamar al médico del Centro de Salud para que certifique la defunción, telefonar a la familia para notificarles lo acontecido y avisar a la funeraria.

Si no estuviera gerencia sería enfermería la responsable de llevar a cabo dichos trámites. Si tampoco estuviera enfermería de servicio sería el/la auxiliar de enfermería el/la responsable de llevar a cabo dichos trámites.

ORDEN DE PASOS A SEGUIR ANTE UN ÉXITUS

1. Llamar al médico del Centro de Salud para que certifique la defunción.

En el libro de incidencias de la residencia se dejará constancia de la hora en que se realiza la llamada al Centro de Salud y el motivo de dicha llamada.

Si el médico de guardia se negara a certificar el éxitus y lo derivara a su médico de cabecera, según la funeraria de Villaviciosa no hay problema siempre que sea de lunes a viernes al mediodía, pero a partir del viernes al mediodía tendrían que hacerlo, pues el médico de cabecera no trabajaría hasta el lunes a primera hora y no se podría demorar tanto la certificación.

2. Llamar a la familia para informarle de lo sucedido.

Seguidamente consultaremos la ficha del residente, sita en el fichero correspondiente que está en el botiquín, para localizar los teléfonos familiares, fijándonos bien en la existencia o no de preferencias familiares (ej. Que familiar prefieren que se llame en primer lugar, si prefieren que no se les llame por la noche,...), para intentar respetarlas. A continuación se avisará a la familia y les preguntaremos si prefieren llamar ellos a la funeraria o si lo hacemos nosotros. Si deciden que llamemos nosotros les preguntaremos que si tienen una funeraria diferente a la de Villaviciosa y se ser así que nos faciliten el número de dicha funeraria (si no nos aportan el número al que tenemos que llamar, en la funeraria de Villaviciosa nos lo pueden facilitar).

3. Llamar a la funeraria.

A la funeraria debemos aportarle la fotocopia del DNI del éxitus, sita en carpeta destinada a tal fin en el botiquín.

EXITUS EN TURNO DE NOCHE

- Si el éxitus aconteciera entre las 23'30 y las 7'00 h se informará a la familia de que es preferible avisar a la funeraria a partir de las 7'00 h., pues el resto de

residentes están durmiendo y se generarían ruidos innecesarios que interferirían en el descanso de los ancianos. No obstante, si la familia insiste en avisar a la funeraria así se hará.

- También se intentará explicar a la familia que sería conveniente que no acudieran hasta las 7'00 h, para no interferir con el silencio necesario para que el resto de ancianos tenga un buen descanso, pero si insisten en venir se apoyará en todo lo que esté en nuestras manos, haciéndoles el trance lo menos traumático posible.

AMORTAJAMIENTO

Una vez certificada la defunción el personal de atención directa amortajará debidamente al cadáver, bajo la dirección y colaboración de el/la enfermera/o, en las tareas que a éste/a competan (si es en horario de enfermería). En caso contrario el amortajamiento será labor del personal de cuidado directo. Éste lo depositará en la camilla dispuesta para tal fin (sita en planta sótano, que se accederá por ascensor de zona de la capilla).

Si el fallecimiento se produce en el turno de noche en una habitación individual el cadáver puede quedar en dicha habitación hasta que llegue la funeraria, de no ser así se bajará a la sala polivalente (área de rehabilitación).

PROTOCOLO DE ATENCIÓN NOCTURNA

OBJETIVO

Unificar criterios en la realización de las tareas del turno de la noche, especificando los pasos a seguir.

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO

Usuarios de la residencia Ntra. Sra. del Portal.

PROFESIONALES IMPLICADOS

Auxiliares de enfermería y gerocultores/as.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTUACIÓN

Para favorecer el descanso de los residentes es sumamente importante que el personal de cuidado directo realice las actividades ocasionando el **menor ruido posible**, encendiendo el **mínimo de luces necesarias** y que entren en las habitaciones de los residentes el menor número de veces necesario.

Los tiempos de ejecución asignados son orientativos y pueden ser modificados por diversas incidencias ocurridos durante la noche.

Teniendo en cuenta lo dicho en el párrafo anterior, el trabajo del turno de noche se distribuirá de la siguiente forma:

- De 22'00 a 22'10 h.:
 1. Lectura del libro de incidencias para ponerse al corriente de todas las incidencias acaecidas en el período en el que se estuvo de descanso.
- De 22'10 a 22'30 h.:
 1. Realizar ronda nocturna por toda la residencia comprobando que los accesos exteriores (puertas/ventanas) están debidamente cerrados y que todos los residentes se encuentran adecuadamente instalados en su habitación. Se debe comprobar también que las sujeciones (barandillas, cinturones...) estén bien puestas.
- De 22'30 a 23'30 h.:
 1. Preparación de comedores de ambas plantas.
 2. Colocar en los carros de medicación los sobres, vasitos con las gotas,...

- De 23´30 a 24´00 h.:
 1. Lavado de sillas de ruedas.
 2. Revisar baterías de las grúas.
 3. Preparar carros de lencería, bolsas de basura,...
 4. Limpieza de cajetines de medicación que corresponda al día en cuestión.
 5. Reparto de la ropa de los usuarios por las habitaciones, procurando aprovechar los momentos de cambios posturales y de pañales para su colocación en los armarios.
- De 24´00 a 01´00 h.:
 1. Administración de suplementos a los diabéticos.
 2. Realización de cambios posturales programados.
 3. Realización de cambios de pañales a los residentes que lo precisen.
 4. Registrar los cambios posturales y de pañales.
- De 01´00 a 02´40 h.:
 1. Marcar la ropa de los usuarios con su número correspondiente.
 2. Reconocimiento de ropa que no esté marcada.
 3. Actualización de fichas clínicas.
 4. Terminación de los trabajos que no se hallan podido realizar de 23´30 a 24´00 h.
- De 02´40 a 03´00 h.:
 1. Descanso del personal.
- De 03´00 a 05´30 h.:
 1. Realización de cambios posturales programados.
 2. Realización de cambios de pañales a aquellos residentes que lo precisen, dejando para el final los residentes que fueron cambios a las 24´00h.
 3. Registrar los cambios posturales y de pañales.
 4. Limpieza de carros de curas, instrumental de curas, tapas de vasos de medicación, cámaras de inhalación...
 5. Cambiar la ropa de cama a los residentes que la hallan ensuciado.
 6. Ayudar a acudir al retrete a los residentes que lo precisen.
- De 05´30 a 06´00 h.:
 1. Ordenar roperías.
- De 06´00 a 07´00 h.:
 1. Administración de colirios e inhaladores.
 2. Recogida de muestras de orina cuando proceda.
 3. Realización de cambios posturales programados.
 4. Realización de cambio de pañales a los residentes que lo precisen.
 5. Registrar los cambios posturales y de pañales.
 6. Anotaciones en el libro de incidencias y en registros pertinentes.

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN

TIPOS DE CONTENCIONES

Existen tres tipos de contenciones:

- Contención verbal.
- Contención química o farmacológica.
- Contención física.

DEFINICIÓN

1. CONTENCIÓN VERBAL

Es una medida terapéutica útil en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total. Se fomenta la verbalización de las preocupaciones y de las razones que motivan la conducta del residente. Se debe mantener una actitud de escucha. Su meta es la de restablecer el autocontrol, facilitar la exteriorización de sus pensamientos y la implantación de unos límites de conducta claros.

2. CONTENCIÓN QUÍMICA

Se realiza única y exclusivamente bajo la prescripción y autorización del médico. Se realiza mediante la aplicación de psicofármacos que provoquen al residente una sedación superficial. La vía de administración puede ser oral, intramuscular o intravenosa, teniendo en cuenta la colaboración del residente y la intensidad del proceso.

3. CONTENCIÓN FÍSICA

Consiste en cualquier dispositivo mecánico o físico que limiten la libertad de movimientos del residente o el acceso normal a su propio cuerpo. El equipo de sujeción siempre debe de ser homologado. Se debe pautar el tipo más adecuado a las características del residente: cinturón, peto, manoplas, barandillas,... Vigilar que las contenciones no aprieten en exceso y que el residente no tenga al alcance objetos peligrosos con los que pueda dañarse.

OBJETIVO E INDICACIONES

El objetivo es garantizar la seguridad del residente, trabajadores, visitantes e instalaciones.

Entre las razones que fundamentan el uso de contenciones tenemos:

- Proteger al residente de caídas y accidentes.
- Elemento de apoyo postural de los residentes (por ejemplo cuando no pueda mantener la postura de sedestación).
- Para facilitar el tratamiento (por ejemplo para impedir que arranquen una venoclisis o un SNG).
- Para el tratamiento de ciertos comportamientos (agresividad física, marcha errante, agitación,..).

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO

Usuarios de la Residencia Ntra. Sra. del Portal.

PROFESIONALES IMPLICADOS

Médico del Centro de Salud, Gerente de la residencia, Enfermería, Auxiliares de enfermería y Gerocultores/as.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTUACIÓN

La contención física al igual que la química requiere de una valoración médica del residente.

Si el médico considera necesaria la contención química o farmacológica, prescribirá el medicamento de elección, y éste será administrado como parte del tratamiento del residente.

Si el médico considera necesaria la contención física deberá realizar una autorización por escrito, en la que debe constar:

- Tipo de medida de sujeción: cinturón, peto, etc.
- Duración de la medida: fecha de inicio y fecha de fin. También deberá constar si sólo se emplea cuando precise.
- Causa de la medida de sujeción.

En el supuesto de urgencia y riesgo físico la gerente de la residencia será la encargada de dar la autorización de sujeción. En ausencia de la gerente será enfermería la encargada de dar la autorización. Deberá conseguirse posteriormente la autorización por escrito del médico del Centro de Salud. Si el médico se niega a dar la autorización se dejará por escrito la incidencia en los registros.

La autorización de la contención debe guardarse en la historia clínica del residente.

Se deberá informar a la familia de la medida adoptada por el médico, debiendo firmar ellos también su conformidad. En el caso de que no estén de acuerdo con la medida de contención, también deben de firmar su disconformidad. En este último caso será necesaria la intervención del juez, si es que la medida siguiera siendo necesaria según prescripción médica.

El residente debe ser informado de las medidas que se van a adoptar y del motivo.

Se deben revisar las contenciones físicas dos veces por turno, para comprobar que no oprimen, no molestan y que están en perfecto estado.

Periódicamente deberemos valorar si la contención sigue siendo necesaria.

OBSERVACIONES

Hay que tener en cuenta que estos dispositivos minan la independencia, deterioran la capacidad funcional y calidad de vida del individuo, por lo que hay que procurar utilizarlos lo menos posible, probando otras alternativas antes de comenzar con su uso: proporcionando el entorno más seguro posible, manteniendo la rutina habitual del residente, utilizando métodos menos invasivos de administración de medicación y alimentación, prestando apoyo psicosocial, actividades,...

Como efectos negativos del empleo de contenciones tenemos: disminución del nivel funcional, deterioro del estado muscular, aparición de rigideces, aumento de la incidencia de infecciones, desarrollo de UPP, delirium, agitación, incontinencia,...

PROCOLO DE INCONTINENCIA URINARIA Y DE UTILIZACIÓN DE ABSORVENTES

DEFINICIÓN

La incontinencia urinaria consiste en una pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable, que origina un problema social y/o higiénico para el individuo. Constituye uno de los grandes síndromes geriátricos, originando notables repercusiones físicas, psicológicas y socioeconómicas.

Afecta más frecuentemente a la mujer que al varón.

Se ha comprobado que es un motivo frecuente de institucionalización del anciano, siendo su prevalencia en los ancianos institucionalizados es muy elevada:

- En mayores de 65 años entre un 15 y un 34%.
- En mayores de 75 años entre un 38 un 55%.

REPERCUSIONES DE LA INCONTINENCIA URINARIA

MÉDICAS:

- Infecciones urinarias
- Úlceras cutáneas.
- Caídas

AFFECTIVAS:

- Pérdida de autoestima.
- Ansiedad.
- Depresión.

SOCIALES:

- Aislamiento.
- Mayor necesidad de apoyo familiar.
- Mayor necesidad de recursos socio-sanitarios.

ECONÓMICOS:

- Elevado coste de las complicaciones y de las medidas paliativas (absorbentes, colectores, sondas,...)

REQUISITOS PARA MANTENER LA CONTINENCIA URINARIA

1. Efectivo almacenamiento del tracto urinario inferior.
2. Efectivo vaciamiento del tracto urinario inferior.

3. Suficiente movilidad y destreza para acceder al baño.
4. Capacidad cognitiva para percibir el deseo miccional.
5. Motivación para ser continente.
6. Ausencia de barreras arquitectónicas.

SITUACIONES MÁS RELACIONADAS CON LA INCONTINENCIA URINARIA

PATOLOGÍA NEUROLÓGICA:

- Deterioro cognitivo.
- Enfermedad cerebrovascular.
- Enfermedad de Parkinson.
- Hidrocefalia.
- Tumores.

DETERIORO DE LA MOVILIDAD

- Patología osteoarticular.
- Fractura de cadera.
- Enfermedad de Parkinson.
- Secuelas de ACV.

FÁRMACOS

- Diuréticos.
- Psicofármacos.
- Calcioantagonistas.
- Anticolinérgicos.
- Adrenérgicos.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de la incontinencia urinaria son múltiples y es sumamente frecuente que en una misma persona concorra más de un factor de riesgo.

- Edad.
- Sexo femenino.
- Inmovilidad.
- Prolapso de los órganos pélvicos.
- Extirpación del útero.
- Obesidad.
- Infección del tracto urinario.
- Enfermedades del SNC.
- Demencias.

- Depresión.
- Impactación fecal.
- Cirugía pélvica previa.
- Factores ocupacionales relacionados con el esfuerzo físico.
- Deterioro físico/mental.
- Barreras arquitectónicas.
- Algunos fármacos.
-

TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

I. DE URGENCIA

El paciente tiene deseos súbitos de orinar sin que le sea posible alcanzar el cuarto de baño a tiempo. Se produce por la contracción involuntaria del detrusor, músculo de la vejiga urinaria. Las fugas de orina son episódicas, pero frecuentes.

I. DE ESFUERZO.

Motivada por un aumento súbito de la presión intrabdominal. El esfínter uretral es incompetente y permite que la orina se derrame sin existir deseo de orinar. Se produce en relación con un esfuerzo físico (tosar, estornudar, levantarse, coger pesos, reírse...). En la mujer está relacionado con la debilidad del suelo pelviano (afecta frecuentemente a mujeres multíparas después de la menopausia) y en los hombres con resecciones prostáticas amplias.

I. POR REBOSAMIENTO

La vejiga urinaria retiene orina hasta que la presión es tan grande que el esfínter se abre, permitiendo la salida de la orina. Las pérdidas de volumen de orina son pequeñas, pero frecuentes. Es muy frecuente en el varón con problemas de agrandamiento de próstata.

I. POSTMICCIONAL

Consiste en la emisión de una pequeña cantidad de orina, generalmente sin mucha repercusión, incluso varios minutos después de haber completado la micción. Es debido a que la vejiga no se vacía completamente, permaneciendo en ella una orina residual. Aumenta si la evacuación no es cómoda o si se utiliza cuña en vez de inodoro.

I. FUNCIONAL

Se produce en personas con una función vesicouretral normal, pero con imposibilidad de acudir al baño, utilizar la cuña o la botella debido a: discapacidad física o mental, barreras arquitectónicas, mala disponibilidad del personal...

I. REFLEJA

La persona no siente el deseo de orinar. Está causada por lesiones nerviosas que permiten que se produzca vaciamiento de la vejiga sin ningún control del cerebro.

I. MIXTA

Combinación de dos o más tipos de incontinencia urinaria. Es frecuente que se asocie una incontinencia de urgencia y una de esfuerzo.

I. TRANSITORIA

Se produce de forma temporal debido a una circunstancia puntual, remitiendo una vez ésta haya desaparecido (infección urinaria, alguna medicación, impactación fecal, movilidad limitada...).

OBJETIVOS

1. Prevención de la incontinencia urinaria
2. Paliar los efectos negativos de la incontinencia urinaria sobre el residente.
3. Un correcto manejo de los absorbentes en los casos en que la incontinencia sea imposible de corregir.

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO

Usuarios de la Residencia Ntra. Sra. del Portal.

PROFESIONALES IMPLICADOS

Enfermería, auxiliares de enfermería y gerocultores/as.

PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA

DESCRIPCIÓN

El proceso del envejecimiento se caracteriza por la aparición de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos que producen una menor efectividad de los mecanismos de continencia.

Aunque no amenaza la vida del residente, la incomodidad, humillación y vergüenza que esta condición provoca la convierten en una de las causas de aislamiento social.

OBJETIVO

1. Retardar la aparición de signos y síntomas del envejecimiento del sistema genitourinario.
2. Mejorar la calidad de vida del residente evitando la incomodidad, los problemas físicos de la incontinencia, la disminución de la autoestima y el aislamiento.
3. Prevención o disminución de los episodios de incontinencia.

PREPARACIÓN DEL RESIDENTE

- Explicar al residente las medidas a realizar.
- Es imprescindible conocer el patrón de micción del residente y la cantidad de líquido ingerido.
- Animarle a mantenerse continente. Explicarle que si se produce algún episodio de incontinencia no se desanime y que prosiga el programa.

ACTIVIDADES A REALIZAR

- **Mantener un aporte de líquidos.** Un residente sin restricción debe ingerir de 1'5 a 2 litros de agua al día, restringiendo el aporte unas horas antes de acostarse e indicándole que orine antes de ir a acostarse.
- **Evitar el consumo de irritantes vesicales.** La cafeína y el alcohol aumentan la sensación de urgencia.
- **Valorar el tratamiento farmacológico que toma el residente.** Si toma diuréticos procurar que sea por la mañana.
- **Facilitar el acceso al baño.** Es necesario que el baño esté bien indicado, que no existan obstáculos en el trayecto hacia el baño, que lleve ropa fácil de desabrochar o retirar. También es prioritario que el timbre de llamada quede al alcance de la mano del residente cuando se acuesta.
- **Entrenamiento vesical.** El objetivo es disminuir las micciones de pequeño volumen. Consiste en incorporar progresivamente incrementos de tiempo de intervalo entre las micciones, aprendiendo de esta manera el residente a resistir la urgencia de orinar.
- **Pautas de vaciamiento vesical.** Al principio del programa se procurará que el residente realice una micción cada 1-2 horas mientras está despierto y cada 4 horas por la noche, lo cual disminuye el riesgo de infección.
- **Ejercicios de la musculatura pelviana.** Para fortalecer la musculatura proximal debe interrumpirse el chorro de orina después de comenzar a orinar, aguantar unos segundos y después continuar orinando. Para fortalecer la musculatura distal debe contraerse el músculo del ano como si se interrumpiera la defecación. Es aconsejable repetir estos ejercicios 10-20 veces unas 4 veces al día.

PUNTOS A REFORZAR

- Evitar los largos períodos de inmovilidad si las capacidades del residente lo permiten. Andar y realizar alguna actividad son buenos medios para evitar la incontinencia.
- Facilitar el acceso al cuarto de baño todas las veces que sea preciso.
- Un adecuado aporte de líquidos asegura en circunstancias normales un adecuado volumen de diuresis.
- Ofrecer apoyo psicológico. Evitar que el residente se sienta culpable o sienta vergüenza.
- Valorar positivamente los logros del residente al realizar las actividades de prevención de la incontinencia.

PROBLEMAS SECUNDARIOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

DESCRIPCIÓN

La incontinencia urinaria genera una serie de problemas secundarios como son la infección urinaria, la alteración de la integridad cutánea, la pérdida de la

autoestima/aislamiento y los problema derivados del sondaje vesical (el sondaje urinario se realizará sólo en los casos estrictamente necesarios).

OBJETIVO

Disminuir y/o eliminar los problemas secundarios a la incontinencia.

ACTIVIDADES A REALIZAR

1. Prevención de la infección urinaria

- Si el residente es portador de dispositivos de continencia seguir el procedimiento de colocación de absorbentes.
- En caso de que el residente sea portador de sondaje vesical realizar los cuidados necesarios para su inserción y mantenimiento.
- Valorar diariamente la presencia de signos que indique infección de orina: orina turbia/maloliente, fiebre, polaquiuria...
- Mantener el adecuado aporte de líquidos.
- Si aparece infección administrar el tratamiento antibiótico prescrito.

2. Prevención de la alteración de la integridad de la piel.

- Valorar frecuentemente el estado de la piel.
- Enseñar al residente o realizar si este no pudiera los cuidados de la piel: lavado de la zona perineal, secado total (máxima atención en los pliegues cutáneos) y protección.
- Si aparece lesión en la piel, establecer la cura o cuidados oportunos y extremar las medidas de higiene.

3. Prevención de la pérdida de autoestima/aislamiento social.

- Respetar las necesidades de higiene y cambios de absorbentes necesarios.
- Si aparecen repercusiones psicológicas animar al residente y explicarle que no tiene porque sentir vergüenza, que él no es un caso aislado y tomando las medidas estimadas puede hacer una vida normal.

PAUTAS DE COLOCACIÓN DE ABSORBENTES

- Elegir el tipo de absorbente (elástico/anatómico) y tamaño adecuados según talla del residente, volumen de diuresis y grado de autonomía.
- No se recomienda la utilización de dos absorbentes a la vez porque favoreced la aparición de infecciones urinarias, la maceración de la piel, las UPP...
- Se deben colocar de delante a atrás. Se retirarán evitando el arrastre y siempre hacia atrás, pasando así de la parte más limpia a la más contaminada, evitando infecciones.

HORARIOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A LOS RESIDENTES A ORINAR A LOS INODOROS

- Al levantarse.
- A media mañana.
- Después de la comida.
- A media tarde.
- Antes de acostarse.
- Según necesidades.

PROTOCOLO DE CAMBIOS POSTURALES

- **Definición y Objetivos**

- **Profesionales Implicados**

- **Cambios Posturales.**
 - **Principios básicos.**
 - **Principios de Organización.**
 - **Principios de Mecánica Postural**

- **Procedimiento de actuación// Movilización paciente encamado**
 - **Descripción de posiciones corporales**
 - **Movilización del paciente encamado**
 - **Movilización del paciente ayudados por una sábana**
 - **Movilización del paciente hacia un lateral de la cama**
 - **Giro del paciente encamado de Decúbito Supino a Decúbito Lateral**
 - **Forma de sentar o incorporar al paciente en la cama**
 - **Forma de sentar al paciente en el borde de la cama**
 - **Pasar al paciente de la cama a la camilla**
 - **Pasar al paciente de la cama a la silla de ruedas**

- **Gráfica de Control de Cambios Posturales**

- **Movilización de Pacientes con Grúa (Protocolo de actuación)**

Cambios Posturales

Definición

Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente con movilidad limitada o encamado, que forman parte de la enfermería preventiva. La selección y realización de la planificación de los cuidados debe estar en función de las necesidades del paciente de modo que atendiendo a la movilidad distinguimos:

- **Paciente con movilidad completa:** aquel que tiene un grado de autonomía total: El tiempo de inmovilidad se ajusta al mínimo necesario.
- **Paciente con limitación ligera en la movilidad:** aquel que tiene una ligera limitación que induce a un aumento del tiempo de inmovilidad por causas externas tales como procedimientos terapéuticos invasivos, sonda nasogástrica, cateterización venosa o vesical, drenajes, férulas, yesos, etc. No necesita ayuda para cambiar de posición.
- **Paciente con limitación importante en la movilidad:** aquel que tiene una limitación importante tanto por causas externas como por causas propias que le produce un aumento del tiempo de inmovilidad. Siempre necesita ayuda para cambiar de posición.
- **Paciente inmóvil o encamado 24 horas:** aquel que tiene disminuida el máximo de su movilidad y siempre necesita ayuda de agentes externos para moverse: es completamente dependiente

Objetivos

La colocación apropiada en la cama, los cambios posturales y los ejercicios de movilización, son medidas que tienen por objetivo

- Alterar las áreas de presión, evitando las úlceras por presión
- Evitar la aparición de contracturas, deformidades, lesiones en la piel y tejidos subyacentes
- Prevenir la congestión de las secreciones respiratorias, facilitar la expectoración

- Favorecer la circulación
- Favorecer la comodidad y bienestar del paciente.

Profesionales Implicados

Enfermeros/as, auxiliares de enfermería y gerocultores/as.

Principios básicos

- **Se realizarán cada 3 horas** en pacientes encamados, **siguiendo una rotación programada e individualizada.**
- **No arrastrar al paciente;** realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y de fricción.
- **No efectuar maniobras bruscas**
- **Mantener la alineación corporal,** distribución de peso, equilibrio y estabilidad.
- **Evitar el contacto directo de prominencias óseas** entre sí
- **Evitar colocar al paciente sobre el trocante femoral directamente.**
- **Si es necesario elevar la cabeza** de la cama, **hacerlo** durante un **período** de tiempo **mínimo** y si es posible **no pasar de 30°.**
- **Completar la acomodación y favorecer las posiciones deseadas con la utilización de dispositivos que amortigüen las zonas de presión:** colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, con especial atención en talones y rodillas.
- **En decúbito lateral, no sobrepasar los 30°.**
- No usar flotadores ni rosquillas en sacro, ni occipital.

- **Cuando el paciente no pueda realizar por sí mismo los cambios, será ayudado**, teniendo en cuenta las normas de mecánica corporal.
- **Comprobar que el usuario no tiene contraindicada ninguna de las posiciones empleadas para los cambios posturales.**
- **Comprobar que el enfermo esté cómodo en la nueva postura.**
- .
- **Aprovechar los cambios posturales para realizar otras actividades necesarias**, tales como aseo, cambios de ropa, etc.
- **Vigilar la aparición de dolor durante la movilización** y avisar si así fuera.
- **Evitar las costuras y la ropa excesiva que pueden lesionar la piel.**
- **Estimular al paciente para que realice movimientos en la cama:** girar los pies, flexionar y extender los dedos de la mano, etc.

Principios de Organización

- ❖ Conocer la enfermedad o lesión que padece el paciente.
- ❖ Adaptar el área en que se realizará la actividad, retirando los objetos que la entorpezcan y colocando la cama o camilla en la posición apropiada.
- ❖ Llevar una vestimenta adecuada, no llevar objetos punzantes en los bolsillos.
- ❖ Explicar al paciente los movimientos que vamos a realizar y pedir su colaboración, dando órdenes de forma clara y precisa para el movimiento a realizar.

Principios de Mecánica Postural

En la realización de los cambios posturales y de cualquier otra actividad que precise sostener o desplazar a personas u objetos, es conveniente observar unos principios básicos de mecánica corporal, con el fin de evitar lesiones o contracturas en el profesional y riesgos para el paciente:

- **Aumentar la estabilidad corporal**, ampliando la base de sustentación (separando los pies y adelantando uno respecto al otro) y descendiendo el centro de gravedad (flexionando las piernas).
- **Utilizar preferentemente los músculos de los muslos y piernas en lugar de los de la espalda**, y el mayor número posible de ellos (los dos miembros superiores en lugar de uno sólo).
- **Sujetar o trasladar un objeto manteniéndolo próximo al cuerpo**, porque así se acercan los centros de gravedad.
- **Al levantar un objeto pesado del suelo**, no hay que doblar la cintura, sino **flexionar las piernas y elevar el cuerpo, manteniendo recta la espalda**. De esta forma, el levantamiento está a cargo de los músculos de las piernas y no de los de la espalda.
- **Deslizar o empujar requiere menos esfuerzo que levantar**. Al hacerlo, la fricción puede reducirse procurando que la superficie esté lo más lisa posible.
- **Utilizar el peso de nuestro cuerpo** para facilitar la maniobra de empuje o tirar de un objeto, contrarrestando su peso, lo que exige menor energía en el desplazamiento.
- Girar el tronco dificulta la movilización. **El cuerpo debe mantener un alineamiento adecuado mientras hace un esfuerzo.**
- **Cuando la realización de la tarea supone algún riesgo** para el paciente o para el auxiliar de enfermería, hay que **solicitar la ayuda de otro profesional o de alguna ayuda técnica** (grúa o elevador).

Procedimientos de Actuación//Movilización del paciente encamado

Para movilizar al paciente encamado debemos tener en cuenta su estado y conocer si puede colaborar con nosotros o no es posible su ayuda para cambiarlo de postura.

PACIENTE NO COLABORADOR: Realizar la movilización entre 2 personas.

1. Colocarse cada persona a un lado de la cama, frente al enfermo;
2. Debemos colocar los pies separados así como las rodillas ligeramente flexionadas;
3. Retirar la ropa superior de la cama así como la almohada del paciente;

4. Las auxiliares introducen un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro debajo del muslo. Sujetan al paciente y lo levantan con cuidado hasta llevarlo a la posición deseada;
5. NOTA: A la hora de movilizar al paciente a la posición deseada es preciso evitar fricciones y sacudidas repentinas o bruscas para lo cual el paso 4 es mejor realizarlo con la ayuda de una entremetida.

También se pueden colocar las dos personas al mismo lado de la cama, de esta forma:

1. La primera persona coloca un brazo por debajo de los hombros del paciente y el otro brazo por debajo del tórax;
2. La segunda persona desliza sus brazos a la altura y por debajo de la región glútea;
3. Entonces elevan cuidadosamente al paciente hacia la posición requerida.

PACIENTE COLABORADOR: En este caso con una sola persona basta.

1. Nos colocaremos junto a la cama del enfermo, frente a él y a la altura de su cadera;
2. Decirle al enfermo que se agarre a la cabecera de la cama y flexionando sus rodillas, coloque la planta de los pies apoyando sobre la superficie de la cama;
3. Entonces colocamos nuestros brazos por debajo de las caderas del paciente;
4. Se le pedirá al paciente que haciendo fuerza con sus pies y brazos intente elevarse;
5. Es entonces cuando la auxiliar o el celador -con sus brazos- debe ayudar al enfermo a subir hacia la cabecera;
6. Si el paciente se encuentra bastante ágil, puede realizar él solo esta movilización.

Descripción de posiciones corporales

Las POSICIONES CORPORALES de uso mas frecuente utilizadas para realizar cambios posturales son las siguientes:

1. Decúbito Supino.

El paciente está tumbado sobre la espalda, con los brazos y las piernas extendidas y próximas al cuerpo, en un plano paralelo al suelo.

Colocaremos almohadas o cojines en distintas zonas del cuerpo del paciente para favorecer su alineamiento y su comodidad:

- Bajo el cuello y los hombros.
- Bajo la zona lumbar (pequeño cojín).
- Bajo los huecos poplíteos.
- Bajo la parte inferior de las piernas.
- Colocar sábana o toalla enrollada lateralmente debajo las caderas y muslos.
- Colocar tabla o tope para los pies.

2. Posición de Fowler y Semi-Fowler.

El paciente permanece semisentado con las rodillas ligeramente flexionadas. La posición de Fowler alta es aquella en la que la cabecera de la cama o la espalda del paciente está elevada 90° respecto a los pies, y semi-Fowler cuando la elevación es de 30° aproximadamente.

Deben colocarse almohadas para favorecer la acomodación y alineación:

- Detrás de cuello y hombros.
- Detrás de la zona lumbar.
- Bajo los antebrazos y manos, para evitar la tensión en los hombros y sujetar los brazos y las manos, si el paciente no las utiliza.
- Debajo y a los lados de la parte superior de los muslos.
- Bajo el tercio inferior de los muslos.
- Bajo los tobillos, para elevar los pies.
- Además, es conveniente favorecer la flexión dorsal de los pies, mediante un soporte, sacos de arena u otros sistemas.

3. Decúbito lateral (Izquierdo y Derecho).

El paciente está tumbado sobre un lateral de su cuerpo, en un plano paralelo al suelo. Su espalda está recta. Los brazos están flexionados y próximos a la cabeza. La pierna inferior está en extensión o ligeramente flexionada, y la superior permanece flexionada por la cadera y la rodilla.

Es conveniente colocar almohadas o cuñas tope:

- Bajo la cabeza, para favorecer el alineamiento.
- Bajo el brazo superior, para elevar el brazo y el hombro.
- Bajo el muslo y la pierna superior, para elevar la pierna y cadera.
- Detrás de la espalda, para mantener una buena alineación.

4. Decúbito prono o ventral.

El paciente está tumbado sobre el abdomen, en un plano paralelo al suelo, con las piernas extendidas y la cabeza girada a un lado. Los brazos pueden estar extendidos a lo largo del cuerpo, o flexionados y colocados a ambos lados de la cabeza.

Para facilitar la comodidad del paciente, pueden emplearse almohadas:

- Bajo la cabeza.
- Bajo el diafragma, colocar un pequeño cojín, para evitar la hiperextensión de la curvatura lumbar y la presión excesiva en las mamas, y para facilitar la respiración.
- Bajo el tercio inferior de las piernas, para disminuir el rozamiento en los dedos de los pies.

5. Posición de Sims o semiprona.

Es una posición intermedia entre el decúbito prono y el decúbito lateral. En ella la cabeza está ladeada, el brazo inferior extendido hacia atrás y ligeramente separado del cuerpo, y el brazo superior está flexionado y próximo a la cabeza. La pierna inferior está semiflexionada por la rodilla, y la superior flexionada por la cadera y la rodilla.

En este caso, se colocaran almohadas:

- Bajo la cabeza.
- Bajo el hombro y la parte superior del brazo.

- Bajo el muslo y la parte superior de la pierna.

Movilización del paciente ayudado por una sábana

Se realiza entre dos personas, situados uno a cada lado de la cama.

1. Para esta técnica nos ayudaremos de una "entremetida" que es una sábana doblada en su largo a la mitad;
2. Se la colocaremos al paciente por debajo, de forma que llegue desde los hombros hasta los muslos.
3. Para ello colocaremos al enfermo en decúbito lateral, lo más próximo a un borde de la cama y meteremos la "entremetida" por el lado contrario al que está girado, luego lo volveremos al otro lado y sacaremos la parte de "entremetida" que falta de colocar.
4. Una vez colocada la "entremetida", se enrolla ésta por los laterales sujetándola cada persona fuertemente, pudiendo así mover al paciente hacia cualquier lado de la cama evitando las fricciones.

Movilización del paciente hacia un lateral de la cama

El Auxiliar de Enfermería se coloca en el lado de la cama hacia el cual va a trasladar al enfermo:

1. Colocar un brazo debajo del hombro del paciente, sujetándolo sobre la axila opuesta;
2. Colocar el otro brazo por debajo de la cadera, desplazándolo hacia la otra cadera;
3. Si el enfermo es corpulento debe realizarse entre dos personas;
4. Movilizarlo con cuidado a la posición deseada.

Giro del paciente encamado de Decúbito Supino a Decúbito Lateral

El Auxiliar debe colocarse en el lado de la cama hacia el que va a girar el enfermo:

1. En primer lugar, se desplaza al paciente hacia el lado de la cama contrario al decúbito deseado, para que al girarlo quede el paciente en el centro de la cama.

2. Se le pide al paciente que estire el brazo hacia el lado que va a girar el cuerpo y que flexione el otro brazo sobre el pecho;
3. Se le pide que flexione la rodilla del miembro que va a quedar por encima;
4. A continuación el auxiliar debe colocar uno de sus brazos por debajo del hombro y el otro por debajo de la cadera;
5. Girar al paciente hacia el lado en que se encuentra el auxiliar, dejándole colocado en decúbito lateral.
6. NOTA: En la posición de Decúbito Lateral hay que tomar precauciones con orejas, hombros, codos, cresta ilíaca, trocánteres y maléolos para que no se produzcan úlceras por presión.

Forma de sentar o incorporar al paciente en la cama

Para sentar un enfermo en la cama, si ésta es articulada, basta con elevar la cama haga que el enfermo se encuentre cómodo y en una postura adecuada a su estado.

Para levantarle los hombros, el Auxiliar se coloca de cara al enfermo y de lado con respecto a la cama. El pie más cercano se coloca atrás y la mano más lejana se pasa por detrás de los hombros del enfermo balanceando el cuerpo hacia atrás, bajando las caderas verticalmente de forma que el peso pase de la pierna de delante a la de atrás.

Forma de sentar al paciente en el borde de la cama

1. El Auxiliar adelanta un brazo, el más próximo a la cabecera, y rodea los hombros del enfermo, y el otro lo coloca en la cadera más lejana del enfermo;
2. Con esta mano hace que la cadera y las piernas giren de modo que queden colgando del borde de la cama;
3. Con el otro brazo ayuda a erguir el tronco;
4. En el momento en que se ha sentado.

Pasar al paciente de la cama a la camilla

CON DOS PERSONAS

1. Una realiza la movilización del enfermo y la otra se asegura de fijar la camilla para que no se mueva y de ayudar a la primera;
2. *La camilla se coloca paralela a la cama y bien pegada a ésta;*
3. Previamente se habrán sacado la entremetida y el hule (salvacamas) tras haber retirado la sábana encimera y las mantas hacia los pies;

4. Una de las dos personas se coloca en el lado externo de la camilla, en el centro, y tira de la entremetida hacia sí, mientras la otra se coloca en la cabecera sujetando al enfermo por los hombros, levantándolos y acercándole hacia la camilla;
5. Una vez que el enfermo está colocado en la camilla, se le tapa con las sábanas y mantas y se arreglan el hule y la entremetida.

CON TRES PERSONAS

1. Si el enfermo no puede moverse en absoluto serán necesarias tres personas;
2. *La camilla se coloca perpendicular a la cama, con la cabecera de la camilla tocando los pies de la cama;*
3. Las tres personas se sitúan frente a la cama, adelantando un pie hacia la misma;
4. Doblan las rodillas al unísono y colocan sus brazos bajo el paciente: el primero, uno por debajo de la nuca y hombros y el otro en la región lumbar; el segundo, uno bajo la región lumbar y otro debajo de las caderas, y el tercero, uno debajo de las caderas y el otro debajo de las piernas;
5. Después vuelven al paciente hacia ellos haciéndole deslizar suavemente sobre sus brazos. Éstos se mantienen cerca del cuerpo para evitar esfuerzos inútiles;
6. Se levantan, giran los pies y avanzan hacia la camilla, luego doblan las rodillas y apoyan los brazos en la misma. Los movimientos han de ser suaves y simultáneos para dar seguridad al enfermo y evitar que se asuste.

Pasar al paciente de la cama a la silla de ruedas

1. Lo primero que hay que hacer es fijar las ruedas. Si aún así hay peligro de que la silla se mueva harán falta dos personas, una de las cuales sujetará la silla por el respaldo para evitar su movimiento;
2. Si la cama está muy alta se colocará un escalón que sea firme y que tenga una superficie suficiente para que el enfermo se mueva sin caerse;
3. El paciente se sentará al borde de la cama y se pondrá, con la ayuda del Auxiliar, la bata y las zapatillas (de forma que no se le salgan con facilidad);
4. Si el paciente no puede hacer solo los movimientos necesarios para sentarse al borde de la cama se le ayudará de la manera indicada en Forma de sentar al paciente en el borde de la cama;
5. *La silla se coloca con el respaldo en los pies de la cama y paralela a la misma;*
6. El Auxiliar se coloca frente al enfermo con el pie que está más próximo a la silla por delante del otro;

7. El paciente pone sus manos en los hombros del auxiliar mientras éste lo sujeta por la cintura;
8. El enfermo pone los pies en el suelo y el Auxiliar sujeta con su rodilla más avanzada la rodilla correspondiente del enfermo para que no se doble involuntariamente;
9. El Auxiliar gira junto con el enfermo y, una vez colocado frente a la silla, flexiona las rodillas de forma que el enfermo pueda bajar y sentarse en la silla. Cuando la silla no es de ruedas se procede en la misma forma, pero el peligro de que la silla se mueva es inferior.

PROTOCOLO DE MEDICACIÓN

OBJETIVO

Adecuar pautas y explicar los pasos a seguir para la preparación y administración de la medicación.

POBLACIÓN DIANA

Usuarios de la Residencia Ntra. Sra. del Portal.

PROFESIONALES IMPLICADOS

Enfermeros/as, auxiliares de enfermería y gerocultores/as.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

- El personal de cuidado directo será el encargado de recoger las recetas en el Centro de Salud y enfermería deberá comprobar que dichas recetas se adecuan a las necesidades de cada usuario. Enfermería también será la encargada de notificar al médico cualquier error detectado en dichas recetas. Una vez comprobada la adecuación de las recetas, éstas serán enviadas a la farmacia.
- Una vez que nos llegan los medicamentos de farmacia enfermería comprobará su adecuación a las recetas que hemos enviado a la farmacia.
- Es imprescindible tener actualizada la hoja de medicación de cada usuario para proceder a la preparación correcta de la medicación pautada por su médico de atención primaria.
- Para evitar pérdidas de tiempo y omisiones es importante contar con el material necesario: carro de medicación con los casilleros semanales para cada usuario, mortero, vasitos, tapas, bateas, utensilios para la división de las pastillas según dosis prescrita... Lavarse las manos y colocar guantes para evitar la contaminación del medicamento.
- Comprobación de la regla de los 5 “correctos”: dosis, día, paciente, hora y fármaco.
- Preparación de la medicación. Los fines de semana se prepara la medicación semanal para todos los usuarios, dejándola en casilleros individualizados de los carros de medicación (contamos con un carro de medicación para cada comedor). A excepción de los sobres, gotas, jarabes, ampollas bebibles y parches, que se preparan el día previo a su dispensación.
- Cerciorarse de que el usuario está en la posición adecuada: fowler/semifowler/lateral/sedestación...

- Proceder a la administración de la medicación identificando al usuario por su nombre y cerciorándose de que comprende el procedimiento.
- Administrar la medicación con agua u otro líquido (a excepción de jarabes u otros medicamentos de consistencia líquida).
- Comprobar que el usuario ha tragado la medicación, especialmente en los residentes con mayor incapacidad o aquellos que se suelen mostrar “reticentes” a tomar la medicación.
- Recoger el material. Quitarse los guantes y lavarse las manos.
- Registro por escrito que certifique que la medicación ha sido administrada.

OBSERVACIONES

1. Normalmente la medicación se administrará en el comedor, pero si el residente estuviera encamado se le administrará en la habitación.
2. En los residentes con alteraciones de la deglución o problemas de atragantamiento se debe valorar la administración del medicamento triturado, así como el empleo de gelatinas y espesantes.
3. Administrar directamente la medicación en la boca a aquellos residentes con deterioro cognitivo y asegurarnos de que son ingeridos y que no queden en la cavidad oral.
4. Los parches transdérmicos se aplicarán directamente en la piel en la zona del pecho, alternando a diario la zona (día par en zona derecha, día impar en zona izquierda).
5. Enfermería colocará los colirios y los inhaladores en las bandejas destinadas a tal fin, junto con la hoja informativa sobre pauta de administración; siendo los/las auxiliares de enfermería los/as encargados/as de administrarlo.

PROTOCOLO DE EMERGENCIAS SANITARIAS

DEFINICIÓN

Una emergencia sanitaria es un suceso inesperado que le acontece a un residente y que puede atentar contra su integridad física o psicológica.

Es un estado de urgencia y la persona debe de ser atendida de inmediato.

La atención será diferente dependiendo del suceso; a veces podrá solucionarse in situ y otras veces deberemos recurrir a la ayuda externa, pudiendo ser recomendado el traslado del residente al hospital.

OBJETIVOS

El objetivo de este protocolo es proporcionar unos conocimientos mínimos para poder intervenir en caso de emergencia sanitaria, y de este modo poder minimizar las complicaciones derivadas al incidente, actuando de la forma más efectiva y rápida posible.

POBLACIÓN A QUIEN VA DIRIGIDO

Este protocolo va dirigido a todos los residentes de la Residencia Ntra. Sra. del Portal que precisen en algún momento de la asistencia en caso de emergencia sanitaria.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTUACIÓN

Actuación estándar.

Cuando sucede una emergencia sanitaria lo más importante es comportarse de forma tranquila y rápida. No sirve de nada ponerse nervioso por que lo único que podemos conseguir es que actuemos sin pensar y de forma no correcta. Es importante que los diferentes profesionales se coordinen y concentren sus fuerzas en la misma dirección; es decir, que halla una mayor compenetración en el momento de actuar. La capacidad de valoración y la eficacia de la actuación han de ser objetivas. Hemos de tener presente que ante la duda es mejor no actuar, ya que posteriormente seremos responsables de dicha actuación.

Hemos de demostrar una actitud calmada y de serenidad de cara al residente

Una vez aclarado lo anterior los pasos a seguir serán los siguientes:

- Valorar el estado general del paciente (consciencia....).
- Toma de constantes vitales.
- Mirar que tipo de medicación toma.
- Informar al médico.
- Actuar si podemos solucionar el problema o intervenir de forma organizada y eficaz si podemos minimizar las consecuencias.

- Pedir ayuda si fuera preciso.
- Buscar los datos de la persona para entregarlos y que se los lleven al hospital (en la hoja de derivación).
- Informar a los familiares.
- Registrarlo en el historial del residente: día, hora, tipo de incidente y las actuaciones realizadas (tanto por el personal del centro como por el personal de asistencia que podemos requerir en ciertas situaciones).

Actuación para el traslado urgente al hospital de referencia

Una vez el medico haya ordenado el traslado a urgencias del hospital de referencia se avisará a la familia de nuestro usuario, se le informa del motivo de la derivación y del lugar donde se traslada.

Durante el proceso se facilitará a quien corresponda la documentación administrativa necesaria.

Se anotará todo en la historia clínica del residente: hora de la derivación, motivo del traslado y los datos pertinentes o de interés que sean necesarios, así como los datos que se obtengan en el seguimiento.

A fin de poder dar una continuidad en la atención del residente, si este permanece ingresado en un hospital, se establecerá contacto telefónico para conocer la evolución del proceso y otras incidencias.

Situaciones posibles de emergencia

- Caídas
- Heridas
- Quemaduras
- Hemorragia
- Intoxicación
- Reanimación cardiopulmonar, parada cadiorespiratoria, cardiaca o respiratoria

ACTUACIÓN FRENTE UNA CAÍDA

Si a pesar de aplicar las medidas de prevención se produce una caída, se debe actuar rápidamente y disminuir el tiempo de espera en el suelo antes de que llegue la ayuda, porque aumenta el riesgo de morbi-mortalidad. Las medidas de actuación son las siguientes:

- Valorar el estado del residente y las consecuencias de la caída
- Avisar al medico o llamar al servicio de urgencias (si es preciso)
- No incorporar o movilizar al residente si se sospecha que puede presentar una fractura; o en todo caso realizar una movilización correcta (entre varias personas) y trasladarlo a la cama o a la camilla.
- Realizar tratamiento o mantener en observación en función de la lesión que se haya producido.

- Anotar la caída y sus consecuencias en la historia del residente.
- Complimentar el registro

ACTUACIÓN FRENTE UNA HERIDA

Si la herida es grave, se debe:

- No explorar ni tratar de curar la herida (haya o no cuerpos extraños introducidos)
- Colocar un apósito estéril vendado
- Traslado urgentemente al hospital

Si la herida es leve, se debe

- Descubrir bien la herida quitando los cuerpos extraños (con una pinza estéril) y limpiándola con abundante agua y jabón con una gasa, dejando la herida al descubierto.
- Tapar la herida con compresas y una capa de algodón, si sangra, sujetándolo con un vendaje ni muy apretado ni muy flojo.

Si las heridas están sucias hay que dejar sangrar la herida antes de aplicar las compresas.

Tanto si la herida es leve como grave, en ningún caso se hurgará en ella.

ACTUACIÓN FRENTE UNA QUEMADURA

Si son leves, se debe

Se refrigerarán con agua, limpiándolas sin cortar ni pinchar las ampollas, colocando un apósito o vendaje compresivo, manteniendo elevados los miembros quemados. Nunca vendar juntas dos superficies quemadas (siempre por separado)

Si son graves y extensas, se debe

- No tocar la zona quemada ni quitar la ropa adherida a la piel
- Refrigera con agua la herida o las partes quemadas
- Cubrir la herida con telas o apósitos mojados, sin pinchar las ampollas
- Si se vendan los dedos hacerlo por separado.
- En quemaduras de extremidades: separar los brazos del cuerpo, separar los muslos y las piernas entre si.
- Mantener elevadas las extremidades quemadas
- En quemaduras de la cara, sentar a la víctima (no acostar)
- En ningún caso aplicar pomadas, alcohol, o agua oxigenada o povidona yodada.

ACTUACIÓN FRENTE UNA HEMORRAGIA

Los vasos sanguíneos son las arterias, las venas y los capilares. Las arterias

llevan sangre del corazón hacia los tejidos (hacia fuera), las venas las llevan de los tejidos hacia el corazón (hacia dentro) y los capilares unen las arterias y las venas. Si se rompe algún vaso sanguíneo se origina una hemorragia (salida de sangre fuera de los vasos)

Clases de hemorragias

- Externas (la sangre sale al exterior y es visible)
- Internas (la sangre sale de los vasos, pero no es visible)
- Exteriorizadas (la sangre sale a través del oído, nariz, boca etc.)

Otra clasificación puede ser según el vaso sanguíneo que se rompa:

- Arteriales (sangre de color rojo vivo que mana con fuerza y a borbotones)
- Venosas (sangre de color oscuro y mana de forma continua no a chorros)
- Capilares (son muchos puntos sangrantes)

Conducta a seguir ante una hemorragia externa

-En las arteriales el orden y la conducta a seguir es la siguiente:

- Presión directa sobre la herida:
 - Aplicando gasa o compresa y comprimir con el vendaje. Debemos mantener la presión constante, no retirándola (aunque esté muy empapada), aplicando encima otras nuevas, manteniendo la presión hasta que cese la hemorragia.
 - Elevando el miembro afectado por encima del corazón.
 - Vigilar que el miembro no se vuelva amoratado.
 - Presión sobre la arteria, si por el procedimiento anterior no se corta.
 - Torniquete, en último recurso y traslado urgente al hospital (anotar hora de colocación del torniquete)

-En las venosas se efectuará un vendaje compresivo como las arteriales. Si la hemorragia esta localizada en un miembro se mantendrá elevado.

Conducta a seguir ante una hemorragia interna

Si se sospechar por el antecedente de golpe o traumatismo o por estado de shock (frío, pálido, pulso débil, incoherente...) las medidas a tomar con el residente son:

- Acostarlo boca arriba, con la cabeza ladeada y los pies en alto (para impedir la aspiración de vómitos)
- Cubrirla con una manta para que no se enfríe
- Trasladarla urgentemente al hospital.

Conducta a seguir ante una hemorragia exteriorizada

Debemos poner a la persona en posición de seguridad y trasladarla urgentemente al Hospital

ACTUACIÓN FRENTE UNA INTOXICACIÓN

Frente a una intoxicación, provocaremos el vómito si no es una sustancia irritante y lo derivaremos urgentemente al hospital (siempre anotando la hora de la ingesta).

ACTUACIÓN FRENTE UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA

Reanimación cardiopulmonar

Debe realizarse ante un Paro Cardiorrespiratorio (ausencia de pulso y respiración, con pérdida de consciencia y tono muscular).

Si pasa demasiado tiempo puede producirse un daño cerebral irreversible.

Es una urgencia de vital importancia y las secuelas que puedan aparecer tendrán mucho que ver con el tiempo que estuvo en parada cardiorrespiratoria.

Ante una situación de paro cardiorrespiratorio no puedes esperar a que llegue ayuda o asistencia especializada ya que la vida y las posibles complicaciones que pueda tener la persona depende mucho del factor tiempo.

Hemos de diferenciar dos situaciones diferentes:

Parada respiratoria: es una apnea prolongada. Si persiste puede desembocar en un paro cardiorrespiratorio.

Parada cardiaca: es la ausencia de pulso; es decir, el corazón no bombea sangre, deja de latir. Las maniobras de RCP (reanimación cardio-pulmonar) van encaminadas a restablecer la circulación de sangre oxigenada.

Indicaciones

- En cualquier persona en situación de paro, excepto:
 - Cuando el médico ha dejado constancia escrita de no reanimación.
 - Si hay signos evidentes de muerte
 - Si hace más de 10 minutos del paro cardiorespiratorio sin que se haya realizado ninguna maniobra de RCP. Excepto en hipotermia, ahogados, electrocutados o intoxicados por barbitúricos
- Ante la duda se hace siempre

Maniobras a seguir

A- VIAS AEREAS ABIERTAS:

Hemos de comprobar que estas estén abiertas porque el motivo del paro puede ser una obstrucción que haya impedido la entrada de oxígeno.

Si nos encontramos la vía obstruida nuestra actuación dependerá del lugar donde se encuentre el objeto causante de la obstrucción:

- Cavidad oral: introducir uno o dos dedos en forma de gancho, teniendo en cuenta no empujar el objeto que había el interior. Si se trata de líquido será necesario enrollar los dedos con una gasa o un trapo.
- Faringe: maniobra de frente – mentón, que consiste en levantar el mentón con una mano y con la otra inclinaremos la frente para atrás, con la finalidad de evitar la caída posterior de la lengua, evitando que pueda obstruir la vía aérea.
- Laringe o traquea... maniobra de Heimlich, que consiste en presionar fuertemente hacia dentro y hacia arriba con el puño colocado en la boca del estómago

B- VENTILACIÓN:

Se inicia después de asegurarse que la vía aérea está abierta.

Se puede utilizar el boca-boca, boca-nariz o el ambú.

- La víctima debe de estar echada sobre superficie firme.
- Con el método boca-boca: inclinar la cabeza del paciente hacia atrás, colocando una mano debajo de la nuca del residente y la palma de la otra sobre la frente, pinzando a la vez, con los dedos índice y pulgar de esta mano la nariz (para que quede tapada). Seguidamente arquearemos el cuello para abrir las vías respiratorias.
- Con el método boca-nariz: la cabeza se coloca igual que el boca-boca, pero menos arqueada, dejando despejada la nariz y cerrada la boca.
- Insuflar aire profundamente en el paciente (con el boca-boca, con el boca-nariz o con el ambú), vigilando su pecho para cerciorarnos de que llega el aire a los pulmones (si se levanta es que llega aire a los pulmones)
- Posteriormente vigilar que su pecho se deprime; es decir, expulsa el aire que le hemos introducido.

- Repetirlo el ciclo entre 15 y 18 veces por minuto hasta que la víctima respire espontáneamente o llegue la ayuda sanitaria.

C- REANIMACIÓN CARDIACA:

Ante un paro cardíaco hay que practicar el masaje cardíaco externo. Para tomar el pulso se palpa con las yemas de los dedos índice y medio (nunca el pulgar) la arteria radial en la muñeca o preferiblemente el pulso carotídeo en el cuello. También debemos aplicar el oído sobre el pecho para oír los latidos de su corazón.

También se puede observar la dilatación de las pupilas y la coloración lívida o blanquecina de la piel.

La conducta a seguir es la siguiente:

- Tumbarse al residente boca arriba colocándose de rodillas a su lado,
- Apoyar la parte posterior de la palma de una mano sobre el tercio medio del esternón, y la parte posterior de la otra mano sobre la primera, dejando los dedos al aire.
- Ejercer presión firme con los brazos extendidos hasta que el tórax se hunda unos cuatro centímetros, comprimiendo y soltando.
- Repetir la presión a un ritmo de 60 a 80 veces por minuto, hasta notar que el corazón late o llegue auxilio sanitario.

D- METODO COMBINADO O RESUCITACIÓN (MASAJE Y RESPIRACIÓN ARTIFICIAL)

Si es una sola persona la que deba prestar auxilio empezará con la insuflación (boca a boca, boca-nariz o ambú). Si se observa parada circulatoria o paro cardíaco se procederá inmediatamente al masaje cardíaco externo: 2 insuflaciones y 15 masajes cardíacos, repitiéndolo sucesivamente.

Si son dos las personas una de ellas practicará 1 insuflación y la otra 5 masajes, y así sucesivamente.

E- ESQUEMA DE RCP BÁSICA EN ADULTOS

Valorar el nivel de consciencia

Permeabilizar la vía aérea

Desobstrucción manual, hiperextensión del cuello, elevación mandibular

Valorar ventilación

Mirar, escuchar y sentir

Respira

Posición de seguridad

No respira

Dos insuflaciones

Valorar circulación

Pulso central, signos vitales

No circulación

Compresiones torácicas

1 reanimador 15:2

2 reanimadores 5:1

Circulación presente

Continuar reanimación respiratoria

PROCOLO DE ABVD

OBJETIVO

Unificar criterios en la realización de las tareas que lleva a cabo el personal de cuidado directo en la atención a las ABVD.

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO

Usuarios de la Residencia Ntra. Sra. del Portal

PERSONAL IMPLICADO

Enfermería, Auxiliares de enfermería y gerocultores/as

DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS QUE LLEVA A CABO EL PERSONAL DE CUIDADO DIRECTO EN EL CUIDADO BÁSICO DEL RESIDENTE

ASEO EN CAMA

Respetar costumbres e intimidad del usuario. Encender la luz o subir las persianas. Saludar al entrar en la habitación. Entrar cerrando las puertas y ventanas, y comprobar que la temperatura de la habitación es la adecuada.

Intentar que la persona participe, dejándole hacer lo que por si misma pueda. Distraerlo con conversación si reacciona con agresividad.

Preparar el material necesario (esponja, gel, hidratante, peine, colonia, toalla) y el agua en la palangana a la temperatura apropiada, colocándolo todo junto a la cama del usuario. También se preparará la ropa (y el absorbente si lo tuviera prescrito). Lavarse las manos y ponerse los guantes.

Explicar el procedimiento al residente, solicitando su colaboración.

Se retiran: la ropa de la cama, el pijama o camión y el absorbente. Colocarlos en decúbito supino. Cubrir por zonas parcialmente para no dejarle completamente destapado. Es recomendable que la duración del aseo en cama no supere los 15 minutos.

Estará tendido en decúbito supino durante el baño, y no hace falta empapar mucho la esponja para no mojar la cama, aplicando un poco de jabón en ella. Se enjabonará, aclarará y secará cada zona antes de empezar con la siguiente

ORDEN DE LAVADO

CARA, CUELLO, OREJAS, MANOS, BRAZOS, AXILAS, TORAX, ABDOMEN

Colocamos al residente en decúbito lateral, para el aseo de ESPALDA Y GLÚTEOS

Finalizamos la tarea con la higiene de los GENITALES de delante hacia atrás. Mujeres: separar los labios mayores y menores, para enjabonar, aclarar e hidratar correctamente. En hombres: limpieza de genitales terminando por el ano.

Retraer el prepucio para facilitar la higiene del glande.

CARA: manopla con agua escurrida y sin jabón (si no hubiera, con la esquina de la toalla), se pasa por: OJOS (desde el lagrimal hacia el exterior), FRENTE, MEJILLAS, NARÍZ Y BARBILLA

Cubrir zonas parcialmente para no dejarle completamente destapado. Observar la aparición de rojeces, maceraciones, etc.

Es fundamental enjabonar haciendo círculos, aclarar bien con esponja escurrida y secar perfectamente sin frotar.

Cuidar mucho todos los pliegues: mamarios, axilares, abdominales, inguinales..., tanto en el secado como al hidratar.
Observar la aparición de rojeces, maceraciones, etc...

La hidratación se hará con un suave masaje circular con especial insistencia en las extremidades inferiores

Se le coloca el absorbente si lo tuviera pautado. En el caso de los varones se procede al afeitado.

Lavado de la boca. Dependiendo del estado del paciente, podrá hacerse el tradicional de cepillo y pasta dental o bien con torunda y colutorio.

En caso de que el anciano debiera permanecer encamado, se procedería a hacer la cama. Se situará al paciente en decúbito lateral colocando la ropa de línea en la mitad de la cama y en el orden en el que corresponda (bajera, protector azul y sistema de sujeción si lo tuviera pautado; se coloca al paciente en el decúbito lateral contrario al anterior, colocando la ropa de línea antes mencionada en la otra mitad de la cama. Situamos al paciente en la posición que tenga pautada, y ponemos la encimera, la manta (si la temperatura o las condiciones del anciano lo hicieran recomendable) y la colcha acomodando toda la ropa para que el paciente esté cómodo.

Se procede a vestir y peinar al usuario, colocarle la prótesis dental limpia y/o las gafas si las tuviera, y un toque de colonia en la ropa.

Si el usuario usase silla de ruedas se le colocaría en ella. También podría tener pautado sistema de sujeción, por lo que se le pondría comprobando los enganches.

Se acompaña al usuario a la sala común. Si, durante todo el proceso se observara alguna anomalía o se produjera alguna incidencia se informará de ello a la enfermera o persona responsable de resolver la cuestión.

Procedemos a recoger el material utilizado, retirando la ropa de cama y del usuario que estuviera sucia o mojada.
Se abrirán las ventanas, dejando que tanto la habitación como las camas se ventilen, antes de proceder a hacer las camas.

ASEO COMPLETO EN CAMA

Con respecto al aseo en cama, se efectuará igual, salvo por la inclusión de las extremidades que para su lavado deberán sumergirse en la palangana, teniendo especial cuidado entre los dedos y con el secado y la hidratación. También deberá de cambiarse el agua cuantas veces se precise

El lavado de la cabeza se realizará colocando al anciano en posición "Roser" a la orilla de la cama in almohada recostado sobre hule colocado alrededor del cuello, con la toalla enrollada y la otra parte del hule sobre la palangana en forma de embudo para recoger el agua

Colocar tapones de algodón en los oídos

Mojar el pelo, aplicar el champú, enjuagar y repetir la operación por 2ª vez.

Secar con toalla. Recoger todo.

Reinstalar al anciano, acomodándolo correctamente y comprobando que no quede la ropa humedecida.

Anotar e informar a la enfermera de cualquier incidente.

CAMBIO DE PAÑAL

Algunas incontinencias pueden ser reeducadas con una rutina pautada de visitas al aseo y si no es así se realizarán igual cambios sistemáticos a las mismas horas para que permanezcan limpios y evitar así escaras, ulceraciones y posibles infecciones por la humedad

Tras el aseo matutino sentar al residente en bacinilla o WC siempre que se pueda antes de colocarles el absorbente

En aquellas personas que no hacen pie, utilizar la grúa de bipedestación.

A media mañana realizar la misma operación, con aseo de genitales y anal si fuera necesario, ya que la mayoría necesitan tomar laxantes en el desayuno y luego necesitan el estímulo para evacuar.

De cuatro a cinco de la tarde, de nuevo se realiza el mismo protocolo para asistidos, pero además hay otras personas continentales que necesitan ayuda para estos menesteres y salvo que ellos demanden esta ayuda, debemos ser nosotros, los profesionales los que brindemos esa ayuda más o menos en estos plazos

Después de la cena, se realizará la misma operación.

Disminuir la ingesta de agua por la noche

A media noche, se realizará otro cambio de absorbente o se ayudara a quién lo demanda, al levantarse al WC, bacinilla o botella (en caso de varones)

CAMBIOS DE PAÑAL EN CAMA

A la vez que se realizan los cambios posturales, cada 3 horas, día y noche (respetando según circunstancias personales, si se puede, 6 horas de sueño). Éstos se realizarán con aseo genital y anal e hidratación siempre que sea necesario.

Colocar al residente en decúbito lateral para retirar pañal y colocar el limpio; siempre con cuidado que no se hagan daño con las barandillas de sujeción, mejor girarlos hacia nosotros para que no tengan miedo y se sientan protegidos; luego, un pequeño giro hacia el otro lado para dejar bien estirado el pañal y la entremetida y no queden pliegues.

BAÑO SEMANAL EN CAMA GERIÁTRICA

Se realizará entre dos personas, para poder realizar los cambios a decúbito lateral izquierdo y derecho de forma eficaz, ya que con el jabón y el agua, el cuerpo resbala, con el consiguiente riesgo para el paciente

Preparar el material necesario (esponja, gel, hidratante, peine, colonia, toalla). También se preparará la ropa (y el absorbente si lo tuviera prescrito). Lavarse las manos y ponerse los guantes.

Explicar el procedimiento al residente, solicitando su colaboración.

Mantener la privacidad todo lo posible (puerta y ventanas cerradas), comprobando que la temperatura del baño es la adecuada.

Se le pasará de la cama a la bañera geriátrica bien con grúa o entre dos personas (como mejor proceda)

Se dejará correr el agua hasta que alcance la temperatura adecuada, retirándole el pijama o camisón para proceder al baño.

ORDEN DE LAVADO

Proceder en primer lugar al lavado de la CABEZA. Cubrir con la toalla el resto del cuerpo para no dejarle completamente destapado. Aplicar el jabón dos veces con sus correspondientes y abundantes aclarados. Tener cuidado de que no se le meta el jabón en los ojos.

CARA, CUELLO, OREJAS, MANOS, BRAZOS, AXILAS, TORAX, ABDOMEN

Colocamos al residente en decúbito lateral, para el aseo de ESPALDA Y GLÚTEOS

Finalizamos la tarea con la higiene de los GENITALES

CARA: manopla con agua escurrida y sin jabón, se pasa por:
OJOS (desde el lagrimal hacia el exterior), FRENTE, MEJILLAS, NARÍZ Y BARBILLA

Es fundamental enjabonar haciendo círculos, aclarar bien con la ducha y secar perfectamente sin frotar.

Cuidar mucho todos los pliegues: mamarios, axilares, abdominales, inguinales..., tanto en el secado como al hidratar

La hidratación se hará con un suave masaje circular con especial insistencia en las extremidades inferiores. Si tuviera alguna pomada específica aplicar

Se procede a vestir y peinar al usuario, colocarle la prótesis dental limpia, y/o las gafas si las tuviera, y un toque de colonia en la ropa.

Si el usuario usase silla de ruedas se le colocaría en ella. También podría tener pautado sistema de sujeción, por lo que se le pondría comprobando los enganches.

Se acompaña al usuario a la sala común. Si, durante todo el proceso se observara alguna anomalía o se produjera alguna incidencia se informará de ello a la enfermera o persona responsable de resolver la cuestión.

Procedemos a recoger el material utilizado, retirando la ropa de cama y del usuario que estuviera sucia o mojada. Se abrirán las ventanas, dejando que tanto la habitación como las camas se ventilen, antes de proceder a hacer las camas.

Si el usuario estuviese encamado se procederá, después de ponerle el camisón o pijama, ha hacerle la cama: para ello se le colocará en decúbito lateral, para poder retirar la ropa de cama que estuviera sucia o mojada, de la mitad de la cama que no ocupara el paciente, y se procederá a colocar la ropa en el siguiente orden: bajera y protector azul en la otra mitad de la cama. Se pasará al paciente al lado de la cama que ya estuviera hecho y se procede a colocar la ropa en el lado que falte por hacer. Se situará al residente en decúbito supino para terminar de hacer la cama: sabana encimera, manta si procediera, y colcha.

CAMBIOS POSTURALES

Han de ser de 30º ya que por aliviar la presión de sacro y talones a veces se lesionan trocánter, tobillos, hombros. INCLUSO OREJAS!

ASEO EN DUCHA O BAÑO CON O SIN SILLA GERIÁTRICA

Invitar siempre al baño a los residentes, sobre todo los más reacios, de forma amable y positiva, como algo estimulante que les va a hacer mucho bien y hablarles durante el mismo, que se sientan a gusto y atendidos; el respeto y la amabilidad pueden sustituir el cariño que necesitan y así no estarán violentos ni acomplejados ante personas ajenas que pueden violentar "su pudor".

Existen una planificación asignando a cada usuario una ducha semanal, aunque a veces, por las condiciones en las que se encuentra se le debe avisar el día antes o ese mismo día que se va a proceder al mismo

En el caso de que el residente tenga distintos grados de validez se le animará a que realice todo aquello que pueda hacer por si mismo

Preparar el material necesario: toalla, jabón, esponja, champú, crema, colonia, material de afeitado para hombres, ropa limpia, calzado, prótesis, bastones o silla de ruedas si los tuvieran,

Cerrar puertas y ventanas para evitar las corrientes de aire, y comprobar la temperatura ambiente.

No dejar nunca al paciente solo para evitar accidentes

Si el residente camina, le colocamos la bata las zapatillas, y le llevamos caminando. Si no lo desplazamos en la silla geriátrica.

Le colocamos en el WC para que haga sus necesidades.

Desvestir al anciano

Si necesitase silla geriátrica se le sentará en ella. Si no hiciera pie, se le sentará entre dos personas, o con grúa.

Graduar el agua de la ducha y no desnudarlos hasta que esté a la temperatura adecuada.

Mojar el cuerpo con agua caliente para abrir los poros. Enjabonar la piel con jabón, el pelo con champú.

Se comienza por la cabeza, procurando inclinarla hacia atrás y poniendo la mano en la frente para evitar que les caiga el agua y el jabón por los ojos, enjabonar el pelo y dejar actuar el producto. Mientras, enjabonamos el resto del cuerpo (oídos, axilas, brazos, manos, espalda, piernas y pies, poniendo especial cuidado entre los dedos). Finalmente enjabonaremos desde abajo, la zona genital y anal

Frotar las partes del cuerpo donde se adhiere más la suciedad con esponja suave

Aclarar con abundante agua por el mismo orden, teniendo el mismo cuidado con los ojos y clarando bien todos los pliegues y zona inguinal y anal. Terminar con un chorro de agua templada para tonificar el cuerpo y activar la circulación.

Poner toalla sobre la cabeza que cubra espalda y hombros para evitar que se enfríe, mientras secamos el pelo en primer lugar. Con otra toalla seguimos con el secado: axilas, brazos, manos (minuciosamente entre los dedos), tórax, abdomen, espalda, secado minucioso y suave de todos los pliegues mamarios, abdominales, inguinales..., siguiendo por las piernas y pies (minuciosamente entre los dedos). Finalizar por la zona genital y anal; los residentes que no se sostengan en pié, levantar con grúa de bipedestación para secar bien la zona de las nalgas y colocarle absorbente si los precisa.

Proceder a hidratar el cuerpo con un suave masaje

Valorar manicura de forma semanal, y avisar a la enfermera necesidades de podología y cualquier herida o alteración que veamos.

Vestido, lavado de boca, peinar, perfumar...(siempre que no pueda hacerlo por si mismo)

Se valorará afeitado e hidratación de la cara al terminar.

El tipo de ropa dependerá de la situación clínica del paciente.

Recoger el material y ordenar el baño

Tras quitarse los guantes, y al finalizar la tarea, lavarse las manos

Notificar cualquier observación o incidencia que se haya producido durante el aseo.

COMEDORES

Han de ser lugares luminosos, limpios y acogedores, en los que todos los residentes compartan las horas de las comidas y el personal que los asista han de estimular conversaciones, haciendo comentarios a la vez que le sirven las mismas para estimular la buena alimentación, ya que a estas edades por múltiples factores hay personas inapetentes...etc.

Vigilar y ayudar a quién lo necesite en la utilización de utensilios, cortarles la fruta u otros alimentos cuando ellos no puedan. Intentar dirigirles en un orden para que no tomen el postre delante de los primeros platos ya que luego no completarían correctamente la comida.

Estimular la ingesta de líquidos. Vigilar si hay residentes inapetentes que tengan escasas ingestas que puedan ser preocupantes, dando aviso a la enfermera

Proteger la ropa, para que no se ensucien, y al terminar, siempre que se pueda, facilitar el enjuague y la limpieza bucal.

DNO: entrarán todos los usuarios al comedor excepto los pacientes encamados, a las 09:30

Se servirá el desayuno a todos los usuarios, café, cacao o leche, pan, galletas o bollería, y después se procederá a asistir a aquellos que no pueden alimentarse solos.

Una vez servido el comedor se procederá a entregar la medicación a todos los usuarios

Aquellos que tengan dificultades con la cuchara, se les administrara con jeringa de alimentación.

En la CDA Y CNA, existen dos turnos de comedor, el primero para aquellos usuarios que necesiten asistencia para comer, y el segundo para los que lo pueden hacer solos.

Cualquier incidente con las ingestas en el comedor se notificarán a la enfermera de servicio.

ASISTENCIA EN LA ALIMENTACIÓN. ANCIANO ENCAMADO QUE COME SOLO.

Lavarse las manos

Verificar medicación, dietas correspondientes, los enseres necesarios debidamente preparados.

Repartir bandejas con la ayuda de un carro, dejando para el final los que necesiten asistencia.

Cama posición Fowler. Colocar la bandeja en la mesa auxiliar.

Comprobar la temperatura de los alimentos sea adecuada y entregarla al anciano

Observar la cantidad de alimento que come, dificultades y otros datos de interés.

Realizar la higiene bucal

Recoger bandeja y entregar en el office para su limpieza.

Comunicar a enfermería lo observado y registrar.

ASISTENCIA EN LA ALIMENTACIÓN. ANCIANO ENCAMADO QUE PRECISA AYUDA PARA COMER

Lavarse las manos

Verificar medicación, dietas correspondientes, los enseres necesarios debidamente preparados.

Repartir bandejas con la ayuda de un carro, dejando para el final los que necesiten asistencia.

Cama posición Fowler si no está contraindicada. Colocar la bandeja en la mesa auxiliar si la hubiera.

Colocar babero alrededor del cuello.

Seleccionar trozos de comida no demasiado grandes para que no se atragante o tire la comida. No apresurarlo, tomarse el tiempo necesario

Intercalar líquidos con la comida y animarle para que se lo coma todo.

Limpiarle la boca con la servilleta y realizar la higiene bucal. Ordenar la cama y acomodar al anciano.

Recoger bandeja y entregar en el office para su limpieza.

Comunicar a enfermería lo observado y registrar.

ASISTENCIA EN LA ALIMENTACIÓN. ANCIANO ENCAMADO QUE PRECISA AYUDA PARA COMER CON JERINGUILLA

Lavarse las manos

Verificar medicación, dietas correspondientes, los enseres necesarios debidamente preparados.

Repartir bandejas con la ayuda de un carro, dejando para el final los que necesiten asistencia.

Cama posición Fowler si no está contraindicada. Colocar la bandeja en la mesa auxiliar si la hubiera.

Colocar babero alrededor del cuello.

Llenar la jeringa, y poco a poco para evitar que se atragante o provoque el vomito

Intercalar líquidos con la comida y animarle para que se lo coma todo.

Limpiarle la boca con la servilleta y realizar la higiene bucal. Ordenar la cama y acomodar al anciano.

Recoger bandeja y entregar en el office para su limpieza.

Comunicar a enfermería lo observado y registrar.

ASISTENCIA EN LA ALIMENTACIÓN. ANCIANO ENCAMADO QUE PRECISA SONDA

Lavarse las manos

Verificar medicación, dietas correspondientes, los enseres necesarios debidamente preparados.

Repartir bandejas con la ayuda de un carro, dejando para el final los que necesiten asistencia.

Cama posición Fowler si no está contraindicada. Colocar la bandeja en la mesa auxiliar si la hubiera.

Colocar babero alrededor del cuello.

Llenar la jeringa, y poco a poco para que la comida llegue al estomago de forma progresiva

Intercalar líquidos, para evitar que la sonda se obstruya, sobre todo al final.

Ordenar la cama y acomodar al anciano.

Recoger bandeja y entregar en el office para su limpieza.

Comunicar a enfermería lo observado y registrar.

CAMAS

CAMA DESOCUPADA

El carro con lencería tendrá todo lo necesario perfectamente doblado y colocado: fundas de colchón impermeables, sábanas bajas, empapadores, sábanas encimeras, mantas, colchas, fundas de almohada (impermeable y de hilo o algodón)

Se retira colcha, manta y encimera, doblándolas debidamente si van a volver a utilizarla, sino como el resto de la ropa se envuelven y depositan en el carro de la ropa sucia, sin airearlas para evitar diseminación de microorganismos. El mismo procedimiento se seguirá con el resto de la ropa.

Se comprueba que la funda de colchón esté limpia, y si es así procederemos a colocar sábana bajera empapador debidamente estirados y libres de arrugas. A continuación, encimera, manta (si fuera necesaria) y colcha, recogiendo las esquinas traseras en "mitra", y dejando un pequeño dobléz en la manta para que al instalar al residente en la cama pueda mover los pies sin que la ropa apriete y evitar la presión que puede producir úlceras. Realizar un dobléz de la encimera sobre la manta

Se realizarán entre dos personas de atención directa

Se mudarán totalmente aquellas que correspondan para ese día según el planning establecido

Finalizar con el lavado de manos

CAMA OCUPADA

Lavarse las manos y ponerse los guantes. Avisar al residente del procedimiento.

Se retira la manta y la colcha dejando al residente tapado con la sábana encimera

Se gira a éste sobre un costado retirando el empapador y la bajera (comprobando el estado de la funda del colchón) enrollándolas hacia el residente sin que lo toquen, Se colocarán las mismas limpias estirándolas bien para no dejar arrugas y giramos al residente sobre el otro costado, retirando las piezas sucias y depositándolas en el carro de la ropa sucia y extendiendo bien el resto, sometiéndolo bien bajo el colchón y dejándole libre de pliegues o arrugas. A continuación, colocamos la encimera limpia, doblada, de arriba a bajo al tiempo que retiramos la sucia, no dejándole al descubierto en ningún momento. Seguidamente se coloca la manta y la colcha con el mismo procedimiento de cama desocupada, esquinas traseras en mitra y no sometiéndolo la ropa para no presionar el cuerpo

Finalizar con el lavado de manos.

PRÓTESIS DENTAL

Lavado de la boca. Dependiendo del estado del paciente, podrá hacerse el tradicional de cepillo y pasta dental o bien con torunda y colutorio.

. Para la limpieza de la prótesis dental, poner guantes, avisar al anciano sobre el procedimiento, pedir la dentadura o retirársela si no colabora. Esta limpieza se realizará después de la cena, cepillando la prótesis con el producto oportuno y dejándola a remojo en su correspondiente recipiente.

Cepillado y aclarado

Depositar en caja de dientes con una solución desinfectante o colutorio

Avisar a enfermería en caso de detectar cualquier anomalía

ASEO DE BOCA ANCIANOS ENCAMADOS

CONSCIENTES

Colocar guates y prepara material: toalla, cepillo, vaso, palangana, agua, pasta o colutorio.

Avisar al anciano sobre el procedimiento

Si está encamado y no hay contraindicaciones, colocar sentado

Toalla por delante para evitar que se ensucie o moje, alrededor del cuello

Si puede debe hacerlo él paciente. En caso de no poder, se le asiste, procurando cepillar bien dientes, encías y lengua para retirar todos los restos de comida

Vaso con agua para enjuagar la boca varias veces y escupirla en la palangana

Colutorio su usase.

Secar con toalla

Aplicar vaselina para evitar grietas si lo precisa

Avisar a enfermería en caso de detectar cualquier anomalía

INCONSCIENTES

Colocar guates y prepara material: toalla, torunda, gasas, vaso, palangana, agua y colutorio.

Cabeza ladeada

Torunda, gasa y pinza. Mojar en solución antiséptica escurriendo sobrante con la pinza

Limpiar boca, y repetir el proceso varias veces si fuera necesario

Secar con toalla

Aplicar vaselina para evitar grietas si lo precisa

Avisar a enfermería en caso de detectar cualquier anomalía