

centros de día
municipales
modelos de atención

protocolo
medicina
historia
valoración
informe
test centro

centros de día
municipales
modelos de atención

protocolo
medicina
historia
valoración
informe
test centro

Edición

Dirección General de Mayores
Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales
Ayuntamiento de Madrid

Dirección

Ilma. Sra. D.^a M.^a Concepción Dancausa Treviño
Delegada de Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales

Ilmo. Sr. D. Florencio Martín Tejedor
Director General de Mayores

Coordinación

Juan de la Torre Vidal
Jefe de Departamento de Centros de Día y Residenciales
Dirección General de Mayores

Pilar Puente Andrés
Jefa de Sección de Atención Geriátrica
Departamento de Centros de Día y Residenciales

Proyecto gráfico

base 12 diseño y comunicación, s.l.

Impresión

gráficas monterreina, s.a.

ISBN

978-

Depósito legal

M-?????-2011

Madrid,

índice

| | | |
|-----------|---|-----|
| c1 | Introducción | 7 |
| c2 | Los perfiles profesionales | 13 |
| | A. El coordinador/trabajador social de Centro de Día | 14 |
| | B. El terapeuta ocupacional en los Centros de Día municipales | 25 |
| | C. El fisioterapeuta en los Centros de Día municipales | 32 |
| | D. La enfermería en un Centro de Día | 36 |
| | E. El médico en el Centro de Día especializado en E. de Alzheimer y otras demencias | 42 |
| | F. El psicólogo en los Centros de Día especializados en E. de Alzheimer y otras demencias | 50 |
| c3 | Protocolos de actuación | 61 |
| | A. Protocolos en enfermedades transmisibles | 62 |
| | B. Protocolos de urgencias sanitarias en los Centros de Día .. | 76 |
| | C. Protocolo de actuación ante los SPCD en pacientes de los Centros de Día de Alzheimer | 86 |
| | D. Protocolos de fisioterapia | 91 |
| | E. Programas de terapia ocupacional en los Centros de Día municipales | 103 |
| | F. Protocolos de enfermería. | 118 |
| c4 | Anexos | 137 |
| | Anexo I. Historias profesionales | 138 |
| | 1. Hoja de filiación | 138 |
| | 2. Historia social Centros de Día de Mayores | 139 |
| | 3. Historia sanitaria Centro de día de Alzheimer .. | 143 |
| | 4. Historia psicológica | 148 |
| | 5. Historia de enfermería | 155 |
| | 6. Historia de terapia ocupacional | 163 |
| | 7. Historia de fisioterapia | 168 |
| | 8. Historia de valoración domiciliaria | 171 |

| | |
|--|-----|
| Anexo II. Escalas de valoración | 175 |
| 1. Escala de Barthel | 175 |
| 2. Escala de Lawton | 178 |
| 3. Mini-examen cognitivo/M.E.C. (LOBO) | 181 |
| 4. Brief Cognitive Rating Scale (BCRS) | 184 |
| 5. Test del recuerdo libre y facilitado | 186 |
| 6. Set-Test | 189 |
| 7. Test del dibujo del reloj | 190 |
| 8. Test de orientación de Benton | 192 |
| 9. Inventario neuropsiquiátrico (NPI) | 193 |
| 10. Behave | 194 |
| 11. Cumplimiento terapéutico | 199 |
| 12. Escala de Norton | 200 |
| 13. Functional Assessment Stages (Fast) | 201 |
| 14. Escala GDS para demencias | 203 |
| 15. Mini Nutritional Assessment. MNA | 204 |
| 16. Cuestionario de Zarit | 205 |
| 17. Escala de Tinetti | 206 |
| | |
| Anexo III. Hojas de registro | 208 |
| 1. Carta de comunicación | 208 |
| 2. Recomendación de dieta triturada | 209 |
| 3. Documento de traslado independiente | 210 |
| 4. Consentimiento informado para SNG | 211 |
| 5. Prescripción médica de restricciones físicas .. | 212 |
| 6. Informe para traslado de usuarios de Centros de Día | 213 |
| 7. Control de material sanitario básico | 214 |
| 8. Hoja de registros de medicación | 215 |
| 9. Informe social | 216 |
| 10. Hoja de valoración de equipo | 217 |
| 11. Plan de atención personalizada (PAP) | 220 |
| 12. Control mensual de participación en terapias .. | 221 |
| | |
| Anexo IV. Documentos | 222 |
| 1. Consideraciones generales para la alimentación en usuarios de Centros de Día | 222 |
| 2. La alimentación y la nutrición en los Centros de Día de atención especializada | 226 |
| 3. Reglamento de régimen interior de Centros de Día | 232 |
| 4. Carta de Servicios de los Centros de Día del Ayuntamiento de Madrid | 239 |

presentación

Los mayores son una prioridad para el Ayuntamiento de Madrid. Nuestro objetivo siempre ha sido claro: establecer y garantizar unos recursos que faciliten la vida de las personas mayores. Es decir, trabajar para que nuestros mayores puedan vivir en sus casas, manteniendo así sus costumbres diarias y la cercanía de sus amigos y familiares.

Para la consecución de este objetivo, el Ayuntamiento de Madrid ha focalizado sus esfuerzos en tres recursos: el centro de Día para personas mayores, la Ayuda a Domicilio y la Teleasistencia. Todos ellos han generado unos excelentes resultados.

Este año celebramos el vigésimo aniversario del primer Centro de Día Municipal. Veinte años después de aquel primer centro, la ciudad de Madrid cuenta con un total de 105 Centros de Día (60 municipales y 45 concertados con entidades privadas) que disponen de 4.648 plazas para nuestros mayores. El Ayuntamiento de Madrid siempre ha confiado en el servicio que prestan los Centros de Día. Por eso, hemos construido 10 nuevos Centros en estos tres últimos años.

Los Centros de Día desempeñan un papel muy importante en la vida de los usuarios y sus familias: favorecen la autonomía personal y constituyen un apoyo efectivo a las familias cuidadoras, quienes valoran muy positivamente la atención integral, cercana y de calidad que en ellos se presta. El hecho de que muchos mayores renuncien a plazas de residencia pone de manifiesto el buen funcionamiento y la labor social que realizan los Centros de Día.

La satisfacción del Ayuntamiento de Madrid con sus Centros de Día y la preocupación e interés no sólo por los mayores madrileños, sino por todas las personas mayores, nos ha animado a publicar de nuevo nuestra experiencia. Una experiencia de éxito que queremos compartir con todas las personas e instituciones interesadas en mejorar la vida de los mayores.

Nuestra experiencia se plasma en el documento que me complace presentar, Modelos de Atención en los Centros de Día Municipales, en el que se recoge la filosofía de los Centros de Día Municipales así como los métodos de actuación de cada perfil profesional

y el procedimiento que se sigue con cada usuario desde el momento de su incorporación al Centro de Día

No quiero dejar de aprovechar la oportunidad que me ofrecen estas páginas para felicitar a todos los profesionales que hacen posible el buen funcionamiento de los Centros de Día, y a todas aquellas personas y empresas que, con su dedicación y buen hacer, han colaborado en la elaboración de este documento.

Seguiremos trabajando como el primer día porque el Ayuntamiento de Madrid tiene un compromiso firme con los mayores y sus familias.

Concepción Dancausa Treviño
*Delegada del Área de Gobierno de Familia
y Servicios Sociales*

capítulo 1

introducción



1. Introducción

Desde la Dirección General de Mayores, del Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, se dirigen, gestionan y evalúan los servicios de atención a personas mayores, entre los que se encuentra el Servicio de Centros de Día.

Los Centros de Día son servicios dirigidos a proporcionar una atención integral, en régimen diurno, a las personas mayores de 60 años con problema físico o relacional, y, sin límite de edad, a las personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias.

La Dirección General de Mayores está comprometida con la calidad en la prestación de los servicios a las personas mayores, adecuados a las diversas situaciones personales y familiares, con el objetivo de estar en constante mejora.

Los Centros de Día son un recurso que cumple una doble función, atender de manera adecuada (es decir, por profesionales formados) a la persona mayor con problemas de dependencia y ofrecer soporte y atención a las familias cuidadoras. Son por tanto niveles intermedios de atención, eslabones necesarios entre el domicilio y la institucionalización en residencias para estancias prolongadas.

El perfil de los usuarios que acuden a los Centros de Día municipales está en continua evolución, cada vez son personas más dependientes desde el punto de vista funcional, con pluripatología, enfermedades crónicas con tendencia a la incapacidad y deterioro cognitivo incipiente o enfermedad de Alzheimer u otra demencia ya diagnosticada. Se establecen por tanto dos tipologías de Centros de Día Municipales, los Centros de Día para personas con problemas físicos, funcionales y/o sociales (CDF), y los Centros de Día para personas con deterioro cognitivo severo, E. De Alzheimer u otras demencias (CDEA), y es necesario que, además de establecer unas terapias individualizadas, se establezca una sistemática de trabajo común para los distintos perfiles profesionales que trabajan en los Centros de Día.

La atención que se presta en los Centros de Día es una atención:

1. Social de apoyo al usuario y la familia.
2. Terapéutica, dirigida a la atención especializada de las personas mayores, a cargo de un equipo interdisciplinar, formado por profesionales socio sanitarios.
3. Realizada mediante una atención integral, elaborando y dirigiendo un plan de atención personalizado (en adelante PAP) que corresponda con las evaluaciones previamente realizadas por los miembros del equipo interdisciplinar.

Justificación, objetivo del presente documento

Con el objetivo de proporcionar un trabajo profesional de calidad y homogéneo en todos los centros, la Dirección General de Mayores y en concreto el Departamento de Centros de Día y Residenciales decide elaborar un documento en el que se recoge la filosofía de los Centros de Día Municipales y los métodos de actuación de cada perfil profesional, determinando la forma de actuación desde el momento de la incorporación del usuario al Centro de Día.

equipo interdisciplinar

2. Objetivos del Centro de Día

El objetivo general que persigue el Centro de Día es “Mejorar la calidad de vida tanto de la persona mayor como de su familia cuidadora para facilitar la permanencia en el domicilio habitual, recibiendo una atención profesional adecuada a sus requerimientos”, mediante la consecución de los siguientes objetivos específicos:

1. Frenar o prevenir el incremento de la dependencia a través de la potenciación y rehabilitación de sus capacidades cognitivas, funcionales y sociales.
2. Recuperar y/o mantener el mayor grado de independencia y autonomía personal.
3. Mejorar o mantener el estado de salud con una actitud preventiva, mediante el desarrollo de programas sanitarios.
4. Desarrollar la autoestima y favorecer un estado psicoafectivo adecuado.
5. Facilitar un entorno que favorezca las relaciones sociales.
6. Ofrecer apoyo, información y asesoramiento a las familias cuidadoras.
7. Facilitar la formación de los profesionales que trabajan en el Centro de Día y dotar de herramientas comunes para prestar una atención homogénea y de calidad.

Para la consecución de estos objetivos los Centros de Día Municipales cuentan con un grupo de profesionales que varía según el tipo de centro.

Estos profesionales constituyen el Equipo Interdisciplinar del Centro de Día, un grupo de profesionales competentes que aportan e integran sus esfuerzos mediante una participación efectiva.

Podemos considerar dos cuestiones clave de lo “interdisciplinar”, por un lado el trabajo en equipo y por otro las competencias que deben tener cada uno de los integrantes del mismo.

3. El trabajo en equipo interdisciplinar

El equipo interdisciplinar del Centro de Día, está constituido por todos los profesionales que prestan su atención en el mismo, indistintamente del perfil de centro de que estemos hablando.

Los perfiles profesionales que se contemplan en todos los Centros de Día son los siguientes:

- Coordinador/trabajador social.
- Fisioterapeuta.
- Terapeuta ocupacional.
- DUE.
- Auxiliares gerocultores.

En los Centros de Día especializados en Enfermedad de Alzheimer y otras demencias se contempla también la existencia de:

- Médico.
- Psicólogo.

Todos estos profesionales planifican las actuaciones que, desde su disciplina, convienen al paciente. pero, sí bien esta actividad requiere su participación individual, deben integrarse y coordinarse entre sí. Las particularidades del paciente deben ser valoradas y atendidas de forma interdisciplinar.



La valoración inicial

La valoración inicial de un usuario que va a incorporarse a un Centro de Día, tanto de perfil físico o funcional como para personas con deterioro cognitivo y / o demencia, debe realizarse de forma interdisciplinar, contando si es necesario, con la presencia de la familia o cuidador más próximo, y con los informes de salud más recientes.

En los Centros de Día para personas con problema físico la Valoración Integral es realizada por todos los técnicos del equipo, en los primeros 15 días tras el alta en el recurso.

En los Centros de Día para Enfermos de Alzheimer la valoración se debe iniciar por el trabajador social, el médico y el psicólogo. Debe ser una valoración pactada por todos los miembros del equipo, en la que se cumplimentará la historia sanitaria y psicológica, así como los test de valoración que previamente se decidan en equipo. En términos generales, se debe valorar la capacidad funcional (test de Barthel y Lawton), la capacidad cognitiva (MEC, Test del Reloj, BCRS), los trastornos psicopatológicos y conductuales (NPI, Behave) y la sobrecarga del cuidador (Zarit). Es aconsejable la atención conjunta del psicólogo y médico para la valoración inicial.

Esta valoración es completada por el resto de los profesionales en los primeros 15 días tras el alta del usuario en el Centro de Día. Se inicia de esta forma el Expediente Único, y sirve para elaborar, en la primera reunión de equipo, el Plan de Atención Personalizado (PAP). Se orienta a la consecución de una mejora en su calidad de vida y, en particular, al planteamiento de objetivos específicos a desarrollar de forma interdisciplinar. Este planteamiento evoluciona con las necesidades del paciente.

En el Expediente Único, se recogerán todos los datos de la valoración inicial de cada profesional así como las incidencias y evolución del usuario en el Centro de Día, y estará compuesto por:

- Historias de los distintos profesionales (cap. 4 - Anexo I).
- Herramientas de valoración (cap. 4 - Anexo II).
- PAP inicial y evolutivo (cap. 4 - Anexo III).

La actuación interdisciplinar puede ser necesaria previa a la valoración geriátrica inicial, durante la misma y si es preciso previa a la incorporación del paciente al Centro de Día y puede necesitar de apoyos externos (servicios sociales, niveles de salud y entorno socio-familiar).

Competencias del equipo interdisciplinar

El trabajo interdisciplinar, base del funcionamiento de un Centro de Día, precisa un conocimiento sobre las competencias de todos los profesionales pertenecientes al equipo, estas son de tipo genérico, de aptitud y de actitud, pero todas ellas son necesarias para ser profesionales competentes, cada uno a su nivel y poder aportar sus conocimientos al equipo:

1. Visión Global: conocimiento de los objetivos, filosofía, valores, y funcionamiento del centro.
2. Trabajo en equipo y habilidades sociales: capacidad para trabajar con otras personas, estableciendo una relación eficaz, que contribuya a la consecución de los objetivos establecidos.
3. Profesionalidad: Capacidad para aplicar los conocimientos y habilidades adquiridos. Interés por adquirir y transmitir nuevos conocimientos y experiencias.
4. Negociación: Capacidad para llegar a acuerdos ventajosos para ambas partes, con el objetivo de contribuir al logro de determinados objetivos.

equipo interdisciplinar

5. Dinamización: Capacidad para motivar y estimular la participación de los demás profesionales, usuarios y familiares en las actividades dirigidas a su integración y bienestar.
6. Orientación al usuario: sensibilidad para dirigir todas las actividades a la consecución de una mejora en la calidad de vida del usuario del centro.
7. Adaptación a los cambios: capacidad para aceptar nuevos procedimientos.

Metodología de trabajo. Reuniones de equipo

Las reuniones del equipo se realizarán con una periodicidad semanal o quincenal, según las necesidades, y en ellas se abordarán los casos de reciente incorporación al centro, las revisiones programadas, y los casos que presenten incidencias durante su permanencia en el Centro de Día.

Cuando el paciente se incorpora al Centro de Día los distintos profesionales realizan la valoración individual. La primera reunión del equipo tras completar la valoración inicial, debe tener lugar en los primeros 15 días posteriores a la incorporación, y tiene como fin la elaboración del Plan de Atención Personalizado (PAP), en el que se detallan los problemas detectados, los objetivos propuestos, las actividades así como la responsabilidad de las mismas, en cada área, clínica, funcional, cognitiva y social. El PAP es un documento único, que debe ser cumplimentado en equipo, y se utilizará como referente en las revisiones sucesivas. Cada 6 meses se realizará el seguimiento y valoración del grado de cumplimiento de los objetivos previos propuestos y el planteamiento de los nuevos que se precisen.

Puntualmente el equipo, en sus reuniones periódicas, analizará las incidencias de cualquier usuario, en cualquier área de atención y que requieran la propuesta de nuevos objetivos afectando o no al plan de atención individual en vigor.

La comprensión, aceptación e integración del trabajo de forma interdisciplinar no solo enriquece al profesional sino que facilita los objetivos propios de su intervención al conocer y abordar de forma integral las necesidades del paciente.

pág.
10-11





capítulo 2

los perfiles profesionales



A. El coordinador/trabajador social de Centro de Día

1. Introducción

El coordinador de un Centro de Día es la figura profesional, Trabajador Social, a quién fundamentalmente corresponde ejercer, además de las funciones propias de su categoría profesional, la coordinación del equipo interdisciplinar del que está dotado, siendo a su vez el responsable de supervisar, controlar e integrar todos los elementos de los que se compone el servicio y que se relacionan a continuación:

- Los usuarios/familia/cuidadores.
- Los recursos humanos, del que estará dotado atendiendo a su capacidad y perfil de usuarios que en él se atiende.
- El inmueble/edificio, que ha de disponer de estancias y espacios equipados y servicios adaptados que permitan desarrollar una atención adecuada.
- Entorno donde el Centro de Día esté ubicado.

2. Funciones

2.1. Funciones de coordinación

2.1.1. Coordinación del personal

- Realizar la coordinación y seguimiento del personal.
- Supervisar el cumplimiento de la jornada laboral de los trabajadores.
- Elaborar y evaluar los sistemas de información interna y externa.
- Facilitar la comunicación entre el personal y los usuarios/familia.
- Coordinar el trabajo de cada trabajador del centro de forma individual y grupal y evaluación del mismo.
- Cooperar en las tareas del equipo multiprofesional, aunando esfuerzos.
- Participar y colaborar en la valoración del usuario y transmitir las decisiones que se adopten a todo el equipo interdisciplinar.

2.1.2. Coordinación del funcionamiento del centro

- Supervisar el cumplimiento de los horarios de apertura y cierre del centro y el cumplimiento de la jornada laboral de los trabajadores.
- Supervisar las instalaciones, mobiliario y cualquier existencia de la que el centro esté dotado.
- Informar de la fecha de alta de los nuevos usuarios y de sus características previamente a su incorporación al centro.
- Convocar, dirigir y participar en las reuniones de equipo.
- Coordinar y supervisar el funcionamiento de las actividades.
- Es responsable de la administración, ejecución y control del presupuesto asignado para material.
- Promover una imagen positiva del centro. Custodiar y supervisar el mantenimiento actualizado de la documentación y expedientes de los usuarios.

el trabajador social

2.1.3. Coordinación con otros recursos de la comunidad

Es función de la figura del Trabajador Social/coordinador del centro, conocer y coordinar actuaciones con otros recursos del propio Ayuntamiento, de la Comunidad de Madrid, así como de otros agentes sociales, ONG, voluntariado, etc.

2.2. Funciones de trabajo social

Atendiendo al carácter del Trabajo Social

- **Función preventiva:** a través del desarrollo de actuaciones que tienen como finalidad la integración de los/as usuarios/as en el centro y la detección precoz de posibles situaciones de riesgo.
- **Función socioeducativa:** mediante la realización de actuaciones que favorezcan las competencias y habilidades sociales de los/as usuarios/s del centro y de sus familiares.
- **Función asistencial:** se da respuesta a las distintas necesidades sociales del mayor y de su familia, informándoles, asesorándoles y orientándoles sobre los distintos recursos sociales existentes y poniendo en marcha proyectos de intervención que atiendan las distintas situaciones-problema que se vayan planteando.
- **Función planificadora:** mediante el desarrollo de actuaciones desde un enfoque técnico, programando e implementando proyectos de intervención así como participando en la planificación general del Centro de Día.

Todas estas funciones se desarrollan dentro de los siguientes niveles de intervención:

- Nivel individual.
- Nivel familiar.
- Nivel grupal.
- Nivel institucional.
- Nivel comunitario.

3. Actividades según áreas de gestión o intervención

Partiendo de las funciones y con el objetivo de descender a una mayor concreción a la hora de llevarlas a cabo, se establecen las siguientes áreas de gestión/intervención:

- 3.1. Área de intervención Social con Usuarios/familia.
- 3.2. Área de Actividades de Coordinación.

3.1. Área de intervención social

El proceso de atención que culminará con la aplicación de protocolos específicos en el centro se inicia en Servicios Sociales de Atención primaria una vez que el usuario ha solicitado el recurso y las escalas de valoración que le ha aplicado su Trabajador Social de referencia indican la idoneidad del recurso. Desde allí se formula propuesta al departamento de Centros de Día de la Dirección General de Mayores. Dicha propuesta contiene el servicio, la modalidad de asistencia, la aportación económica, así como todos los datos personales y de contacto con la familia.

Conviene señalar la importancia que tiene la información que recibe el centro, en forma de orden de alta, para la incorporación de los usuarios a las actividades. Esta información permite la previsión para incorporar al usuario a las rutas del centro en el caso de que tenga transporte y apor-



ta los datos necesarios para establecer el primer contacto con la familia y citarles para la valoración previa.

El proceso de intervención social en el centro abarca las siguientes fases:

3.1.1. Intervención con los usuarios

A) Primer contacto y acogida

En todos los recursos de atención social, la primera acogida resulta muy importante para lograr una adecuada y satisfactoria integración y aprovechamiento del recurso.

El Trabajador Social contacta telefónicamente con el Usuario/familia según el perfil y acuerda una cita para valoración. En esa primera cita se informa a la familia del funcionamiento del centro, de las actividades que se van a llevar a cabo con el usuario, se le confirma la aportación económica. En este momento se rellenan los soportes documentales (historia Social, Ficha Social y hoja de ingreso).

Actividades:

- Recibir y estudiar con el equipo la documentación aportada por los servicios municipales de cara al alta: Informe Propuesta de Alta, Informe médico, Informe social.
- En los Centros de Día de Deterioro Cognitivo se fijará una entrevista con el médico del Centro de Día, la familia y el usuario para realizar la valoración inicial.
- En los Centros de Día para mayores con deterioro físico, se fijará una cita previa con el usuario y la familia, a la que es conveniente que acuda el DUE con el objetivo de realizar una valoración socio-sanitaria.
- En ese primer contacto y para ambos perfiles, se hará la recogida de toda la información precisa para su incorporación, se informará al usuario/familia del día de la incorporación y de la utilización del servicio de transporte, si procede.
- Coordinar, si es preciso, con otros recursos complementarios como Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia.
- Se hará entrega del Reglamento de Régimen Interior y de la Carta de Servicios del Centro de Día, así como los documentos necesarios y autorizaciones (utilización de su imagen, dinámicas, administración de medicación para la realización de actividades del centro).
- Se le enseñarán las instalaciones y presentará al personal.
- Informar al equipo del centro de la cita previa al alta para preparar la acogida conjunta.

B) Establecimiento de los objetivos de intervención en el centro

Con la información que se recoge en la fase anterior se establecerán los objetivos con el usuario. Se completará de esta manera el diseño del Plan de Atención Personalizado, aportando cada profesional las actividades que realizará en función de la valoración realizada.

Los objetivos que el Trabajador Social establezca completarán e irán en consonancia con los objetivos que desde la UTS de Zona se tienen establecidos para ese usuario, es por ello que deben necesariamente establecerse canales de comunicación permanente con Servicios Sociales de Atención Primaria ya que allí la intervención no finaliza con la concesión del centro.

trabajador social

C) Seguimiento de la intervención

El Trabajador Social es el profesional encargado de recoger por escrito en el expediente único, las incidencias del caso, anotando aquello más representativo de la evolución.

- Supervisar e informar a la familia del período de adaptación del usuario en el centro.
- Supervisar y colaborar, con el resto del equipo en el proceso de valoración inicial (Social, sanitaria, funcional, conductual, neuropsicológica) para que sea valorado por todos antes de un mes y determinado el Plan de Atención Personalizada (PAP).
- Convocar y participar en las reuniones de valoración multidisciplinar para realizar un correcto seguimiento de la evolución del usuario y la consecución de los objetivos planteados en las mismas y comunicar las decisiones adoptadas al resto del equipo, a Servicios Sociales dónde residan los usuarios y a la familia como mínimo, cada 6 meses.
- Gestionar las incidencias del servicio en cuanto a vacaciones, bajas temporales o definitivas.
- Gestionar las modificaciones del servicio recibidas y propuestas por los Servicios Municipales.
- Programar con el equipo la dinámica y las actividades del centro.

D) Cierre de la intervención

Una vez completados los objetivos que desde el centro se pueden conseguir, finalizará la intervención en el centro. El equipo de profesionales propondrá y documentará la baja definitiva o temporal en el centro por diferentes motivos:

1. Consecución de objetivos.
2. Cambio de perfil de Centro de Día.
3. No adaptación.
4. Recurso no idóneo.

El Trabajador Social tras recopilar la información que justifique la finalización, comunicará a la Familia, Dirección General de Mayores y a Servicios Sociales la situación que motiva el cierre de la intervención aportando un informe con propuesta si procede de la tramitación del recurso idóneo. Para cerrar el expediente administrativo, desde Servicios Sociales se envía a la Dirección General de Mayores la propuesta de baja.

3.1.2. Intervención con la familia

La intervención profesional con los familiares va ser uno de los pilares de los programas de tratamiento e intervención a desarrollar en los Centros de Día, máxime teniendo en cuenta las características y objetivos propios de éste. Siendo un recurso de carácter intermedio donde se mantiene a la persona mayor en su medio familiar y donde es necesaria la implicación de ésta en el programa de actuación con el mayor. Si el Centro de Día va a ofrecer, en sí, un alivio en la carga de cuidados que supone la atención de una persona mayor dependiente en su hogar, desde nuestra óptica la atención ofertada por el centro no se va a limitar a esa función, sino que su objetivo general va a ser ofrecer una atención de calidad a la persona mayor y a su familia, incluyendo por tanto, este sistema familiar en el objeto de intervención.

El apoyo ofertado a la familia debe cubrir por tanto dos objetivos principales:

1. Influir positivamente para mejorar los recursos de que dispone la familia para cuidar y atender al mayor.

pág.
16-17



2. Influir positivamente en la familia para atender adecuadamente y resolver en caso necesario la problemática que pueda surgir en el propio sistema familiar y en la figura del cuidador en lo relacionado a las consecuencias del cuidado continuado de personas dependientes.

El Trabajador Social/Coordinador es el referente e interlocutor con los familiares de los usuarios, y quién recibe, transmite y vehicula las consultas, aclaraciones, sugerencias que puedan plantear, siendo al mismo tiempo quien les informará de la evolución e incidencias que el usuario presenta.

En coordinación con el resto del equipo, será quien proponga, convoque y participe en las reuniones que se realicen con las familias.

Facilitará y promoverá el contacto o entrevista individual de cualquier técnico del equipo con las familias, cuando las circunstancias y situación que presenta el usuario, así lo aconseje, con el objetivo de garantizar un mejor entendimiento de la información que haya que transmitir a las mismas.

Detectará, junto con el equipo, las necesidades de información, formación, apoyo y recursos, facilitando el desarrollo de las actuaciones necesarias para las satisfacción de las mismas así como su evaluación posterior.

3.2. Actividades de coordinación

3.2.1. Recursos Humanos

Las funciones específicas en este área:

- Acogida, información, formación y evaluación.
- Presentación y definición del puesto: horarios, programas, tareas, funciones,... etc.
- Fomentar la formación continuada del personal.
- Detección de las necesidades de formación.
- Supervisar el cumplimiento de los horarios, tareas y actividades del personal del centro, definidas en su incorporación y formación.
- Planificación y Organización del calendario de actividades.
- Establecer los sistemas de comunicación entre el personal y de estos con los usuarios y sus familiares/cuidadores.
- Coordinar el trabajo de cada trabajador de forma individual y grupal así como la evaluación del mismo.
- Supervisar el cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales.

A continuación se explicitan, con mayor detalle, esos cometidos:

Incorporación: acogida, información/formación y evaluación

Los trabajadores adscritos al Centro de Día dispondrán de la formación específica correspondiente a cada categoría profesional, y todos ellos configurarán el equipo multidisciplinar, elemento fundamental e imprescindible a la hora de desarrollar todas las actuaciones que para este servicio están previstas.

Es importante destacar que, en el Ayuntamiento de Madrid los Centros de Día Municipales se gestionan a través de un contrato de servicio público y ejecutado por la entidad que resulte adjudicataria en cada periodo de vigencia y por tanto, los trabajadores tienen una dependencia labo-

trabajador social

ral de dicha entidad a quién corresponde garantizar el cumplimiento de la dotación de personal establecida, así como las funciones y actuaciones de los mismos y que han de responder a los criterios contemplados en los pliegos técnicos en los que el servicio se soporta.

- **Acogida:** Una vez efectuado el contrato de cualquier trabajador por la entidad correspondiente y tras su incorporación al puesto de trabajo, es el coordinador del Centro de Día a quién corresponde efectuar la acogida, que comprende: enseñarle las instalaciones, presentar al resto de trabajadores, indicar los objetivos generales del servicio, código deontológico, normas de funcionamiento.
- **Información:** de cuál es la tarea concreta que tiene que realizar, atendiendo a su categoría profesional para adaptarla a los objetivos del servicio.
- **Información** sobre de la dinámica de funcionamiento e interacción entre todos los miembros del equipo.
- **Información** sobre medidas de prevención de riesgos laborales.
- **Detección** de las necesidades de formación y proponer actuaciones para adquirirla, sin obviar el desarrollo de un plan anual de formación.
- **Realización** de un seguimiento individual y en grupo de todos los trabajadores para evaluar el cumplimiento de objetivos.

En definitiva, corresponde al coordinador ejercer una labor de integración y adaptación de todos y cada uno de los trabajadores al centro y para ello resulta imprescindible que haya fluidez en la comunicación y estén muy claras las tareas, así como el lugar y función que cada uno ha de cumplir en relación con el objetivo último, que es la atención a los usuarios y sus familias / cuidadores.

Conviene resaltar que los trabajadores adscritos al servicio constituyen el recurso esencial y que del buen hacer individual y del equipo en su conjunto, va a depender que el desarrollo del mismo sea satisfactorio y de calidad para los usuarios y sus familias / cuidadores.

Se requieren profesionales dotados de una doble vertiente de competencias técnicas y personales, entendiéndose por cada una de ellas:

- **Competencias Técnicas:** Conocimientos, destrezas y habilidades. Esto es saber hacer y saber hacer práctico.
- **Competencias Personales:** Capacidades, aptitudes/actitudes, querer ser, saber ser intrapersonal y social.

La Formación teórica y adaptada al puesto, es un elemento imprescindible a contemplar y desarrollar de forma sistemática y continuada para todos los trabajadores y será el coordinador quién detecte y proponga su ejecución a la entidad adjudicataria, su objetivo no es otro que ampliar los conocimientos, capacidades y actitudes/aptitudes de todos los miembros del equipo para que se adapten y respondan a las necesidades que presentan los usuarios y de ese modo garantizar la respuesta adecuada.

Corresponde a su vez al coordinador, evaluar el desarrollo de las tareas de todos y cada uno de los trabajadores, facilitando con ello el apoyo que fuera preciso, proponiendo y ejecutando las modificaciones a que hubiera lugar y aportando las medidas que resulten necesarias para garantizar una correcta actuación.



Planificación y organización

Corresponde al coordinador junto con el equipo técnico elaborar el calendario de actividades, así como el cronograma diario de cada actividad dónde se indicarán los profesionales (técnicos y auxiliares) asignados a la tarea, el tiempo de ejecución y la distribución de usuarios en las mismas, esto es:

- En las actividades de terapia ocupacional, fisioterapia y psicología (CDEA) se indicará el horario de la actividad, el profesional y los auxiliares de apoyo, así como los usuarios que participan.
- Se contemplará y reflejará la dinámica de otros profesionales, DUE, y médico en los centros destinados a usuarios con deterioro cognitivo.
- Otras actuaciones que el desarrollo de la atención exige para garantizar el correcto funcionamiento y para lo que es preciso tener establecido quién, cuándo y cómo realiza las tareas indicadas a continuación:
 - Recibir al usuario.
 - Recoger el diario de información (instrumento destinado a facilitar el intercambio de información relativa al usuario entre el Centro de Día y la familia/cuidador) y utilizado en los Centros de Día destinados a la atención de usuarios con perfil de deterioro cognitivo.
 - Preparación de desayunos, comidas y meriendas.
 - Apoyo necesario para la realización de desayunos, comidas y meriendas.
 - Supervisión en la comida.
 - Reeducación e hidrataciones a las horas estipuladas.
 - Aseos personales.
 - Traslados a los diferentes programas o actividades.
 - Apoyo en las actividades programadas.
 - Registro de incidencias.

Sistemas de comunicación interna

Compete al coordinador/a garantizar la correcta comunicación entre los profesionales implicados en el proceso de atención al usuario, para lo cual se establecerán reuniones formales y estructuradas, aunque sin obviar cualquier otra que sea necesaria dependiendo de cualquier incidencia que se produzca:

- Reuniones del equipo técnico.
- Reuniones con el personal auxiliar.
- Reuniones con el personal de transporte.
- Reuniones con todo el equipo.

Se utilizarán soportes documentales que faciliten la recogida de las actuaciones que se realicen así como de las incidencias que ocurran, entre otros cabe destacar:

Libros de incidencias: Será un sistema básico de comunicación y seguimiento de usuarios entre el personal del Centro de Día, ya sea para, comunicar incidencias, ausencias, información directa a trabajadores, o nuevas pautas a seguir. Se tendrán tantos libros como sea necesario para la buena comunicación entre los diferentes departamentos, siendo recomendable reflejar como mínimo dos realidades: uno para comunicación del personal auxiliar y equipo técnico y otro para comunicación de incidencias de transporte.

trabajador social

Registro de asistencia de usuarios: En este documento se reflejará la asistencia o no, de tal manera que permita tener conocimiento inmediato de los usuarios que no acuden al centro y que no han notificado su ausencia previamente, para poder establecer un contacto urgente con él o su familia/cuidador.

3.2.2. Relaciones institucionales

Corresponde al coordinador del Centro de Día habilitar los instrumentos, tiempos y espacios que permitan mantener una interrelación entre el Centro de Día y todos los dispositivos que directa o indirectamente contribuyen, en mayor o menor medida, al cumplimiento de su objetivo, para ello promoverá actuaciones coordinadas con Servicios Sociales y/o con cualquier otro recurso social que tenga su desarrollo en el distrito dónde esté ubicado, lo que dará como resultado, lograr un plus en la atención a los usuarios, mas allá de las actividades que se desarrollan estructuralmente, consiguiendo que se materialice su condición de centro abierto e integrado en la comunidad.

Para materializar lo indicado, es necesario disponer y tener previstos e identificados los interlocutores de las instituciones y que en general se corresponden con las siguientes:

Con Servicios Sociales Municipales

Con responsables de Servicios Sociales del distrito

Los usuarios del Centro de Día son, en todos los casos, usuarios de los Servicios Sociales Municipales, siendo estos quienes realizan la gestión y propuesta de alta al recurso, tras la intervención social que se esté realizando y una vez consensuado con el beneficiario/familia.

Tras la propuesta de alta en un Centro de Día realizada por Servicios Sociales, y teniendo en cuenta que estamos ante la aplicación de un recurso que responde a una intervención social global, es imprescindible una coordinación entre las partes implicadas en la atención al usuario que permita realizar un seguimiento y evaluar la adecuación del recurso así como establecer las modificaciones que por la propia evolución del usuario sean necesarias.

Para materializar esta comunicación, es necesario establecer reuniones periódicas presenciales entre ambas partes, aconsejando realizarlas mensualmente, lo que no impide que existan contactos con mayor frecuencia cuando la circunstancias lo requieran y que éstos pueden ser presenciales o telefónicos/ telemáticos.

Cualquier modificación que sea necesaria introducir será consensuada entre ambas partes y con el usuario, y dependiendo de lo que sea necesario modificar, corresponderá ejecutarlo al Centro de Día, a Servicios Sociales o al usuario/familia.

Los acuerdos que se alcancen en esas reuniones de seguimiento serán registrados en el expediente individual del usuario tanto en el Centro de Día como en el distrito.

Con la Dirección General de Mayores, Departamento de Centros de Día y Residenciales

Cada entidad adjudicataria tiene un interlocutor a través del cuál debe canalizarse la comunicación entre las partes, Ayuntamiento/entidad, sobre los contenidos indicados a continuación:

- Confirmar las propuestas de altas de usuarios.
- Dificultades detectadas para su incorporación.



- Llevar el control del gasto de importes económicos destinados a la adquisición de material de actividades que deberán justificar al Ayuntamiento al finalizar cada año de vigencia del contrato.
- Incidencias relevantes en la atención del usuario.
- Elaboración y envío al Departamento del informe semestral de evolución grado de dependencia de los usuarios.

Con la Comunidad de Madrid

La Comunidad de Madrid a través de la subdirección de Control de Calidad, Inspección Registro y Autorizaciones, realiza inspecciones periódicamente a los Centros de Día con el objetivo de verificar el cumplimiento de la normativa existente para estos equipamientos, correspondiendo al coordinador del centro, recepcionar y facilitar la información que le sea requerida por el inspector, firmar el acta dónde consten todos los aspectos que se han inspeccionado y dar comunicación de los mismos a los Servicios Sociales Municipales del distrito dónde esté ubicado el centro, con el objetivo de que procedan sí fuera necesario a subsanar las deficiencias. A su vez tendrá que proceder a gestionar aquellas deficiencias a que hubiera lugar y cuya responsabilidad corresponda a la propia dinámica del centro y archivará copia del acta en el mismo.

Con la red sanitaria

El coordinador promoverá y establecerá el contacto y colaboración con los Servicios de Salud ubicados en el distrito, ya que son ellos los interlocutores naturales ante los problemas de salud que presenten los usuarios, lo que hace imprescindible que exista una comunicación fluida que dé respuesta inmediata ante cualquier detección de patología no comunicada por el usuario o cualquier modificación que se produzca en el mismo y que facilite una atención integrada.

Procederá a notificar al Área de Salud Pública que corresponda, cualquier incidencia de tipo sanitaria que así se aconseje (brotes de cualquier tipo, enfermedades infecciosas) para lo cual, es preciso disponer del número de teléfono correspondiente y efectuar la comunicación con la mayor diligencia.

Avisará a los servicios de urgencias (112) cuando fuera preciso.

Colaborará y participará del cumplimiento de la normativa vigente en materia de sanidad.

Con la red social

Un Centro de Día como recurso abierto e integrado en el ámbito territorial en el que está ubicado, no debe limitar su actividad al desarrollo exclusivo de las actividades que dentro del mismo están definidas, para lo cuál es preciso desarrollar acciones encaminadas a la realización de actuaciones conjuntas con recursos sociales, ya sean públicos o privados, que ejerzan sobre el mismo territorio.

Para ello es preciso contactar con ellos, realizar actos que faciliten el conocimiento mutuo, avanzar en la consecución de acciones y proyectos conjuntos, lo que en definitiva se traduce en conseguir que el Centro de Día no sea un espacio de atención específico para resolver aspectos individuales de los usuarios, puesto que son, ante todo, ciudadanos que viven en un entorno, y lo que se pretende es precisamente prolongar al máximo la posibilidad de que sigan en el mismo.

trabajador social

Pueden realizarse actividades conjuntas y de intercambio con los Centros Municipales de Mayores, con los colegios, asociaciones o centros culturales, con asociaciones o entidades de voluntariado, etc.

Además, conviene contemplar visitas y salidas programadas a aquellos recursos de interés que permitan y faciliten mantener al usuario en su entorno, en el sentido más amplio del término.

Habrà de tenerse en cuenta, que la participación de los usuarios en cualquier actividad fuera del centro, deberá ser autorizada por ellos o sus familiares/cuidadores y la entidad adjudicataria de la gestión garantizará la seguridad de los mismos.

Todo ello se comunicará, antes de su realización, al Ayuntamiento (SSSS y/o DGM) con la información relevante y contenido de las mismas.

Con la entidad adjudicataria

Los trabajadores de un Centro de Día, dependen laboralmente de la entidad que en cada período sea adjudicataria de la gestión y por tanto, los trabajadores recibirán de la misma, las directrices necesarias para garantizar el cumplimiento de las funciones que el Contrato establece.

Corresponde al coordinador:

- Detectar y comunicar a la entidad, las posibles deficiencias o desajustes que sobre esos medios se puedan producir.
- Informar de las incidencias en el desarrollo del mismo.
- Realizar la previsión de necesidades de material para ejecutar su adquisición, previa autorización por la entidad y justificar el gasto.
- Custodiar las facturas de los gastos realizados para presentar al Ayuntamiento al final del ejercicio presupuestario.
- Facilitar los datos de los usuarios atendidos mensualmente a efectos de elaboración de la factura.
- Ejercer el control y vigilancia del cumplimiento de los protocolos de calidad y prevención de riesgos laborales.
- Asistir a las reuniones de coordinación programadas.
- Elaboración de informes y documentos que sean requeridos en relación con la dinámica del centro.
- Elaboración de la memoria anual.

3.2.3. Área de recursos materiales, servicios y presupuesto

En este apartado se recoge como abordar y ejecutar todo lo relacionado con el control y mantenimiento del mobiliario y enseres de los que el centro está dotado, de la gestión y ejecución de los servicios de comida y transporte y del control del gasto efectuado, con cargo a los importes destinados a adquisición de material, para actividades y adquisición y/o reposición de material y actividades así como aquellos importes ofertados por la entidad como mejoras.

A) Recursos materiales

Es preciso tener elaborado el inventario que deberá contener:

- Mobiliario del centro.
- Material no fungible de terapia.



- Menaje.
- Dotación informática.
- Equipo de imagen y sonido, etc.

Por otra parte se controlará el buen uso de todo el material fungible que se utiliza para la realización de actividades y servicios: terapia ocupacional, fisioterapia, material sanitario, productos para el funcionamiento de los electrodomésticos y de limpieza de las instalaciones si fuera preciso.

Corresponde al coordinador del centro supervisar y fomentar el uso adecuado del propio equipamiento, así como detectar y consensuar con el equipo las necesidades de reposición, reparación o adquisición de nuevo material, y tener el inventario actualizado para lo cuál es preciso registrar en él todos los enseres que se hayan desechado y adquirido.

B) Servicios: alimentación y transporte

Aunque corresponde a la entidad adjudicataria contratar estos servicios, es el coordinador del centro quién realiza la supervisión a diario del control y seguimiento de los mismos, resolviendo aquellas incidencias que se puedan presentar y en cualquier caso, comunicando y proponiendo al responsable de la entidad los cambios que fuera preciso introducir para garantizar su funcionamiento.

- Servicio de alimentación supervisados:
 - Detección de necesidades de alimentación, atendiendo al número de usuarios y las patologías que estos presenten (número de menús ordinario y específico) y hacer el pedido al catering o contrata con la que se trabaje este servicio.
 - Supervisión la recepción de la mercancía y verificar que se encuentra en perfectas condiciones higiénico-alimentaria para servirla.
 - Comunicar y resolver las incidencias tanto al catering/contrata como a la entidad adjudicataria de la gestión del centro.
 - Realizar el seguimiento.
- Servicio de transporte supervisados: Supervisará la labor del responsable de rutas que ejercerá las tareas que se detallan a continuación.
 - Planificar las rutas en colaboración con el personal de transporte, procurando se desarrollen con un recorrido lo más racional posible.
 - Gestión de incidencias.
 - Supervisar el estado de los vehículos: mantenimiento y limpieza.
 - Control del vehículo.
 - Control de las revisiones periódicas, ITV.
 - Asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
 - Gestión de reparación de las averías que puedan producirse.
 - Garantizar que los vehículos están debidamente serigrafiados y adaptados según el pliego de prescripciones técnicas.

Sería aconsejable que estas tareas las realizará un trabajador destinado a tal efecto por la entidad.

C) Servicios prestados por el Ayuntamiento:

Mantenimiento, limpieza y Desinsectación, Desinfección y Desratización (DDD):

el terapeuta ocupacional

- Comunicación de incidencias y seguimiento de la resolución de las mismas.
- Informar de las incidencias en las instalaciones a quien corresponda.

c) Presupuestos

Presupuesto estructural: Material de actividades:

- Garantizar el correcto uso del presupuesto anual disponible.
- Justificar anual y detalladamente mediante facturas el gasto efectuado.
- Custodiar las facturas emitidas de cada gasto efectuado.

Presupuesto y servicios adicionales: (mejoras técnicas) // Mejoras Técnicas // Otros servicios:

- Proponer y consensuar con Servicios Sociales del Distrito la inversión a realizar.
- Justificar documentalmente a final de año los gastos realizados.

B. El terapeuta ocupacional en los Centros de Día municipales

pág.
24-25

1. Introducción

El ser humano es un ser activo por naturaleza que ocupa su tiempo en actividades encaminadas a responder a sus necesidades y deseos. La salud y la ocupación están vinculadas porque la pérdida de la salud disminuye la capacidad para comprometerse en la actividad. Así mismo la falta de ocupación interfiere negativamente en la salud del individuo. El hombre es un ser activo cuyo desarrollo está influenciado por el uso de la actividad con intención. Utilizando su capacidad de motivación intrínseca, es capaz de variar su salud física y mental y sus ambientes físicos y sociales a través de la actividad. Estos son los pilares donde se fundamenta la disciplina socio sanitaria de la Terapia Ocupacional.

La Terapia Ocupacional emplea la resolución de problemas y otras técnicas para mejorar la calidad de vida de la persona y lo hace desde un enfoque holístico, examina todas las tareas en relación a la situación donde se desenvuelve la persona. La Terapia Ocupacional se basa en la naturaleza de la persona y su relación con el entorno humano y físico.

Definición Terapia Ocupacional

La AOTA 1986 (Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales) define esta disciplina socio-sanitaria como "utilización terapéutica de las actividades de auto cuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo, y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o del ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida".

La Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO), define la Terapia Ocupacional como: "la disciplina socio sanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa. El Terapeuta Ocupacional utiliza la actividad con propósito y en entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración".



La Terapia ocupacional evalúa los déficit que presenta los usuarios a nivel físico, cognitivo, sensorial y social; valora las capacidades residuales que poseen para conseguir el objetivo principal que es mantener el máximo grado de independencia funcional del usuario el mayor tiempo posible. En definitiva mejorar su calidad de vida y la de su entorno familiar y social.

2. Objetivos de la Terapia Ocupacional

2.1. Objetivo General

Mantener la mayor independencia y autonomía posible durante el mayor espacio de tiempo en todas las áreas de desempeño ocupacional con el fin de mejorar la calidad de vida del usuario y de su entorno.

2.2. Objetivos específicos

- Mantener la independencia y autonomía en las actividades de la vida diaria: básicas, instrumentales y avanzadas.
- Prevenir la aparición de déficit físicos, cognitivos, funcionales y sociales.
- Mantener y/o mejorar las capacidades físicas, cognitivas, funcionales, sensoriales y sociales preservadas.
- Compensar aquellos déficit físicos, cognitivos, funcionales, sensoriales y sociales instaurados.
- Adaptar el entorno a las características del usuario.
- Ralentizar la dependencia de terceras personas el mayor tiempo posible.
- Mantener la independencia y autonomía en las actividades sociales/relacionales.
- Favorecer las relaciones interpersonales del usuario dentro del centro y su entorno habitual.
- Entrenar en habilidades sociales.
- Planificar actividades propositivas, tanto internas como externas, del Centro de Día.
- Incrementar la autoestima y motivación.
- Realizar el seguimiento evolutivo de los usuarios.
- Emitir informes para otros departamentos o instituciones.
- Informar y asesorar a las familias para mejorar la comprensión de las enfermedades de los usuarios, así como estrategias de actuación en el domicilio.
- Asesorar en la prescripción y utilización de productos de apoyo (ayudas técnicas) tanto en el Centro de Día como en el domicilio.
- Participar en la formación a los Auxiliares de Centro de Día dando las pautas de actuación con respecto a las actividades propuestas.

3. Funciones de la Terapia Ocupacional

3.1. Valoración inicial

Siempre mediante una entrevista personal, la valoración integral bio-psico-social, donde se fijan las bases para seguir el resto del proceso, comprende la información sobre el usuario y su entorno.

- Recogida de información de datos ocupacionales (áreas de desempeño ocupacional, componentes de ejecución y entorno).
- Valoración mediante escalas estandarizadas (Barthel y Lawton).
- Análisis e interpretación de los datos obtenidos.
- Identificación de problemas y capacidades preservadas.

el terapeuta ocupacional

- Establecimiento de objetivos y prioridades.
- Formulación del plan de tratamiento individualizado.
- Establecimiento del Plan de Actuación Personalizado (PAP).
- Implementación del tratamiento.

El concepto de valoración nace a partir de la necesidad de conocer antes de actuar y de comprobar en la práctica los resultados de nuestra intervención. Es una observación documentada y organizada que determina la línea terapéutica.

La valoración del Terapeuta Ocupacional constituye una parte importante del complejo proceso de valoración integral al que se somete el usuario para conocer el estado físico, psíquico, funcional y social con objeto de mantener al sujeto en los niveles óptimos de salud en todos sus aspectos, intentando mejorar, o al menos mantener, su calidad de vida.

En particular, en Terapia Ocupacional se realiza la valoración para determinar qué limitaciones de los componentes del desempeño ocupacional están afectando a las áreas de desempeño ocupacional, ya que para planificar la intervención el primer paso para la solución del problema es definirlo.

El terapeuta ocupacional categoriza la función en:

- a. **Áreas de desempeño ocupacional:**
incluye las Actividades de la Vida Diaria, Actividades de Trabajo y Actividades de Ocio.

a1. Actividades vida diaria

| | | |
|-----------------------|------------------------|-----------------------------------|
| Básicas | Cuidado Personal | Higiene (Baño) |
| | | Vestido |
| | | Arreglo Personal |
| | | Alimentación (alimentarse-comida) |
| | | Continencia |
| | Movilidad funcional | Utilización WC |
| | | Transferencias |
| | | Locomoción |
| | | Marcha |
| | | Escaleras |
| Instrumentales | Comunicación funcional | Auxiliares para la marcha |
| | | Comprensión |
| | Preparación comida | Expresión |
| | | Rutina de medicamentos |
| | | Manejo de dinero |
| | | Cuidado de la ropa |
| | | Manejo del teléfono |
| Manejo del transporte | | |

a3. Actividad de ocio

Exploración

Desempeño



a4. Relaciones con el entorno

Manejo del medio/ recursos

Relaciones interpersonales

Socialización

Expresión sexual

- b. **Componentes del desempeño Ocupacional**, se refieren a las habilidades funcionales que se requieren en el desempeño ocupacionales, incluyendo componentes sensoriales, motores, cognitivos y psicosociales.

Componentes sensoriomotor

Integración sensorial

Conciencia sensorial

Procesamiento sensorial

Destrezas perceptuales

Neuromuscular

Reflejo

Arco de movimiento

Tono muscular

Fuerza

Resistencia

Control postural

Integridad de los tejidos blandos

Motor

Tolerancia a la actividad

Coordinación motora gruesa

Cruzar la línea media

Lateralidad

Integración bilateral

Praxias

Coordinación/destreza motora fina

Integración viso-motora

Control oral motor

Integración cognitiva y componentes cognitivo

Nivel de alerta a estímulos

Orientación

Reconocimiento

Tiempo de atención

Memoria

Secuenciación

Categorización

Formación de conceptos

Operaciones intelectuales en el espacio

Resolución de problemas

Generalización del aprendizaje

Integración del aprendizaje

Síntesis del aprendizaje

el terapeuta ocupacional

Destrezas psicológicas y componentes psicológicos

| | |
|---------------------------|--|
| Psicológicos | Roles |
| | Valores |
| | Intereses |
| | Iniciación de la actividad |
| | Terminación de la actividad |
| | Concepto de sí mismo |
| Sociales | Conducta social |
| | Conversación |
| | Expresión |
| Manejo de sí mismo | Destrezas para manejar y resolver dificultades |
| | Manejo del tiempo |
| | Autocontrol |

Hay que tener en cuenta que existe otros factores fundamentales inherentes a la persona, y que influye en la intervención desde la Terapia Ocupacional.

- Ambiente: agregado de fenómenos que rodean a una persona e influyen en el desarrollo y la existencia de la misma. Este se compone de factores humanos: individuo y grupo, y factores no humanos: condiciones físicas, ideas.
- Cultura: va influir en la forma en que se desarrollan las interacciones sociales.
- Familia: sus relaciones, la estrategia elaborada para enfrentar la disfunción.

Por lo tanto, los sistemas de valoración son herramientas fundamentales para el control y seguimiento tanto de las capacidades del usuario como de los diferentes programas del Centro de Día, en cuanto avalan la efectividad de la atención y aseguran la calidad general del trabajo realizado, facilitando su planificación y la toma de decisiones.

Una vez que ingresa el usuario en el centro, con una previa valoración por parte del personal sanitario y social del Centro de Día, en los primeros 15 días se realizará la historia de Terapia Ocupacional, donde se concretarán los objetivos y los programas que más se ajusten a su situación biopsicosocial.

Esta valoración se realizará mediante una entrevista con el usuario, donde se utilizará las escalas funcionales, que evalúan las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y la observación directa, apoyándose en escalas e historias recogidas por otros profesionales. Es decir, dentro de la valoración funcional que realiza el Terapeuta Ocupacional se diferencian dos áreas principales:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), aquellas que realizamos para nuestro autocuidado personal: Alimentación, baño, vestido, arreglo personal, ir al WC, deambulación, transferencias, subir/bajar escaleras. Estas actividades son valoradas a través de la Escala Barthel.
- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Son actividades más complejas y son necesarias para relacionarnos con nuestro entorno más próximo: utilizar el teléfono, preparación de comidas, uso de medios de transporte, cuidado de la casa, manejo de asuntos económicos, ir a la compra, manejo de medicamentos. La herramienta más difundida para valorar este área es la Escala Lawton.



- Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). Son actividades más elaboradas, para poder realizarlas es necesario tener las capacidades cognitivas y funcionales en un estado óptimo.

A continuación describimos los diferentes programas de Terapia Ocupacional que se deben desarrollar en los Centros de Día, tanto para un perfil físico como para deterioro cognitivo, con sus correspondientes adaptaciones.

3.2. Establecimiento del Plan de Intervención

El Plan de Intervención, es la herramienta que guía las acciones, se desarrolla basándose en los resultados de la valoración y en el se describen los objetivos, métodos, técnicas, se seleccionan los instrumentos y se realizan recomendaciones.

La Aplicación de la Intervención, es el proceso práctico que incluye, determinar y llevar a cabo la intervención, la valoración de la conducta, de los avances y retrocesos. Es necesario llevar a cabo un proceso continuo de revaloración. Por último es importante realizar una valoración de los resultados, mediante la selección del tipo de medidas y de resultados.

Todo esto se lleva a cabo:

- Revisión de los resultados a través de la revaloración.
- Participación en reuniones interdisciplinarias.
- Revisión periódica en el PAP.
- Modificación de objetivos y programas según evolución.
- Seguimiento del usuario.
- Resolución de problemas o incidencias que surjan.

3.3. Planificación y ejecución de los programas de Terapia Ocupacional

Los terapeutas ocupacionales utilizan las actividades como medio de tratamiento y se centran en el desempeño ocupacional de las personas mayores dentro de su entorno.

Las actividades que se implantan tienen un carácter preventivo, rehabilitador y compensador, con el fin de potenciar las capacidades físicas, sensoriales, cognitivas, psicomotrices, psicológicas, sociales, emocionales para una mejora o mantenimientos en las Actividades de la Vida Diaria.

Los programas o protocolos de terapia ocupacional a desarrollar en los Centros de Día Municipales son en general: (Anexo III):

1. Programa de Estimulación Cognitiva.
2. Programa de Reentrenamiento en AVD'S.
3. Programa de Terapia Funcional.
4. Programa de Intervención en Patología de Origen Osteoarticular.
5. Programa de Psicomotricidad.
6. Programa de Adecuación del Entorno y Productos de Apoyo.
7. Programa de Valoración Domiciliaria.

3.4. Prescripción, asesoramiento y entrenamiento de productos de apoyo (ayudas técnicas)

Una función inexcusable del terapeuta Ocupacional es la adaptación y facilitación del entorno. Las antiguamente denominadas Ayudas Técnicas, son los "productos fabricados específicamente

el terapeuta ocupacional

te o disponibles en el mercado, cuya función es la de permitir o facilitar determinadas acciones, de tal manera que sin su uso, estas tareas serían imposibles o muy difíciles de realizar para un individuo en una situación determinada.”

La norma ISO 1999 recoge una detallada y completa clasificación de las Ayudas Técnicas. Esta norma ha sido modificada en varias ocasiones. En la última revisión (ISO 9999:2007) se ha sustituido la terminología de Ayudas Técnicas por la de Productos de Apoyo.

3.5. Atención y formación a familias y/o cuidadores

Con el objetivo de conseguir la máxima independencia posible del usuario para mejorar su calidad de vida, es muy importante contar con el apoyo de la familia / cuidador como parte integrante del proceso rehabilitador.

Es esencial desde Terapia Ocupacional informar y asesorar de la importancia de llevar a cabo en el domicilio técnicas que se han entrenado en el Centro de Día y que favorecen la salud del usuario y con ello su autonomía.

El objetivo general es informar y asesorar grupalmente a familiares/cuidadores de los temas específicos para el cuidado de su familiar, que se enmarca dentro de la programación formativa del Centro de Día.

Las actividades a desarrollar dependerán de las características del usuario de cada centro y la demanda generada en cada momento. Se pueden realizar mediante charlas, coloquios, dinámicas de grupo, entrevistas individuales etc. siempre respetando la privacidad de la familia/ cuidador del usuario.

Se registrará todo contacto o información relevante con los familiares/cuidadores en el seguimiento evolutivo.

3.6. Funciones docentes y formativas

La formación al personal auxiliar, sobre pautas de actuación es una actividad continuada, tanto en la realización de los distintos programas de terapia Ocupacional, como en Actividades de la vida diaria o en cualquier otra actividad.

Colaborar con otros profesionales del equipo multidisciplinar en la formación / información sobre patologías más frecuentes en los mayores y su influencia en el desarrollo las actividades de la vida diaria.

Esta actividad docente se puede realizar:

- Sesiones grupales que no interfiera en las actividades del Centro.
- Individualmente en la rutina diaria según las incidencias que surjan.

Muchas actividades docentes se pueden realizar en conjunto con otros profesionales, y en general versarán sobre:

- Movilizaciones y higiene postural.
- Ajustar los niveles de apoyo para cada usuario.
- Adiestramiento en el manejo de los productos de apoyo que son utilizados por los usuarios en el Centro de Día.

pág.
30-31



3.7. Funciones administrativas

Participar activamente en las reuniones interdisciplinares propuesta por el equipo del centro para establecer pautas de actuación globales.

Colaborar con el resto de profesionales en el diseño organizativo del centro. El terapeuta ocupacional debe desarrollar las tareas de decisión que implican el proceso de actuación dinámica y continuada de un profesional sobre otros, con el objeto de que éstos utilicen al máximo su potencial humano y profesional para la consecución de unos objetivos bien definidos.

Labores administrativas, como son la elaboración de informes, inventarios, valoraciones de Terapia ocupacional, seguimiento, evaluación y control de los distintos programas, planificación y ejecución de programas sanitarios, cumplimiento de las tareas administrativas impuestas por sistemas de calidad en los centros en los que están implantados.

c. El fisioterapeuta en los Centros de Día municipales

1. Introducción

Fisioterapia es la ciencia que engloba al conjunto de métodos, actuaciones y técnicas, que mediante la aplicación de medios físicos (el calor, el frío, el agua, el movimiento, la electricidad,...) curan, previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de algún problema físico o funcional a las que se desea mantener un nivel adecuado de salud.

Entendemos por fisioterapia en geriatría, el conjunto de actuaciones tendentes a conseguir que las personas de mayor edad puedan desenvolverse con la máxima independencia en su entorno o, en ausencia de ésta, hacerlo utilizando recursos existentes para lograr los más óptimos niveles de calidad de vida.

2. Objetivos de la fisioterapia

2.1. Preventivo

Se encargará de la prevención de enfermedades, lesiones musculotendinosas, dolor y otras basadas en un conjunto de actividades y consejos fisioterápicos, aplicándolo a nivel asistencial. La fisioterapia preventiva se realiza para retrasar los procesos de envejecimiento y para aumentar la calidad de vida de los mayores, así como para mantener la independencia de estos el mayor tiempo posible.

Mediante la Educación para la Salud, potenciando estilos de vida saludables. Se pretende alargar los periodos de bienestar personal y disminuir la incidencia de las enfermedades ligadas en mayor medida al tipo de vida y a la conducta de cada individuo. Se trata de que los usuarios desarrollen hábitos y costumbres sanas y los incorporen a su vida cotidiana.

Objetivos específicos:

- Mejorar la capacidad física personal de la persona mayor.
- Mejorar la calidad de vida de la persona mayor.
- Evitar el deterioro progresivo mediante actividades de fisioterapia grupal.

el fisioterapeuta

Beneficios:

- Actuar anticipadamente para evitar o prevenir la lesión en la persona mayor.
- Prevenir dolores, desgastes, alteraciones posturales e instauración de dolencias.
- Prevenir y/o mejorar el estado físico y psicológico de la persona mayor.
- Bienestar general de la persona mayor.

2.2. Mantenimiento

La función será el tratamiento de aquellas personas mayores que tienen cualquier patología crónica susceptibles de tratamiento fisioterápico. Dentro de las patologías más frecuentes, están las reumáticas como la artrosis, osteoporosis, artritis así como el tratamiento de mantenimiento de otras enfermedades de tipo neurológico.

Objetivos específicos:

- Mantener la amplitud articular y fuerza muscular.
- Potenciar capacidades residuales.
- Mantenimiento de las funciones comprometidas.
- Prevenir complicaciones o consecuencias de la evolución de las enfermedades.

Beneficios:

- Disminución de la sintomatología nociva e invalidante.
- Mejora la capacidad física y emocional de la persona mayor.
- Mantener la funcionalidad el mayor tiempo posible.
- Ayudar al paciente a vivir y entender su enfermedad y retrasarla en la medida de lo posible.
- Mejorar su calidad de vida.

2.3. Rehabilitador

Engloba el conjunto de procedimientos fisioterápicos dirigidos a ayudar a la persona mayor a alcanzar el máximo potencial físico compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales, intentando restablecer o restaurar la salud. Basado en el modelo psico-social, para aumentar la función perdida y así la calidad de vida.

Interviene en tres aspectos de la enfermedad:

- Deficiencia: El ejemplo más claro es el de la pérdida de una extremidad o déficit sensorial.
- Discapacidad: El ejemplo más claro es el de trastornos en la marcha o dificultad para vestirse.
- Pérdida de roles: En relación a la discapacidad.

Objetivos específicos:

- Recuperación funcional.
- Ayudar a la persona mayor a conseguir el máximo nivel de funcionalidad.
- Prevenir complicaciones.
- Reducir la incapacidad.
- Aumentar la independencia.
- Reactivación del usuario.
- Resocialización del usuario.
- Reincorporación de la persona mayor a su estilo de vida anterior a la deficiencia o discapacidad.

pág.
32-33



Beneficios:

- Reducir síntomas de discapacidad o deficiencia.
- Mejora del estado muscular y articular.
- Beneficios psicológicos: mejorando el estado de ánimo.
- Recuperación para la realización de las AVD.
- Recuperación funcional y de su autonomía personal.
- Mejora la calidad de vida.

2.4. Paliativo

Aliviar el sufrimiento físico en casos de patología crónica y progresiva. Atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de la persona mayor de una enfermedad grave o crónica.

Objetivos específicos:

- Empatizar con la persona mayor sobre su estado de salud.
- Concienciar a la persona mayor sobre su situación físico-funcional (aportando la información que precise o demande).
- Comprender a la persona mayor lo que está pasando.
- Paliar el sufrimiento de la persona mayor.
- Prevenir o tratar los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento de la enfermedad.
- Realizar tratamiento más adaptado a la patología.
- Retardar la aparición de sintomatología asociada al inmovilismo.
- Potenciar las capacidades residuales.

Beneficios:

- Aliviar los síntomas de la enfermedad.
- Reducir o frenar el dolor o molestia.
- Mejorar su calidad de vida.

2.5. Otros objetivos

La fisioterapia en geriatría apuntará pues a la prevención de un envejecimiento acelerado o inarmónico y de una degeneración demasiado rápida de las aptitudes funcionales.

Entre estos objetivos se encuentran los siguientes:

- Conservar o mejorar las aptitudes funcionales sin olvidar las psicológicas y motrices del usuario.
- Contribuir al mantenimiento y mejora de la movilidad, ayudando a la adaptación a situaciones de discapacidad, todo con el fin de lograr la máxima independencia.
- Conocer siempre el estado cognitivo del usuario para adecuar el tratamiento a su nivel de comprensión mediante órdenes, imitación, gestos, etc.
- Evitar limitaciones severas de la amplitud articular en usuarios con inmovilidad crónica.
- Lograr una apreciación del movimiento y de las funciones normales orientadas hacia:
 - La movilidad de las articulaciones.
 - La fuerza muscular.
 - La coordinación del movimiento.
 - La tolerancia al ejercicio.
 - La lateralidad adecuada.
 - La alineación corporal.

el fisioterapeuta

3. Funciones del fisioterapeuta

3.1. Valoración inicial

Debe realizarse una evaluación y valoración del estado físico y funcional de cada uno de los usuarios del Centro de Día con el fin de elaborar un plan de actuación fisioterápico individualizado. Esta valoración se realizará durante los primeros 15 días del alta en el Centro de Día. (Anexo I).

Debe realizarse una exploración de las capacidades funcionales, tono muscular, movilidad, deambulaci3n, transferencias y riesgos de caídas.

- Tono muscular: valorar si es normal, hipotonías así como la existencia de rigidez o espasticidad.
- Movilidad y deambulaci3n: especificando si es parcial o completa, si precisa ayudas técnicas y si es autónomo en su uso, si es independiente para la deambulaci3n o precisa ayuda o supervisi3n de terceros.
- Transferencias: sill3n-silla-de pie, valorando si la precisa supervisi3n, o la dependencia es ligera o severa. Es importante valorar también las transferencias y movilidad en el uso de transportes.
- Riesgo de Caídas: realizaci3n del test de Tinetti.

El fisioterapeuta utilizará los test de valoraci3n funcional Barthel y Lawton, cumplimentados por otros profesionales del equipo interdisciplinar.

3.2. Establecimiento de un plan de intervenci3n

Teniendo en cuenta todos los datos anteriores, se establecerá un Programa de Fisioterapia individualizado y adaptado a las características del usuario.

Se marcarán los objetivos individuales que pretendemos conseguir con la aplicaci3n de éste plan.

Las diferentes características de las personas mayores, nos obligarán a estar preparados para prestar la atenci3n requerida por cada uno de ellos y a realizar un seguimiento y adaptaci3n continuo, en funci3n de la evoluci3n que cada uno vaya presentando. En general se actuará:

Intervenci3n según grados de dependencia

Existirán diferentes niveles de intervenci3n, actividades y programas en funci3n de los grados de dependencia detectados y si estos se localizan a nivel funcional, cognitivos o ambos. Se tratará siempre de potenciar al máximo la independencia de cada usuario, estimulando y evitando la sobreprotecci3n que pueda acelerar la evoluci3n de su dependencia y mejorando su autoestima.

Intervenci3n interdisciplinar

El abordaje de los problemas detectados, se hará desde el equipo interdisciplinar; contando con valoraciones y evaluaciones de todos los profesionales que permitirán detectar las necesidades de cada usuario, siempre a partir de la informaci3n contenida en los informes médicos que aporte el usuario tanto al ingreso como durante su estancia en el centro.

3.3. Planificaci3n y ejecuci3n de los programas de fisioterapia

Planificar y ejecutar directamente los programas fisioterápicos establecidos, llevando a cabo un seguimiento periódico de dichos programas. Es necesario coordinar la actuaci3n del resto de profesionales del centro respecto a los programas de Fisioterapia, estableciendo las pautas a seguir de forma global y si fuera preciso, en cada caso particular.



Los programas o Protocolos de Fisioterapia en un Centro de Día son los siguientes:

1. Programa de Fisioterapia Grupal.
2. Programa de Fisioterapia Específica:
 - Programa de Rehabilitación Funcional.
 - Programa de Fisioterapia Respiratoria.
 - Programa de Marcha, Equilibrio y postura.
 - Programa de Intervención en Caídas.
 - Programa de Terapia Antiálgica.
 - Programa de Psicomotricidad.
 - Programa de Fisioterapia de Mantenimiento.

3.4. **Funciones docentes y formativas**

El fisioterapeuta debe participar en las actividades formativas internas del Centro de Día, proporcionando al personal auxiliar de las habilidades necesarias para el adecuado tratamiento de los usuarios; también dotar a los familiares o cuidadores de las habilidades necesarias para el cuidado de sus mayores.

3.5. **Funciones administrativas**

Participar activamente en las reuniones interdisciplinares propuesta por el equipo del centro para establecer pautas de actuación globales.

Colaborar con el resto de profesionales en el diseño organizativo del centro. El fisioterapeuta debe desarrollar las tareas de decisión que implican el proceso de actuación dinámica y continuada de un profesional sobre otros, con el objeto de que éstos utilicen al máximo su potencial humano y profesional para la consecución de unos objetivos bien definidos.

Labores administrativas, como son la elaboración de informes, inventarios, valoraciones de fisioterapia, seguimiento, evaluación y control de los distintos programas, planificación y ejecución de programas sanitarios, cumplimiento de las tareas administrativas impuestas por sistemas de calidad en los centros en los que están implantados.

D. **La enfermería en un Centro de Día**

1. **Introducción**

La enfermería forma parte del equipo interdisciplinar encargado de la atención de las necesidades básicas, terapéuticas y socio-culturales del usuario, con cierto grado de dependencia física, psíquica y social, permitiendo su permanencia en su entorno habitual.

2. **Objetivos**

2.1. **Objetivo principal**

Mejorar la calidad de vida de los ancianos, prolongando su grado de autonomía a través del fomento del autocuidado dentro de su entorno familiar y/o social.

la enfermería

2.2. Objetivos específicos

- Proporcionar cuidados integrales: Atención al anciano en sus aspectos físico, psíquico, social y relacional.
- Aumentar el grado de independencia del usuario en el medio familiar y social donde se desenvuelve.
- Coordinación y contacto directo con los diferentes niveles de salud que actúan sobre el usuario.
- Educar para la Salud en relación al usuario, la familia y el medio.
- Trabajar de forma interdisciplinar con el resto del equipo del Centro de Día.

3. Funciones de la enfermería

Interdependientes

Son aquellas actividades que el profesional de Enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de trabajadores sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc. Son funciones interdependientes:

- Las labores de coordinación con la familia, el propio Centro de Día y el Centro de Salud para la dispensación de cuidados básicos de Enfermería.
- La educación sanitaria.

Dependientes

Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica. Son funciones dependientes:

- El seguimiento de patologías crónicas.
- El control de la toma de medicación.

Independientes

Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico. Son funciones independientes:

- La valoración inicial del estado de la persona usuaria.
- La elaboración de los Diagnósticos de Enfermería.
- La prescripción de planes de cuidados.
- Los cuidados de la higiene corporal y alimentación.
- La elaboración de protocolos sanitarios para guía de los profesionales de los Centros.

3.1. Funciones asistenciales

Consiste en ayudar al usuario, sano o enfermo, a conservar o recuperar la salud para que pueda llevar a cabo las tareas que le permitan el mayor grado de independencia posible. Para conseguirlo enfermería abordará de forma sistemática las siguientes actividades:



3.1.1. Valoración del usuario

El objetivo de esta actividad es descubrir las necesidades y problemas de dependencia que reflejan el estado de salud del usuario. Se realizará una anamnesis y exploración con el objetivo de realizar una valoración por patrones funcionales. Se estudiarán los aspectos físicos, psicológicos, sociales y culturales con el fin de detectar problemas que puedan ser resueltos con cuidados de enfermería, siguiendo la sistemática de la Historia de Enfermería (Anexo I):

1. Patrón de percepción de la salud: Describe el patrón de salud percibido por el usuario con relación a como cuida y maneja su salud, y la relevancia que esta tiene en las actividades actuales y la planificación futura. Incluye también el nivel general de comportamiento en cuidados de salud.
2. Patrón de nutrición-metabolismo: Describe el modelo de ingesta de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas. Incluye la descripción de tipos de comidas, cantidad de alimentos y líquidos consumidos, preferencias, uso de suplementos etc. También se valora el estado de la piel, pelo, uñas y mucosas. Se anotan problemas con la dentición y se toman los datos antropométricos.
3. Patrón de eliminación: Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y transpiración), la regularidad, el uso de laxantes u otras rutinas de eliminación. Se incluye cualquier medida empleada para controlar la excreción.
4. Patrón de actividad y ejercicio: Describe la actividad física, ocio y recreo. Incluye actividades de la vida diaria que requieren un gasto de energía tales como la higiene personal, cocinar, hacer compra. En este patrón se reflejarán las constantes vitales así como la definición del patrón respiratorio.
5. Patrón de sueño-descanso. Incluye la percepción de la calidad y cantidad de sueño y descanso, así como la utilización de medicación específica para dormir.
6. Patrón cognitivo-perceptivo: Incluye la adecuación de las formas sensoriales como visión audición y las compensaciones o prótesis utilizadas para las alteraciones. Recoge todas capacidades cognitivas como el lenguaje, memoria, orientación etc.
7. Patrón de auto percepción: Describe el concepto que uno tiene de sí mismo y su percepción (capacidades cognitivas, afectivas, físicas, imagen corporal, identidad, y patrón general emocional).
8. Patrón de rol y relaciones. Incluye la percepción de responsabilidad en su situación actual, satisfacciones o preocupaciones familiares, relaciones sociales y responsabilidades relacionadas con su rol.
9. Patrón de adaptación/tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para manejar el estrés, sistemas de apoyo familiar, capacidad para tomar decisiones solo o con ayuda, utilización de grupos de apoyo etc.
10. Patrón de valores y creencias. Describe las creencias de la persona que guían sus decisiones, lo que es percibido como importante en la vida, expectativas relacionadas con su salud etc.

Una vez recogidos los datos a través de los patrones funcionales de salud se debe agrupar, organizar y determinar el patrón de funcionamiento de cada área (funcionamiento positivo, alterado o riesgo de funcionamiento alterado).

la enfermería

3.1.2. Establecimiento de un Plan de Intervención

Una vez realizada la valoración se deberá llevar a cabo el plan de cuidados que indica los problemas específicos del paciente y las intervenciones prescritas para dirigir y evaluar los cuidados de enfermería administrados. Los planes de cuidados tienen los siguientes objetivos:

1. Representar diagnósticos de enfermería con los que trabajen todos los profesionales.
2. Proporcionar criterios de resultados y objetivos comunes para todo el equipo.
3. Disponer de un método para dirigir las intervenciones específicas a ejecutar por el personal de enfermería, otros profesionales, el anciano y la familia.
4. Disponer de métodos para posteriores revisiones y de evaluaciones de cuidados.
5. En el plan de cuidados debe incluir los siguientes elementos:
 - Enunciado diagnóstico.
 - Criterios de resultados que expresen los objetivos de enfermería, del equipo interdisciplinar y los del paciente.
 - Actuaciones o intervenciones de enfermería.
 - Evaluación del plan de cuidados.

Es importante establecer una serie prioritaria de diagnósticos en base a la identificación de aquellos que son preferentes respecto a otros ya que los recursos son limitados y la reducción en la duración de los cuidados también. Resulta imprescindible conocer cual es el problema mas importante para el usuario, con el objetivo de establecer prioridades.

3.1.3. Administración de los cuidados de enfermería. Planificación y ejecución de protocolos de enfermería

La intervención del profesional de enfermería se basa en proporcionar los cuidados sanitarios necesarios al usuario de Centro de Día, se rige por una serie de principios:

Planificación

El objetivo es determinar que se puede hacer para ayudar al usuario a conseguir un bienestar óptimo. Para ello se revisarán los objetivos, se establecerán prioridades y se designarán métodos para resolver los problemas identificados.

Implementación o ejecución

Consiste en iniciar y concluir las acciones necesarias para llevar a cabo los objetivos definidos. En los Centros de Día el profesional de enfermería debe trabajar de forma interdisciplinar consensuando tanto los objetivos como las actividades que se dirigen a conseguirlos.

Puede ocurrir que las actividades tengan que ser realizadas por los familiares, en cuyo caso el profesional de enfermería asume un papel docente importante.

Evaluación

Se valorarán los cambios que ha experimentado el anciano como consecuencia de las acciones llevadas a cabo, es decir, hasta que punto se cumplieron los objetivos.



Las actividades en el Centro de Día pueden ser:

1. Actividades a demanda

Son las acciones que se realizan en situaciones imprevistas y que requieren la intervención del profesional de enfermería. Es obligación del enfermero atender las demandas en materia de salud que presenta el usuario, con el objetivo de orientarle en su resolución, valorando en todo caso la gravedad o urgencia de la misma.

Ante una situación urgente, entendiéndolo como urgencia toda situación que requiere una atención inmediata para preservar la integridad del usuario, y dada la múltiple y variada causalidad que puede producir esta situación se han elaborado una serie de protocolos específicos (Anexo III), en los que se recoge entre otras, cuándo y cómo hay que reclamar al servicio de urgencias 112, siempre a criterio del profesional. La comunicación a la familia se debe realizar de forma inmediata.

En las situaciones en las que la situación no requiera atención inmediata, pero sea necesario una valoración médica especializada, se comunicará a la familia la necesidad de hacerse cargo de la situación, proporcionándoles un informe de lo sucedido.

2. Actividades programadas

Son las acciones que se realizan de acuerdo a los protocolos establecidos y aquellas otras que a criterio del profesional requieren un seguimiento de cuidados.

Son actividades programadas el seguimiento de patologías crónicas, las actividades preventivas protocolizadas o aquellas que a criterio del profesional se deban realizar de forma individual, siempre teniendo en cuenta que el responsable de la atención sanitaria directa es el Sistema Público de Salud. Son también actividades programadas el control y seguimiento de los distintos protocolos de actuación.

En el caso de las vacunaciones de la gripe estacional y del neumococo, aunque es competencia del Sistema Nacional de Salud, en algunos centros debido al perfil de los usuarios, se realiza esta actividad.

En estos centros, los profesionales de enfermería deben ser autorizados por el Centro de Vacunaciones de la Comunidad de Madrid para formalizar los registros pertinentes.

El control de las patologías crónicas debe ser realizado por el Equipo de Atención Primaria de su Centro de Salud. Sin embargo siempre con conocimiento y colaboración familiar, se realizará un seguimiento de las mismas en el Centro de Día.

Son actividades programadas de enfermería el trabajo según los distintos Protocolos (Anexo III):

1. Protocolo de Seguimiento de Patologías Crónicas.
2. Protocolos de Actividades Preventivas: Campañas de vacunación.
3. Protocolo de Higiene y Aseo personal.
4. Protocolo de Hidratación.
5. Protocolo de Incontinencia.
6. Protocolo de Riesgo de Atragantamiento.
7. Protocolo de Administración de Medicación y Cumplimiento Terapéutico.
8. Protocolo de Prevención de Ulceras por presión (UPP).
9. Protocolo de Nutrición.
10. Protocolo de Caídas.

la enfermería

3.2. Atención a las familias

La comunicación con las familias y / o cuidadores debe ser bidireccional, fluida, concreta, constante y fiable. El objetivo es conseguir que a través de esta coordinación la calidad de los cuidados del usuario sea óptima.

Esta actuación se realiza con dos vertientes:

- Información acerca de la evolución del usuario, así como de las incidencias que se presenten en el día a día, recomendaciones, consultas con otros profesionales de salud, etc.
- Formación a la familia sobre los cuidados necesarios en el domicilio, así como otras demandas en materia de salud, que surjan de parte de los cuidadores.

En función de las características del usuario, esta comunicación se podrá realizar a diferentes niveles: comunicación telefónica, cita previa con la familia, informes periódicos de valoración (Anexo IV), y en el caso de usuarios con deterioro cognitivo, mediante el documento diario de información.

3.3. Educación para la salud

El profesional de enfermería participará activamente en las actividades de educación para la salud propuestas por el equipo interdisciplinar, tanto en las dirigidas al usuario como a las personas que le atienden, profesionales.

La Educación para la Salud se desarrollará a tres niveles:

- Individual al usuario, en función de sus necesidades y sus problemas de salud.
- Grupal a los usuarios, sobre temas de interés general a nivel sanitario.
- Familiar, de forma individual y /o grupal.

Las herramientas para ejecutar estas actividades son:

- Charlas.
- Talleres.
- Hojas informativas, dípticos, etc.
- Audiovisuales.

La Educación para la Salud individual, tanto al usuario como a la familia o cuidadores, debe ser continuada y prolongada en el tiempo.

A nivel grupal, se realizarán, según estime el equipo multidisciplinar, un mínimo de 1 charla al mes. Los temas serán variados, según las necesidades de los usuarios y sus familiares, y en términos generales.

- Referidas a problemas clínicos, preventivos como nutrición, higiene, enfermedades crónicas, incontinencia, etc.
- Temas puntuales: vacunaciones, ola de calor, etc.
- Atendiendo a las necesidades: movilizaciones, cambios posturales, cuidados específicos, etc.

3.4. Investigación

La actividad investigadora en el ámbito socio sanitario va unida a la actividad asistencial del día a día. Es importante evaluar las actividades realizadas, la impronta de un determinado programa o protocolo, así como valorar las necesidades individuales y colectivas de la población objeto de nuestra atención.



3.5. Funciones administrativas

- Organizar el trabajo.
- Velar por la calidad asistencial.
- Garantizar la continuidad en la asistencia al usuario.
- Ayudar a definir protocolos.
- Racionalizar y contener los costes.
- Impulsar reformas.
- Definir normas de calidad.
- Coordinar en los sistemas de evaluación y autoevaluación.

E. El médico en el Centro de Día especializado en E. de Alzheimer y otras demencias

1. Introducción

Las características especiales de la Enfermedad de Alzheimer y en general del cuadro de Demencia, asociado a la forma especial de presentación de las enfermedades en el anciano como son la pluripatología, sintomatología larvada, tendencia a la cronicidad e dependencia, y elevado riesgo de síndromes geriátricos, junto con la polifarmacia, justifican la labor asistencial del médico en el Centro de Día especializado.

2. Objetivos

1. Realizar una valoración sanitaria completa de la situación basal del usuario al alta en el Centro de Día.
2. Prestar atención profesional a las necesidades básicas, en materia de salud, de los usuarios.
3. Prestar apoyo profesional a aquellos familiares que tienen la responsabilidad del cuidado de los usuarios.
4. Control de la evolución de los usuarios.
5. Coordinar las actuaciones sanitarias con los distintos profesionales responsables de la atención del usuario.
6. Formar y asesorar a los cuidadores-familiares en cuestiones específicas relativas al aspecto de la enfermedad que sea de su competencia.
7. Apoyar y asesorar al equipo interdisciplinar en temas de salud relativas a los usuarios del centro.

3. Actividades

3.1. Valoración inicial

El médico debe realizar una valoración geriátrica integral inicial antes o en el momento de la incorporación al Centro de Día. A la vista de esta valoración, se determinarán las necesidades y apoyos que el usuario necesita.

Se define la Valoración Geriátrica Integral como:

el médico

“La cuantificación de todos los atributos y déficit importantes, médicos, funcionales y psicosociales con el fin de conseguir un plan racional de tratamiento y de utilización recursos. Es importante cuantificar ya que se trata de objetivar el máximo posible, de medir o pesar, es necesario saber lo que una persona es capaz de hacer y no solo de lo que es incapaz”.

La valoración geriátrica integral (VGI) no tienen fin en sí misma, debe ir unida a la posibilidad de poder tomar decisiones en el aspecto médico, funcional y social para que el tratamiento posterior y/o la utilización de los recursos sean eficientes. *“La VGI es una herramienta necesaria para conseguirlo pero no suficiente”.*

Las herramientas utilizadas para la valoración Integral son:

3.1.1. **La Historia Clínica** (Anexo I) que consta de:

- Filiación: es importante cumplimentarla con datos obtenidos del propio paciente, ya que nos dará información fundamental sobre sus capacidades cognitivas. Son así mismo muy importantes los datos sobre los cuidadores y los responsables de salud.
- Antecedentes personales y familiares.
- Historia de la enfermedad: modo de inicio, duración, forma de evolución, primeros síntomas en aparecer; descripción del desarrollo de la enfermedad hasta el momento de la valoración geriátrica actual.
- Juicio Diagnóstico: se establecen los diagnósticos clínicos conocidos, los de reciente aparición o sospechados, así como los Síndromes Geriátricos detectados.
- Plan terapéutico: donde se fijan los objetivos a conseguir en la evolución del usuario.

3.1.2. **Los Test de Valoración Geriátrica** (Anexo II)

La aplicación de escalas es la mejor forma conocida de cuantificar. Deben reunir unas características especiales:

- Brevedad.
- Sencillez, que sean fáciles de entender.
- Utilización de escalas validadas.
- Capacidad para medir los pequeños cambios.

Las escalas no sustituyen al diagnóstico clínico.

Se dividen en los siguientes apartados o bloques:

1. Escalas de valoración funcional:

Valorando la habilidad y capacidad para el autocuidado e independencia en su medio ambiente.

Entendemos por incapacidad a cualquier restricción o pérdida de la capacidad para realizar actividades en la manera o en el rango considerado normal para el ser humano.

Existen diferentes escalas y el médico de Centro de Día especializado utilizará los siguientes test, teniendo en cuenta que otros profesionales realizarán otros que completarán el perfil del paciente:

- Índice de Barthel.



- Escala de Lawton.
- Escala de Blessed.
- Functional Assessment Staging (F.A.S.T).

2. Escalas de valoración cognitiva y conductual:

El estudio de la capacidad mental del usuario es imprescindible para establecer un programa terapéutico individualizado.

La depresión siempre debe ser valorada en el enfermo de Alzheimer, la sintomatología depresiva considerada relevante aparece alrededor de 10,6 al 29,8% de los enfermos, parte de las discrepancias aportadas por diversos estudios surgen de las dificultades que comporta el diagnóstico diferencial demencias versus depresión. Hay algunas alteraciones en la conducta de los pacientes con depresión que se observa frecuentemente en los pacientes dementes independientemente de su grado de deterioro, la menor detección de depresión en estadios severos de la enfermedad puede deberse a las dificultades que comporta la detección de ciertos síntomas psicopatológicos en este grupo de pacientes.

Las escalas cognitivas: son instrumentos transversales que permiten objetivar la situación de un paciente concreto en un momento determinado en el tiempo. Los más utilizados son:

- Mini-Examen cognoscitivo de Lobo (M.E.C.).
- Test de los 7 minutos, que agrupa: el Test del Reloj a la orden y a la copia, el Set test, el Test de orientación de Benton y el Test del Recuerdo libre y facilitado de Buschke.
- BCRS.
- Escala de Blessed.

Las escalas conductuales:

- Behaved: mide alteraciones de conducta en el momento actual y las clasifica en 3 grados dependiendo de la repercusión en el ámbito familiar o cuidador principal y en si existe peligro físico para el paciente.
- NPI: mide alteraciones de conducta y permite la toma de decisiones en cuanto a priorizar el tratamiento.

Estas escalas se complimentan con el enfermo y la familia presente, pero puede ser el psicólogo del centro el responsable de administrarlas.

3. Escalas de valoración socio-familiar:

Es necesario realizar una valoración de la situación familiar y sobretodo de la capacidad y sobrecarga del cuidador principal:

- Test de Zarit: ofrece una visión del grado de sobrecarga del cuidador, esta escala se entrega a la familia, que la devolverá cumplimentada en el plazo más breve posible.

4. Escalas para la estadificación de la enfermedad:

La utilidad de clasificar las diferentes fases de la demencia es evidente ya que ayuda al diseño terapéutico y a la planificación de los cuidados. Se utilizan las siguientes escalas:

- Functional Assessment Staging (FAST). Cuantificando el aspecto funcional del deterioro.
- Global Deterioration Scale (GDS): clasifica o estadía la enfermedad en 7 grados.

el médico

La cumplimentación de los test referidos, tanto funcionales como cognitivos, conductuales, de sobrecarga, se decidirá en el equipo interdisciplinar. Todos las escalas, independientemente del profesional que los administre, figuran en el Anexo II y deben ocupar un espacio conjunto en el expediente único.

3.2. Actividad asistencial

3.2.1. Clínica

En la actividad diaria del médico se atenderán:

1. Consultas a demanda, que en algunos casos requerirán la derivación al médico de Atención Primaria. En todos los casos, se informará a la familia y se dejará registrada la consulta o incidencia en la historia sanitaria, informando a los profesionales necesarios, las consecuencias o tratamientos recomendados.
2. Actualización de las incidencias en el evolutivo del usuario, y revisión de los cambios de medicación y de los nuevos informes médicos que aporten.
3. Coordinación con los restantes profesionales del equipo.
4. Revisión de los usuarios a los que se les ha puesto nuevo tratamiento recientemente o se incorporan tras cursar baja por enfermedad, debiendo aportar informe médicos.
5. Detección precoz y sospecha de problemas de salud: Infecciones urinarias, respiratorias, crisis hipertensivas, alteraciones en el control glucémico, Síndromes Geriátricos etc.
6. Detección precoz de trastornos psicopatológicos o de comportamiento y recomendaciones terapéuticas de los mismos.
7. Realización de informes médicos de diversa índole:
 - Revisiones profesionales: neurólogo, psiquiatra, etc.
 - Certificados de defunción y otros si es necesario.
 - Otros informes a petición de la familia.
8. Prescripción de dietas, o cambio de las mismas. y control de la adecuación de las dietas de cada usuario, detección precoz de problemas de disfagia, o de mecánica de la comida, en colaboración con el DUE del Centro.
9. Atención a familias a demanda, bien por cita, bien telefónicamente.
10. Control semestral complementado con la revisión de todo el equipo multidisciplinar, para poder, de esta manera, actualizar el plan de actuación personalizado (PAP) (Anexo IV).

3.2.2. Actividad preventiva

1. Salud Pública: El médico debe alertar del inicio de las campañas anuales de vacunación para mayores así como ante cualquier incidencia en materia de salud pública que se presente, control de enfermedades transmisibles etc.
2. Prevención de Riesgos: el médico es corresponsable de alertar y pautar actuaciones para la prevención de riesgos como caídas, UPP, situaciones que desencadenan trastornos de conducta, crisis hipertensivas, riesgo de atragantamiento etc.

3.2.3. Actuación en un Centro de Día integrado

El Centro de Día integrado consta de dos tipos de estancias:

- Centro de Día especializado en Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

pág.
44-45



- Centro de Día para mayores con deterioro físico dirigido a los mayores que empiezan a tener dificultades para llevar una vida personal y social normal, con el objetivo principal de promover un estilo de vida activo y mantener unos niveles funcionales satisfactorios.

La función del médico se basa en:

1. Seguimiento de la evolución cognitiva de los usuarios:
Todo el personal técnico, incluido el médico, han de considerar el carácter dinámico del centro. De tal modo que debe de existir una movilidad de los usuarios entre ambas estancias, siempre basándose en la evolución del deterioro cognitivo y la adaptación del paciente a las distintas terapias.
2. Atención de las consultas urgentes:
La atención ante situaciones de urgencia estará protocolizado en el Centro de Día: Crisis hipertensivas, descompensación de la glucemia basal, caídas, atragantamientos, cuadros sincopales, sospecha de enfermedades transmisibles etc. Siempre se valorará la gravedad de la urgencia por si fuera necesario contar con la colaboración de otros servicios.

3.2.4. Actuación según protocolos (Capítulo 3)

Se intentará mantener la intervención sanitaria siguiendo pautas protocolizadas. En el momento actual tenemos varios protocolos de actuación sanitaria sin perjuicio del establecimiento de cuantos se necesiten en un futuro:

- Protocolos de urgencias sanitarias: Crisis Hipertensiva, Hipo e Hiperglucemia, RCP básica. Estos protocolos deben estar en lugar visible, de fácil acceso en el despacho médico o de enfermería, y ser perfectamente conocido por éste.
- Protocolos ante enfermedades transmisibles: Tuberculosis, Hepatitis, VIH, Herpes Zoster, Infecciones Respiratorias, Sarna, Pediculosis, brote de gastroenteritis. Estos protocolos hacen referencia a los cuadros clínicos y mecanismos de transmisión así como a las medidas a tomar ante un caso o brote, indican los pasos a seguir en cuanto a aislamiento, declaración y actuación.
- Protocolo de intervención ante cuadros psicopatológicos. Este protocolo indica los pasos a seguir ante un usuario con trastornos conductuales, la necesidad de la información a la familia /cuidadores y la colaboración con los médicos de Atención Primaria y especialistas responsables de la atención del enfermo.
- Protocolo de Sujeciones mecánicas. Cuando sea necesario pautar una sujeción mecánica en un usuario, bien por trastornos conductuales de forma puntual, bien por riesgo de caídas o por otro motivo, tanto en el Centro de Día como en los desplazamientos en ruta, debe ser pautado por el médico, informada la familia, y revisado periódicamente. El documento a cumplimentar (Anexo IV) y sus revisiones debe estar incorporado en el expediente único.

Todos los protocolos referidos se encuentran especificados en el capítulo 3.

3.3. La relación con los servicios de salud

Los usuarios de los Centros de Día especializados son personas enfermas, es deseable actuar coordinadamente con los servicios de salud implicados, mantener algún tipo de relación tanto con Atención Primaria como Especializada, especialmente con neurología, psiquiatría o geriatría.

el médico

Entre los Centros de Día, los Centros de Salud, la red de Salud Mental, los Ambulatorios de Especialidades y las Unidades de Hospitalización (también los servicios médicos privados como Sociedades a los que acude el paciente) debe establecerse alguna forma de comunicación de médico a médico, cuando las necesidades así lo requieran.

3.3.1. Relación con atención primaria y especializada

Es necesario coordinar esfuerzos entre ambas partes, consensuar tratamientos, informar al especialista o recabar información de las unidades de hospitalización sobre la evolución, posible fecha de alta, etc.

Para facilitar esta comunicación es necesario recoger, en la historia clínica, datos sobre el médico de atención primaria, centro de trabajo, correo electrónico, teléfono y horario de atención. Datos sobre los posibles médicos especialistas que intervengan en el caso.

La forma habitual de coordinación es la conversación telefónica. En ocasiones es difícil conseguir este contacto por diferentes motivos. La primera toma de contacto es importante para conseguir una futura relación fluida y es recomendable no finalizar la conversación sin ofrecer el teléfono y/o correo electrónico del Centro de Día.

Puede ser necesario comunicar información a través del fax, teniendo en cuenta los requisitos que exige la Ley de Protección de Datos. También pueden usarse cartas o documentos estandarizados firmado con sello y entregado al familiar, tutor o cuidador para que se lo haga llegar al médico en sobre cerrado.

3.3.2. Con los servicios de urgencias

La necesidad de contactar con los servicios de urgencias es un hecho, ya que las situaciones que lo requieren, aparecen con relativa frecuencia.

Estamos hablando de complicaciones que no puedan resolverse en el centro o que por su gravedad potencial o por poner en serio peligro la vida del paciente aconsejan una actuación médica inmediata. Son el médico y/o enfermero las personas que se deben poner en contacto con el 112, en ausencia de ambos, puede ser cualquier profesional del centro quien realice la gestión.

En paralelo, el coordinador o el trabajador social del Centro, debe avisar a la familia del paciente informando de la situación, y si el servicio de urgencias decide el traslado al hospital, se informará a la familia de este hecho y del centro hospitalario al que se deriva.

Si el usuario viviera solo y no tuviera ningún familiar, tutor o cuidador, el trabajador social del centro o el coordinador deberá ponerse en contacto con los trabajadores sociales del centro sanitario para exponer este hecho.

3.4. Relación con el enfermo, la familia y cuidadores

3.4.1. Relación médico-paciente basada en el respeto y la confianza mutua

La relación médico-paciente está basada en el respeto y la confianza mutua, que conduce a la mejora y/ o a la resolución de los problemas de salud y calidad de vida de los pacientes y de sus familiares. Dicha relación ha de ser exquisita y cuidadosa teniendo siempre presente, por parte del médico, la gran repercusión que puede tener esta enfermedad en el propio paciente y en sus



familiares. Sobre todo es fundamental establecer un vínculo adecuado con el cuidador principal y/o persona de contacto que puede ser determinante para la evolución del usuario en el Centro de Día.

Serán informados de todos los cambios, tanto positivos como negativos, que se produzcan. Establecer una relación cordial con el cuidador principal nos va a facilitar nuestra labor profesional y redundará en beneficio para el interesado y su familia.

3.4.2. Entrevista de acogida

Es el coordinador o trabajador social la persona que tienen el primer contacto con el usuario y su familia. Esta entrevista coincide con la Valoración inicial. Es importante tener en cuenta:

- Grado de tolerancia y conciencia de la enfermedad, de la familia y el afectado, la sobrecarga percibida, expectativas de la familia, información sobre la enfermedad, (datos muy importantes para tratar en la reunión interdisciplinar).
- Grado de información sobre el Centro de Día y otros recursos disponibles.

3.4.3. Relación con la familia

La familia debe ser informada de todos los problemas de salud que se detecten en el usuario, se le darán los informes necesarios para el médico de atención primaria y/o neurólogo, y se solicitarán las pruebas complementarias y las indicaciones terapéuticas que considere adecuadas.

La aparición de trastornos psicológicos y conductuales, repercute negativamente en el usuario, en el entorno familiar y altera la dinámica del Centro de Día. Es muy importante una detección precoz e intervención rápida y eficaz, para esto, es fundamental una coordinación óptima entre todo el equipo interdisciplinar.

Cuando el médico o cualquier profesional del centro percibe la situación de sobrecarga familiar y claudicación del cuidador principal debe actuar para tomar las medidas más adecuadas en cada caso. En definitiva, el médico va a seguir los pasos del enfermo, del cuidador principal y de la familia, desde que realiza la primera valoración del paciente, y este es dado de alta en el Centro de Día.

3.5. Educación para la salud

La educación para la salud es un cometido indiscutible de los profesionales sanitarios del Centro de Día, médico y DUE. Se realizará en la consulta, y a nivel grupal, mediante charlas programadas.

Las charlas tienen un objetivo formativo e informativo y son impartidas por el equipo sanitario, encaminadas a un mejor conocimiento de la enfermedad y del manejo de las mismas. Hay dos tipos de charlas:

- Destinadas a familias y cuidadores principales.
- Destinadas a profesionales del propio centro.

Los temas a tratar son muy variados y en general pueden ser impartidos en colaboración con el resto de los profesionales del Centro de Día. Es importante conocer las necesidades de formación que tiene la familia o cuidadores, en general podemos apuntar los siguientes temas:

- Temas relacionados con la enfermedad: Deterioro cognitivo y demencias. Trastornos de conducta asociados a las demencias, manejo y tratamiento.

el médico

- Alimentación y Nutrición, trastornos de la alimentación.
- Temas de salud en general: Incontinencia. Prevención de caídas y otros accidentes. Uso apropiado de medicamentos. Patologías prevalentes (Diabetes. Hipertensión etc).
- Temas puntuales: Ola de Calor, Vacunaciones.
- Cualquier otro tema solicitado por las familias y cuidadores.

La empresa gestora del recurso municipal de Centro de Día tiene la obligación de promover y procurar formación a sus trabajadores, pero el médico y la enfermera, debido a su cualificación como agente responsable de educación para la salud, deben realizar actividades con el resto del personal del centro en temas que sean de interés para el trabajo diario.

3.6. Investigación y docencia

3.6.1. Investigación

El médico en un Centro de Día debe investigar, y puede hacerlo trabajando sólo o en equipo (con otros técnicos del mismo Centro de Día, con otros colegas etc.). Dada la naturaleza intrínseca del recurso de Centros de Día, esta investigación necesariamente ha de producirse en el ámbito interdisciplinar.

La investigación no es algo diferente del desempeño y se puede argumentar que forma parte de éste. El médico de un Centro de Día debe incorporar la práctica de la investigación como un elemento más del desempeño de su labor.

Para investigar es necesario algo más que la propia voluntad de hacerlo, el investigador precisa formación específica sobre el método científico, las técnicas de investigación y los aspectos éticos de la misma. Esta formación debe extenderse a las herramientas informáticas que precisa el investigador.

Dado que la investigación tiene que ver con el incremento de conocimientos, queda claro que los resultados de ésta deben divulgarse tanto a la comunidad científica cómo a otros estamentos interesados.

3.6.2. La docencia

La docencia forma parte de la labor diaria del médico del Centro de Día, excluyendo las charlas de Educación para la Salud, se basa fundamentalmente en:

Las sesiones clínicas se consideran de gran importancia para la formación continuada de los profesionales sanitarios.

La exposición de temas en sesión monográfica o de casos clínicos de contenido socio sanitario complejo y las actuaciones emprendidas para su resolución, que permiten el debate entre profesionales y aportan un valor incuestionable para el aprendizaje.

Desde otro punto de vista, las reuniones entre los profesionales sanitarios están orientadas al planteamiento de problemas, comunicación de incidencias, aporte de sugerencias y unificación de criterios.

La docencia debe tener en cuenta siempre consideraciones respecto al tiempo, el lugar y hacia quién está dirigida, saber a quién se va a impartir, es necesario para adecuar el lenguaje y el tono de lo que se ha de decir para llegar al máximo número posible de personas.



F. El psicólogo en los Centros de Día especializados en E. de Alzheimer y otras demencias

1. Introducción

El psicólogo como parte del equipo interdisciplinar garantiza una atención de calidad. Es un profesional dotado de un cuerpo de conocimientos y habilidades que le permiten intervenir de una manera altamente cualificada y eficaz en las áreas cognitiva, afectiva, conductual, y psicosocial, evaluar las mismas y elaborar programas de intervención psicológica concretos, ajustados a la competencia del usuario.

Además de una labor preventiva, puede y debe practicar su labor más clínica interviniendo en trastornos psicológicos y conductuales, cuadros depresivos, atención al duelo..., y realizando una importante labor psicoeducativa con la familia y el usuario.

Los psicólogos pueden y deben comprometerse para trabajar en las tres directivas del plan internacional sobre envejecimiento 2002: "Desarrollo para un mundo que envejece, fomentar la salud y el bienestar en las personas mayores y asegurar entornos facilitadores y de apoyo".

(extraído de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, Madrid abril 2002, y del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002)

2. Objetivos

2.1. Con el usuario

Objetivo general: Mejorar la salud, bienestar, calidad de vida y desarrollo humano en el envejecimiento patológico.

- Facilitar la permanencia del usuario en su entorno.
- Ralentizar la progresión del deterioro cognitivo.
- Prevenir e intervenir en los trastornos psicológicos, conductuales, afectivos y emocionales.
- Favorecer la socialización y las relaciones afectivas.

2.2. Con la familia

Objetivo general: Disminuir el nivel de sobrecarga emocional que provoca el cuidado:

- Asesorar sobre el proceso evolutivo de la enfermedad, recursos disponibles, y sobre todo aquello que el profesional considere útil para la familia. En este sentido es imprescindible la coordinación y el trabajo interdisciplinar eficiente.
- Formar en estrategias y habilidades de afrontamiento y autocuidado.
- Proporcionar apoyo emocional.

2.3. Con el personal

Objetivo general: prevenir y reducir el estrés laboral del personal de atención directa en beneficio de una mayor calidad del cuidado. Fomentar la cooperación interdisciplinar (la atención al usuario es mucho más que la suma de actuaciones profesionales dispensadas por los miembros del

el psicólogo

grupo). Solo cooperando y trabajando conjuntamente con otros profesionales desde una visión interdisciplinar podemos llegar dar respuesta a la complejidad.

- Asesorar sobre la naturaleza de la enfermedad y sus repercusiones.
- Contribuir con el resto del equipo multidisciplinar en la elaboración y puesta en marcha del programa de formación al equipo de auxiliares.
- Formar en estrategias y habilidades de afrontamiento.
- Proporcionar apoyo emocional en aspectos relacionados con el cuidado.
- Fomentar su participación en la dinámica del centro.

2.4. Con el contexto ambiental

Objetivo general: hacer del centro un entorno que favorezca la autonomía del usuario. En este sentido se hace imprescindible el trabajo interdisciplinar con el terapeuta ocupacional.

- Disponer los elementos favorecedores de orientación temporoespacial.
- Procurar un entorno cálido, tranquilo, adecuado a las actividades que se van a realizar en el.
- Evitar la sobreestimulación ambiental (TV, hilo musical..).
- Dar pautas de comunicación sosegada, tranquila.
- Adecuar la iluminación para evitar percepciones erróneas.
- Facilitar circuitos seguros para la deambulación.

3. Funciones

Están dirigidas a:

- 3.1. Los usuarios.
- 3.2. Las familias.
- 3.3. Al personal del Centro de Día.
- 3.4. Al Contexto del Centro de Día.

3.1. Dirigidas a los usuarios

3.1.1. Valoración Inicial

Colaboración en la evaluación inicial del nuevo usuario y su familia. Una vez mas el trabajo interdisciplinar favorecerá un comienzo optimo en la intervención con la familia y el usuario. Se trata de una evaluación pormenorizada del posible nuevo usuario y su familia, con el objetivo de conocer la situación cognitiva, conductual y relacional, y valorar su adaptación al centro y los problemas que en este periodo se pudieran presentar.

Junto con la historia psicológica se cumplimentarán los tests de valoración, necesarios para proporcionar una orientación de su situación psicoafectiva. Al ingreso, en coordinación con el médico, se realizara el test Mini Mental (MEC/SIB), la escala de deterioro global (GDS), el test Cornell o Yesavage (valorar trastorno depresivo), Hamilton (valorar trastorno ansioso) y el NPI o Behave (valorar alteraciones del comportamiento).

En la consulta de valoración inicial se procederá a pautar medidas para la prevención, detección y tratamiento de alteraciones psicológicas, emocionales y comportamentales.



3.1.2. Acogimiento del usuario

Con el objetivo de favorecer la adaptación al centro:

- Facilitar el impacto del diagnóstico y el proceso de adaptación.
- Evitar el aislamiento social.

3.1.3. Trabajo interdisciplinar

El psicólogo, como miembro del equipo multidisciplinar participa en el diseño y desarrollo de los planes de atención personalizada (PAP) de cada usuario, siempre en el marco de un trabajo interdisciplinar, con los siguientes objetivos:

- Favorecer el ajuste del nuevo usuario al CD: evaluación continuada y seguimiento del nuevo usuario, toma de decisiones que sirvan para prevenir las consecuencias negativas y optimizar las positivas.
- Apoyar la adhesión terapéutica y la toma de decisiones.
- Identificar recursos para impulsar fortalezas.
- Detectar y comunicar necesidades específicas de los pacientes al resto del equipo.
- Favorecer el ajuste de expectativas.

Participa en la reunión interdisciplinar y aporta la visión objetiva para la adecuación de las terapias a las necesidades psicológicas del usuario.

3.1.4. Puesta en marcha de terapias cognitivas y psicoafectivas

El psicólogo es responsable de las terapias cognitivas y psicoafectivas que se realizan con el usuario, así como de su seguimiento y evolución. Estas terapias tienen los siguientes objetivos:

- Ayudar a afrontar la enfermedad después de las primeras etapas.
- Reducir la experiencia de sufrimiento: emocional, afectivo, relacional y social.
- Fortalecer conductas que favorezcan la autonomía y la autoestima del enfermo.
- Favorecer las relaciones, la comunicación afectiva intrafamiliar y la conservación de roles.
- Ayudar a afrontar la incertidumbre, las pérdidas y los momentos de frustración.
- Orientar, acompañar y apoyar en situación de crisis.

3.1.5. Seguimiento de la evolución del usuario

Se realiza una valoración continuada de su funcionamiento cognitivo/ trastornos del estado de ánimo / alteraciones comportamentales del usuario y de su familiares, tratando de paliar cualquier incidencia mostrada.

3.2. Dirigidas a las familias

A la hora de trabajar en un campo como la enfermedad de Alzheimer, es fundamental tratar de llevar una misma línea en el tratamiento y seguimiento del enfermo y del familiar / cuidador. Si el cuidador acepta, asume y colabora en el tratamiento se conseguirá que el usuario esté más tranquilo, más relajado y a buen seguro que las alteraciones psicológicas y conductuales se den en menor medida.

Es fundamental transmitir al cuidador que de nada sirve que el usuario se mantenga o mejore con los distintos tratamientos si no se mantiene en el domicilio la misma dinámica.

el psicólogo

Para lograr estos objetivos, el psicólogo debe incorporar las siguientes funciones.

3.2.1. Conocimiento de la dinámica familiar y la calidad del cuidado

Además de la entrevista inicial, para la valoración del usuario y su familia, el psicólogo debe mantener cuantas entrevistas considere necesarias, telefónicas o presenciales con la familia y / o cuidadores. Es necesario:

- Conocer los problemas psicológicos, estrés y capacidad de afrontamiento y manejo que tiene el cuidador o cuidadores ante las situaciones difíciles.
- Prevenir la sobrecarga del cuidador y posibles malos tratos.
- Ayudar a reconocer la claudicación familiar.
- Este conocimiento es vital para intervenir.

3.2.2. Promoción de la relación y colaboración entre familia y equipo interdisciplinar

Una relación de empatía entre el equipo interdisciplinar y la familia, es la base para establecer una adecuada atención al paciente, en muchas ocasiones, el psicólogo puede ser el punto de unión entre ambos.

A partir de la primera entrevista, deben producirse las sugerencias y recomendaciones de actuación precisas:

- Favorecer la adaptación y toma de contacto con la realidad de la enfermedad.
- Normalizar las emociones de ira, cólera, miedo, culpa, ambivalencia afectiva, angustia, etc.
- Fortalecer la comunicación sana y positiva con el usuario y con la familia.

3.2.3. Apoyo y orientación al cuidador y familias

El cuidar de un mayor dependiente supone realizar una serie de ajustes en la vida personal / laborar / social que producen, en muchas ocasiones, sintomatología ansioso-depresiva. Es fundamental el apoyo/información puntual facilitado por el psicólogo, y a veces, es necesaria una intervención mas prolongada e intensa. Esta necesidad se percibe en la valoración inicial o a través de conversaciones telefónicas o a demanda del usuario. Será el profesional quien determinará sus posibilidades terapéuticas o bien tomara la decisión de derivar el caso. La intervención debe ir orientada a:

- Facilitar la aceptación del diagnóstico.
- Identificar e intervenir en la conspiración del silencio.
- Ayudar a prever momentos y situaciones críticas de la enfermedad y proporcionar apoyo emocional.
- Formar en el manejo básico de conductas desadaptativas.
- Aportar pautas para la gestión del estrés.
- Fomentar los contactos sociales y las actividades de ocio.
- Preparar el momento del fallecimiento, conocer las emociones implicadas y como será el proceso.
- Formar en habilidades de afrontamiento y autocuidado.



3.3. Dirigidas al personal y al contexto

3.3.1. Formación

El psicólogo debe realizar formación y tutelaje al personal del centro en aspectos relacionados con el cuidado y la atención, que ayude a reducir el estrés laboral.

Es función del psicólogo formar, entre otros, sobre los protocolos directamente elaborados como son:

- Protocolo de agitación en personas dependientes psíquicas. Dando normas de prevención, reconocimiento y actuación.
- Protocolos de agresividad en personas dependientes psíquicas: explicando los motivos desencadenantes de episodios de agresividad, prevención y actuación ante los mismos.
- Protocolo de comunicación con el enfermo de Alzheimer.

3.3.2. Intervenciones encaminadas a hacerles partícipes en la dinamización del centro

El equipo interdisciplinar elaborará mecanismos que potencien y faciliten la participación de todo el personal en la dinámica del centro.

3.3.3. Intervenciones de modificación ambiental

Se estudiarían las posibilidades de modificación ambiental en el centro con el objetivo de favorecer las condiciones idóneas y el mejor diseño físico y organizacional que favorezca las competencias del usuario del Centro de Día.

4. Programas de atención psicológica

Podemos dividirlos en:

- 4.1. Intervenciones dirigidas al usuario.
- 4.2. Intervenciones dirigidas a los cuidadores.
- 4.3. Intervenciones dirigidas al personal.
- 4.4. Intervenciones en el diseño y cambio ambiental en el centro.

4.1. Intervenciones dirigidas al usuario

4.1.1. Terapias de aproximación emocional

Son terapias que estimulan el estado de ánimo del paciente y refuerzan su conducta social.

Programa de habilidades sociales

Objetivos

- Mejorar y desarrollar las habilidades sociales.
- Mejorar la interacción entre los usuarios.

Metodología

- Dinámicas de relación social.

el psicólogo

Destinatarios

- Usuarios en fase leve / moderada.

4.1.2. Terapias de aproximación conductual

Los enfermos con demencia además de los trastornos cognitivos también suelen presentar trastornos de conducta o neuropsiquiátricos como las reacciones catastróficas o la irritabilidad, la deambulación, la desinhibición, la suspicacia o ideas de perjuicio, etc.

Estas alteraciones tienen graves consecuencias negativas para los pacientes, como son el deterioro de la calidad de vida y una disfunción cada vez mayor en las actividades de la vida diaria. También constituyen la principal causa del estrés psicológico, la depresión y la sobrecarga que sufren los cuidadores.

El enfoque no farmacológico puede funcionar de igual manera que el farmacológico y con menores efectos secundarios. El abordaje inicial cuando aparecen los trastornos de conducta debe consistir en intervenciones no farmacológicas como primer paso. Es importante reseñar que la modificación de los antecedentes es preferible a la modificación de los consecuentes por ser más sencilla y menos manipulativa.

Programa de manejo de conductas disruptivas

Objetivo

- Prevención, tratamiento y orientación sobre manejo de conductas disruptivas.

Metodología

- Terapia de validación.
- Refuerzo positivo.
- Refuerzo en la práctica.
- Control de la comunicación no verbal.

Destinatarios

- Usuarios de cualquier nivel de deterioro.

4.1.3. Terapias de aproximación cognitiva

Programa de estimulación cognitiva

El concepto sobre el que se asienta este tipo de intervención, es la *neuroplasticidad*, entendida como la capacidad plástica del cerebro, que le permite adaptarse a las nuevas situaciones y restablecer el equilibrio alterado, después de una lesión, existe neuroplasticidad incluso en la persona que padece demencia, si bien en menor intensidad. Esta capacidad de aprendizaje se manifiesta en los cambios de conducta, en la adecuación a nuevos estímulos y ambientes, en la mejora de habilidades instrumentales, abandonadas por el desuso, y en la adquisición de esquemas y estrategias.

Objetivos

- Recuperación y en su defecto, mantenimiento de las funciones mentales superiores.
- Dar seguridad e incrementar la autonomía personal.



- Favorecer la neuroplasticidad, mediante la presentación de estímulos, debidamente estudiados, que permitan ejercitar las capacidades intelectuales, emocionales y relacionales de la persona, de forma integral.

Metodología

- Ejercicios en los que se presentan estímulos adecuados al grado de deterioro del usuario y que estimulan funciones cognitivas como: memoria, lenguaje, praxias, orientación, esquema corporal, atención / concentración, lectura y escritura, funciones ejecutivas, reconocimiento y cálculo.
- Clasificación en grupos homogéneos según el nivel de deterioro de los usuarios (leve, moderado y severo).

Destinatarios

- Usuarios en fase de deterioro leve y moderado.

Terapia cognitiva simple: estimulación sensorial e integración

Objetivos

- Estimular las capacidades residuales en usuarios en fase severa: afectividad, ritmo y capacidad de imitación.

Metodología

- Ejercicios en los que se presentan estímulos adecuados al grado de deterioro.

Destinatarios

- Usuarios en fase moderada- avanzada.

Orientación a la realidad

Objetivos

- Mantener el vínculo entre el usuario y el mundo exterior.
- Tratamiento de las alteraciones de la memoria, desorientación temporo-espacial y personal y problemas de confusión.

Metodología

- Diarios guiados, recuerdo de vida estructurados.
- Calendarios.
- Lectura de periódico y noticias.
- Letreros indicativos en la arquitectura interior del centro.

Destinatarios

- Usuarios en fase leve o moderada.

el psicólogo

Programa de reminiscencia

Objetivos

- Activar el recuerdo de hechos personales.
- Favorecer la socialización recuperando recuerdos y vivencias comunes.

Metodología

- A través de estímulos que hagan evocar recuerdos antiguos (objetos, fotografías, olores, texturas, gusto y sonidos).
- Libro de memoria personal.

Destinatarios

- Usuarios en cualquier fase del deterioro cognitivo adecuándolo a sus capacidades.

Terapia de validación

Objetivos

- Empatizar y respetar al usuario.
- Aceptar y validar la conducta del usuario.

Metodología

- Comunicaciones con el usuario.

Destinatarios

- Usuarios en fase avanzada.

4.1.4. Terapias de aproximación a la estimulación

Son las terapias de actividad o recreativas (programa de dinamización y ocio).

Objetivos

- Utilizar el ocio como elemento terapéutico.
- Fomentar la participación, expresión, iniciativa y afectividad de los usuarios.
- Contribuir al bienestar físico y psíquico.
- Fomentar la socialización entre usuarios.
- Orientar temporalmente a los usuarios.
- Realizar actividades sociales gratificantes.

Metodología

- Actividades de carácter físico: psicomotricidad, paseos.
- Actividades de carácter social: excursiones, encuentros intergeneracionales.
- Actividad de carácter artístico: manualidades, pintura, música, baile.



4.1.5. Programa de adaptación al centro

Objetivos

- Favorecer el ajuste del nuevo usuario al centro.
- Prevenir las consecuencias negativas.
- Orientar a la familia.
- Optimizar las consecuencias positivas.

Metodología

- Evaluación previa al ingreso:
 - a) Evaluación del estado psicológico del usuario.
 - b) Condiciones sociales de la familia.
 - c) Condiciones psicológicas de la familia (problemas psicológicos, estrés, capacidad de afrontamiento, estado emocional del cuidador, cargas psicosociales familiares, capacidad de manejo en situaciones de agitación, agresividad, insomnio o dificultad para dormir y deambulación).
- Evaluación continuada y seguimiento del usuario.

Destinatarios

- Usuarios de nuevo ingreso.

4.2. Intervenciones dirigidas a los cuidadores

4.2.1. Programa de grupos de formación a cuidadores

Objetivos

- Proporcionar conocimientos y habilidades para cuidar mejor y autocuidarse.
- Desarrollar habilidades para manejar situaciones difíciles.
- Desarrollar estrategias y habilidades para practicar el autocuidado.
- Evitar el Síndrome de Sobrecarga.

Metodología

- Dossier informativo con los conocimientos que se van a impartir.
- Sesiones educativo-terapéuticas donde se fomenten la participación.

Destinatarios

- Familiares de los usuarios del centro.

4.2.2. Programa de grupos de autoayuda

Objetivos

- Ofrecer apoyo social de tipo emocional e informativo.
- Compartir experiencias y problemáticas.
- Intercambio de estrategias de afrontamiento.
- Reconocerse en grupo de iguales.
- Expresión de sentimientos y opiniones.

el psicólogo

- Catarsis emocional.
- Evitar Síndrome de Sobrecarga.
- Colaborar y participar en el proceso rehabilitador.

Metodología

- Role playing.
- Ejercicios de grupo.
- Discusiones en grupo.
- Exposición teórica.

Destinatarios

- Grupos de 12 familiares máximo.

4.2.3. Programa de orientación y apoyo psicológico al cuidador

Objetivos

- Orientar a las familias frente al desarrollo de las enfermedad.
- Psicoterapia de apoyo.
- Catarsis emocional.

Metodología

- Entrevistas individuales.

Destinatarios

- Familia.

4.3. Intervenciones dirigidas al personal

4.3.1. Programa de formación al cuidador formal

Objetivos

- Dotar de conocimientos y habilidades.
- Proporcionar recursos de autocuidado.
- Evitar el síndrome de "Burn Out".

Metodología

- Grupos de discusión.
- Role playing.

Destinatarios

- Personal del Centro de día.



4.4. Intervención en el diseño y cambio ambiental en el centro

Programa de intervención ambiental

Objetivos

- Optimizar la influencia de las condiciones ambientales y diseño físico sobre el comportamiento de los usuarios.
- Optimizar el aprovechamiento de los recursos.

Metodología

- Implantación de Ayudas Externas en el C.D.
- Diferenciación de salas y grupos.
- Terapias de presencia simulada (Video con imágenes o sonidos familiares).



centros de día
municipales
modelos de atención

capítulo 3

protocolos de actuación



A. Protocolos en enfermedades transmisibles

Protocolo de sarna o escabiosis

Justificación

La sarna o escabiosis es una dermatosis parasitaria producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*. La palabra escabiosis proviene del término latino *scabere* que significa rascado.

Es un problema frecuente de salud pública, que está en relación a los problemas sociales, hacinamiento y condiciones higiénicas deficientes.

Las personas encamadas, mayores dependientes, pacientes con infección por VIH/SIDA y otros pacientes inmunodeprimidos, son más susceptibles, presentando además un alto recuento de ácaros, con características clínicas que constituyen un cuadro bien definido denominado "Sarna Noruega".

Epidemiología

El hombre es el principal reservorio de la sarna humana.

Su mecanismo de transmisión es directo, por contacto entre persona a persona. La posibilidad de contagio es de un 73-85%, en condiciones higiénicas deficientes.

La transmisión a través de fomites (instrumentos) es escasa. La higiene personal no necesariamente evita el contagio, pero puede variar la forma de presentación clínica, haciendo la enfermedad más leve y de difícil diagnóstico.

La edad es un factor que influye en la prevalencia de la sarna, pues se ha demostrado que es mayor en la infancia que en el adulto. Los ancianos que viven institucionalizados o en centros de estancias diurnas también tienen un aumento en su prevalencia. No hay diferencias por sexo.

Se ha observado que la enfermedad aumenta en otoño e invierno, disminuyendo en primavera y verano. El ciclo biológico del parásito se realiza en el estrato córneo de la epidermis, y dura de 14 a 23 días.

Mecanismos de transmisión

El hombre es el principal reservorio del *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*. La propagación es de persona a persona a través del contacto directo de la piel. La transmisión mediante prendas íntimas y ropa de cama es rara.

La transmisión sexual es un mecanismo posible, pero poco frecuente.

Las personas pueden infestarse por los ácaros de los animales de compañía, principalmente los perros.

Clínica y diagnóstico

La sarna es una enfermedad intensamente pruriginosa, el prurito comienza en forma paulatina y se va exacerbando en el tiempo. Es de mayor intensidad en la noche al acostarse, incluso puede producir insomnio. Abarca todo el cuerpo con excepción de la cabeza y la espalda. Sin embargo, esto puede variar en el paciente inmunocomprometido. Se describen dos tipos de lesiones:

enfermedades transmisibles

- Lesiones directas:
 1. Perla escabiosa o vesícula perlada de Bazin.
 2. Surcos acarinos.
- Lesiones indirectas:
 1. Pápulas.
 2. Escamas, vesículas, bulas.
 3. Nódulos acarinos.
 4. Costras y signos de grataje en tronco y extremidades.

Sarna en adultos

La sarna en adultos se caracteriza por la presencia de prurito que aparece a los 15-50 días después del contagio, en casos de reinfectación a las 48 horas.

Las lesiones se ubican de preferencia en las superficies flexoras, axila, región inguinal y alrededor del pezón, probablemente debido a que el ácaro prefiere zonas con baja concentración de glándulas sebáceas y de estrato córneo delgado.

Existe una forma de presentación llamada “sarna de la gente limpia”, que se manifiesta por prurito con escasas lesiones en la piel.

En pacientes mayores de 65 años se presenta en forma atípica, como sarna noruega si el paciente se encuentra institucionalizado puede contagiar a los demás residentes y al personal de salud, ocasionando brotes.

En las personas que viven en la calle, es frecuente de encontrar lesiones impetiginizadas y eczema.

Diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, basado en la presencia de prurito de predominio nocturno, antecedente de algún contacto familiar y por el tipo y distribución de las lesiones.

Se puede solicitar el **ácarotest**, examen directo que consiste en demostrar la presencia de *S. scabiei* hembra.

Diagnóstico diferencial

- Dermatitis de contacto.
- Dermatitis atópica.
- Liquen plano.
- Picaduras de insecto.

Complicaciones

Las complicaciones más frecuentes son dermatitis, urticaria y eritema polimorfo.

A través del rascado y las excoiaciones secundarias, los pacientes se sobreinfectan con agentes como: *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*.



Tratamiento

El tratamiento debe ser pautado tanto al caso índice como a sus contactos directos, incluyendo si el paciente está en Centro de Día, a todos los usuarios y personal.

Se encuentran disponibles varios productos de uso tópico, que debe elegirse de acuerdo a edad, forma de presentación y tipo de lesiones. La Ivermectina es el único fármaco usado por vía oral.

Principios generales del tratamiento de sarna

- Establecer un diagnóstico clínico adecuado.
- Elegir un tratamiento de acuerdo a la edad y forma de presentación.
- Dar una información detallada tanto escrita como verbal a los padres y a los casos de la forma de administración del acaricida.
- Indicar el acaricida de la cabeza a los pies en niños y del cuello a los pies en adultos.
- Tratamiento de todos los contactos, en usuarios de Centros de Día se incluyen a todos los pacientes y al personal del centro.
- Tratamiento de sobreinfecciones secundarias.
- Tratar a las mascotas si presentan lesiones.
- Lavado de ropa y ropa de cama después de terminado el tratamiento.
- Seguimiento del paciente a la semana y a las 4 semanas post tratamiento.

Tratamientos disponibles

Piretrinas y piretroides

Las piretrinas son piretroides sintéticos que actúan como potentes insecticidas. Se absorben en pequeñas cantidades por vía cutánea., Los efectos adversos son eritema, quemaduras, distonía y en forma menos frecuente espasmos musculares.

Es bien tolerado con pocas reacciones alérgicas.

El más utilizado es la permetrina en forma de crema al 5%, una vez en la noche un día a la semana y a la semana siguiente repetir la aplicación, requiere un período de contacto de al menos 8 horas. También puede aplicarse 3 noches, descansar 4 días y volver a reaplicar 3 días (esquema 3-4-3). Es el tratamiento más efectivo de sarna, pero el más caro comparado con otras alternativas.

Ivermectina

Es un derivado de la avermectina, tiene un efecto endoparasitario y ectoparasitario, no tiene efecto ovicida. Los estudios de ivermectina comparado con permetrina y lindano, muestran una eficacia similar con una o dos dosis.

Se ha usado en el tratamiento de sarna noruega, en control de brotes intrahospitalarios y en instituciones cerradas como asilos de ancianos o de pacientes crónicos y en sarna resistente al tratamiento. Por su potencial efecto neurológico no se recomienda como tratamiento de rutina en sarna.

Seguimiento de los pacientes con sarna

Después de un tratamiento adecuado, el prurito y las pápulas pueden persistir hasta 2 semanas, e incluso meses, ya que es una respuesta de hipersensibilidad. Se recomienda el seguimiento del paciente, hasta que las lesiones se resuelvan por completo. Muchas veces el prurito debe ser controlado con antihistamínicos.

enfermedades transmisibles

Medidas de prevención

La prevención primaria se basa en:

- Higiene personal diaria.
- Lavado de vestimentas, toallas y ropa de cama.
- Evitar situaciones que favorecen el contacto físico (hacinamiento en el hogar, campamentos infantiles, regimientos, otros).
- Educación al paciente y sus contactos sobre mecanismos de transmisión, prevención y correcta administración de tratamiento.

Medidas a tomar en el Centro de Día

Ante la presencia de casos de sarna debe realizarse:

- Prevención de la propagación a través del tratamiento oportuno del caso índice y sus contactos.
- Lavado de vestimentas, toallas y ropa de cama con agua caliente a más de 60 grados o dejando remojar las ropa por 30 minutos antes de un lavado habitual.
- Los objetos que no puedan ser lavados deben ser aislados en bolsas plástico durante 10 días.

Control de brotes

En ambientes hospitalarios o residenciales (incluimos aquí el Centro de Día) es muy importante realizar un diagnóstico precoz para evitar la diseminación. Presenta un mayor riesgo la sarna noruega por la alta cantidad de ácaros existentes en las lesiones.

En relación al manejo de brotes, se recomienda el aislamiento de contacto de los pacientes con lesiones, uso de delantal y guantes, que debe ser inmediatamente eliminado después de su uso, manejo de fomites como termómetros y fonendoscopios entre otros, tratamiento de los casos y en algunas situaciones administración profiláctica de tratamiento de los pacientes de riesgo y familiares. En caso de brotes comunitarios es imprescindible la presencia de los equipos de salud, para organizar programas coordinados de tratamiento colectivo, informar a la población y hacer el seguimiento tanto de los casos como de sus contactos.

Protocolo de pediculosis

Justificación

La pediculosis es una parasitosis transmisible de alta prevalencia en nuestro medio, ocasionada por 2 tipos de piojos:

- *Pediculus humanus* variedad *capitis* (piojo de la cabeza), *Pediculus humanus* variedad *corporis* (piojo del cuerpo).
- *Phthirus pubis* (piojo de la región genital o ladilla).

Estos insectos no poseen alas por lo que no pueden volar ni saltar, sus apéndices locomotores están adaptados para asirse al pelo o a las fibras de la ropa.

Se transmiten por contacto directo de humano a humano.

La pediculosis es una parasitosis que ha acompañado al hombre desde tiempos inmemorables. La presencia del parásito es constante durante el año y se observa un incremento durante el primer mes de inicio del período escolar.



Su aparición no involucra necesariamente malos hábitos higiénicos, de hecho el insecto prefiere los cabellos limpios para vivir. Es más frecuente en zonas urbanas o suburbanas, de preferencia aquellas superpobladas.

Los piojos, no reconocen barreras geográficas, socioeconómicas ni culturales.

Clínica

El *Pediculus capitis* produce una enfermedad conocida como pediculosis capitis. El contacto directo "cabeza con cabeza" es el principal mecanismo de transmisión, siendo el hacinamiento humano, Centros de Día, residencias, colegios, factor clave en su propagación.

También puede transmitirse por medio de fómites como peinetas, horquillas, cepillos, sombreros, gorros, bufandas o aparatos de audio personales.

La mayoría de los pacientes se encuentran parasitados por no más de 10 a 15 ejemplares adultos, los que son lucífugos, por lo que el diagnóstico se hace por el hallazgo de liendres. El tiempo de evolución de la infestación puede estimarse observando la distancia de las liendres con respecto al cuero cabelludo, así una distancia menor de 6,5 a 8 mm indica una infestación activa o reciente.

La irritación por la saliva del parásito provoca eritema de cuero cabelludo, de la zona retroauricular y nuca. El prurito es el síntoma más común.

Complicaciones de pediculosis capitis

1. Irritación del cuero cabelludo.
2. Pediculide: Es una reacción papular secundaria, localizada en cuello y parte superior y posterior del tronco. Estas pápulas miden de 2 a 3 mm, desaparecen espontáneamente después del tratamiento y reaparecen en las reinfecciones. Se las encuentra en el 20% de los casos de pediculosis.
3. Excoriación por grataje. Son lesiones de trayecto lineal y paralelas que se localizan con mayor frecuencia en la región posterior de cuello, cicatrizando con zonas de hipo e hiperpigmentación. En el paciente atópico el prurito es más intenso, extendiéndose más allá del cuero cabelludo, a cuello, orejas y tronco superior, en algunos casos puede generalizarse.
4. Sobreinfección bacteriana. Las excoriaciones favorecen la colonización de agentes que producen infecciones de la piel como *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*. En casos de inmunodeficiencia, se pueden aglutinar los cabellos con las secreciones, formando costras gruesas y fétidas, donde los piojos pululan.
5. Alteración de la raíz del pelo: La pediculosis puede producir alteraciones en las características del pelo. Este puede presentarse ralo, opaco y seco producto de la infestación, del rasgado intenso o como consecuencia del uso excesivo de productos químicos. El uso del peine fino y el rasgado intenso pueden dejar una alopecia leve. Las alopecias circunscriptas pueden ser secundarias a infecciones del cuero cabelludo y, dependiendo si hubo o no destrucción del bulbo piloso, serán definitivas o transitorias, respectivamente.

Diagnóstico diferencial de pediculosis capitis

Es importante, no confundir liendres con caspa, moldes pilosos, residuos de gel o laca, como también diferenciar los piojos de pulgas y pulgón (áfidos) sobretodo en primavera.

enfermedades transmisibles

En general, las liendres encontradas a más de 1 cm. del cuero cabelludo es improbable que estén viables, pues se trata de una infestación antigua. Debe averiguarse si hubo eliminación manual de ninfas, o bien si existió tratamiento reciente, menor a dos semanas, ya que se trataría sólo de liendres que no han sido retiradas, y si el periodo es mayor a dos semanas podría tratarse de una reinfestación.

Dentro del diagnóstico diferencial de la pediculosis capitis debe incluirse la dermatitis seborreica, psoriasis, tiña capitis e impétigo.

Tratamiento pediculosis

1. Pediculicidas

La presentación en loción de un pediculicida es más efectiva que la de champú. Si no se dispone de loción se debe aplicar el champú en cabeza seca y dejar actuar por 6 horas antes de enjuagar.

Los huevos son más resistentes que el piojo adulto al efecto de los insecticidas, por lo que se recomienda siempre una segunda aplicación a los 7 días, para eliminar las formas juveniles del parásito, que se generan con posterioridad a la primera aplicación.

El esquema terapéutico debe incluir, simultáneamente al caso índice y sus contactos habituales, en especial los miembros del grupo familiar, independiente de la presencia o no de manifestaciones clínicas.

Una vez aplicado el medicamento directamente en cuero cabelludo, se debe dejar actuar mínimo 6 horas, tiempo suficiente para la penetración del producto al insecto. Para desprender las liendres, es útil enjuagar con solución de ácido acético, que se prepara con una cucharada sopera de vinagre por cada litro de agua o lavar con champú que contenga ácido salicílico al 10% o ácido glicólico al 10%, productos que también sueltan las liendres. A continuación se aconseja pasar un peine de dientes finos idealmente metálico y acanalado, con un espacio entre ellos menor a 0,5 mm.

Las medidas de manejo de fómites son cambiar y lavar la ropa de cama, peines y peluches, el lavado es con agua caliente sobre 60° C o aislamiento en bolsa plástica por 10 días, limpieza con aspiradora de alfombras, pisos y tapices.

Además de realizar el tratamiento antiparasitario específico, es necesario evaluar la indicación de antihistamínicos orales, en caso de prurito significativo o de antibióticos sistémicos, si hay infección bacteriana asociada.

No es recomendable cortar parcial o totalmente el pelo, ya que no influye en la prevención ni en el tratamiento.

Los antiparasitarios más usados son la piretrina y los derivados piretroides, hexaclorociclohexano y crotamitón.

Piretrinas

Es la droga de elección en Pediatría y Geriatría por su alta actividad pediculicida y sus bajos efectos tóxico-residuales, menos del 2% se absorbe por vía percutánea.

En países desarrollados el derivado piretroide sintético más usado es la Permetrina diluida al 1%. Se aplica directamente en cuero cabelludo seco y se deja actuar durante un período mínimo



de 6 horas, luego se enjuaga con agua corriente o se lava con champú, en ambas situaciones post enjuague debe usarse peine para extraer liendres.

La actividad pediculicida dura de 10 a 14 días, lo que permitiría emplear una dosis única, sin embargo, la experiencia muestra mejores resultados luego de aplicar una segunda dosis, por lo que se recomienda repetirla después de 7 días del tratamiento inicial, especialmente en familias numerosas y en brotes epidémicos escolares. Se utiliza en lactantes, niños de mayor edad y adultos, se debe evitar su uso en embarazadas. Hay casos descritos de resistencia a éste y a otros piretroides.

Los derivados piretroides son sustancias biodegradables, y la toxicidad de las piretrinas naturales en los mamíferos es baja.

Su inhalación puede provocar broncoespasmo. La ingestión de las piretrinas puede producir fatiga, cefalea, anorexia, náuseas y vómitos. La ingestión masiva (200-500 ml) de fórmulas concentradas, podría llevar rápidamente al coma, describiéndose efectos cardiovasculares, neurológicos e inmunológicos.

Estudios recientes avalan la aparición de resistencia a permetrina en grados variables, así como también de resistencia cruzada con medicamentos similares, hecho que podría explicarse por ser componentes básicos de gran parte de los tratamientos contra pediculosis en países del mundo desarrollado.

Hexaclorociclohexanos. Lindano

Los Hexaclorociclohexanos son insecticidas organoclorados, químicamente muy estables, que permanecen en el ambiente por tiempo prolongado. Tiene un efecto tóxico importante, menos efectivo que la Permetrina.

Vaselina azufrada al 6-10%

Bioensayos in vitro demostraron una susceptibilidad de 100%, en los insectos sometidos por dos minutos a la formulación versus 60% con vaselina sólida, pero in vivo se recomienda dejar actuar por 6 hrs. Su mecanismo de acción sería la oclusión mecánica de los espiráculos respiratorios. Tiene la desventaja cosmética de engrasar el cabello, pero facilitaría el arrastre de piojos y liendres mediante peine metálico.

2. Coadyuvantes

Vinagre

Se usa en concentración de 100% durante 10 minutos de exposición. El vinagre puro es altamente irritativo. Estudios in vitro no mostraron susceptibilidad de piojos a formulaciones caseras y adquiridas sin diluir.

Vaselina sólida

Su mecanismo de acción sería la oclusión mecánica de los espiráculos. Se utiliza una vez por semana durante 5-8 horas. Tiene la desventaja cosmética de engrasar el cabello, pero facilita el arrastre de piojos y liendres. Estudios in vitro mostraron una susceptibilidad de 60% de piojos a 2 minutos de exposición. Podrían utilizarse aceites, con el mismo mecanismo que la vaselina.

enfermedades transmisibles

Método del peine sobre el cabello seco

El cabello del paciente, debe ser cepillado con un peine, que tenga una pequeña distancia entre sus dientes acanalados, luego de haber sido bien desenredado (liendrera).

El cepillado debe realizarse sobre cabello seco, desde la raíz hacia distal, evitando dejar zonas sin cepillar. El proceso debe continuar por al menos un minuto luego de que el último piojo haya sido visto y debe ser repetido, al menos tres veces en el primer día y luego, dos veces por día durante cinco días. Después de que la última liendre haya sido vista, el procedimiento puede ser reducido a una vez por día, a menos que se detecte algún piojo.

El paciente puede ser calificado como libre de piojos y liendres, tres semanas después de que se ha encontrado el último piojo. El método del peine sobre el cabello seco tiene la ventaja de ser usado repetidamente sin temor a la toxicidad, por ser un método mecánico y actuar por arrastre. No hay contraindicaciones a su uso, ni se ha descrito resistencia. Por otro lado, es preferible este método al de peinado sobre cabello húmedo ya que la eliminación de los piojos puede ser monitorizada.

Los peines deben desinsectarse con agua hirviendo pasando un cepillo de cerdas finas (cepillo de dientes) entre sus dientes y secar antes de usar en otro infestado.

Fallo del tratamiento

Los fármacos actualmente utilizados son de gran eficacia, pero cerca de 20% de la población se reinfesta a los 2 meses, por lo que para evitar recidivas se sugiere efectuar tratamiento a todos los contactos del paciente que estén infestados.

Las principales causas de fallo en el tratamiento son:

- Diagnóstico erróneo.
- Instrucciones inapropiadas del personal de salud.
- Comprensión errónea de las instrucciones por parte del paciente.
- Pediculicida mal administrado.
- No uso del pediculicida apropiado por costo.
- Actividad ovicida incompleta.
- No remoción de las liendres.
- No volver a aplicar pediculicida a la semana.
- No realizar tratamiento al grupo familiar infestado.
- Resistencia a los productos.
- Reinfestación.

Resistencia al tratamiento

La resistencia, definida como la habilidad adquirida por una población de individuos para tolerar las dosis del tóxico, que serían letales para la mayoría de los individuos de una población normal de la misma especie, ha sido descrita en el ámbito mundial y principalmente relacionada con las piretrinas y los piretroides.

Actuación en el Centro de Día

1. El paciente afectado, debe permanecer en su domicilio hasta que esté libre de piojos.
2. En el caso de que acuda al Centro de Día se deben usar utensilios de aseo individuales, sometidos a limpieza extrema y desinfección.



3. Evitar contacto cercano con otros usuarios.
4. Recomendación a los contactos familiares de someterse a tratamiento con Permetrina.

Protocolo de candidiasis

Justificación

Estas infecciones generalmente están producidas por *Cándida Albicans*, siguiendo en frecuencia *C.glabrata*, *C.parapsilosis* y *C.tropicalis*. En los ancianos está aumentando la frecuencia de Candidiasis en las infecciones urinarias e infecciones invasivas y se encuentra con gran frecuencia colonizando la cavidad orofaríngea de los mayores de 88 años y, por ello, provoca con frecuencia estomatitis.

El espectro clínico de las infecciones por *Cándida* es muy amplio, desde infecciones cutáneas leves hasta candidiasis sistémicas severas en pacientes críticos, que arrojan una elevada mortalidad.

Clínica

Candidiasis cutánea

Las manifestaciones habituales son intertrigo en pliegues o región perineal y onicomicosis. Debe tratarse con fluconazol o itraconazol.

Vulvovaginitis

Desciende su frecuencia en la edad posmenopáusica debido a la necesidad de estrógenos para la colonización por *Cándida*. Los factores de riesgo para su desarrollo son diabetes Mellitus, tratamiento con corticoides y antibióticos de amplio espectro. Los síntomas fundamentales son: prurito, disuria, presencia de flujo vaginal y eritema.

Se puede tratar con cremas u óvulos locales de nistatina, pero en las mujeres de edad avanzada con deterioro funcional o demencia la administración local puede ser más difícil, por lo que una alternativa válida es una dosis única de fluconazol.

En infecciones recurrentes o falta de respuesta debe descartarse la infección por *Cándida glabrata* que es resistente a fluconazol y consultar con otro especialista.

Infección orofaríngea

La candidiasis orofaríngea se relaciona con diversos factores de riesgo, como el tratamiento con antibióticos sistémicos, corticoides o radioterapia y sequedad de mucosas en relación con enfermedades sistémicas o fármacos.

La edad avanzada en sí no es un factor de riesgo para la candidiasis orofaríngea, por lo que en ausencia de los factores comentados debe investigarse la presencia de inmunosupresión como la mediada por infección HIV.

Se manifiesta por placas blanquecinas en la orofaringe, mucosa oral y paladar. También aparece en la lengua, pero cuando hay lesiones aisladas se debe pensar en otras entidades como la leucoplaquia.

enfermedades transmisibles

Existe una variedad denominada candidiasis crónica atrófica, que se manifiesta como eritema gingival sin placas.

El tratamiento se puede realizar con Cotrimazol o Nistatina en enjuagues, debiendo reservar el tratamiento con fluconazol para infecciones más severas, como aquellas desarrolladas en pacientes con quimio o radioterapia.

Candiduria e infección urinaria

La candiduria aparece hasta en un 5% de los cultivos de orina y un 25% de los pacientes portadores de sonda vesical permanente.

Los factores predisponentes para la colonización e infección urinaria por *Cándida* son: la presencia de alteraciones estructurales de la vía urinaria, la presencia de sonda vesical, diabetes Mellitus y tratamiento antibiótico de amplio espectro.

La detección de candiduria es frecuente en pacientes de edad avanzada, especialmente en los institucionalizados o en Centros de Día.

La orientación fundamental del tratamiento se basa en diferenciar entre contaminación, colonización e infección.

La repetición del cultivo puede diferenciar las contaminaciones si este es negativo. A veces es necesario obtener una muestra con sonda en pacientes con dificultades para obtener una muestra correcta por micción media.

En cambio, la distinción entre colonización que no requiere tratamiento (excepto en pacientes que van a sufrir un procedimiento invasivo sobre la vía urinaria) e infección es más difícil.

Los síntomas y signos de infección urinaria baja (cistitis) o pielonefritis, identifican pacientes sintomáticos infectados que deben recibir tratamiento. Pero la mayoría de pacientes con candiduria están asintomáticos y gran parte de los pacientes sintomáticos también tienen bacteriuria que podrían explicar los síntomas.

Los hallazgos de laboratorio no son útiles para identificar las infecciones sintomáticas ya que, a diferencia de las infecciones bacterianas, el conteo de colonias en el cultivo no distingue la candiduria significativa ni tampoco la presencia de piuria por la frecuencia de la misma en pacientes de edad avanzada, especialmente en el portador de sonda.

El cambio de sonda vesical hace desaparecer la candiduria en el 20% de los casos y su retirada en el 40%.

En los casos con candiduria persistente, especialmente tras retirar sonda vesical, debe realizarse una ecografía abdominal para descartar obstrucción de la vía urinaria o presencia de micetomas en la misma.

Tratamiento de elección de las principales candidiasis

En la actualidad disponemos de múltiples fármacos antifúngicos eficaces en este tipo de infecciones, pero con indicaciones claramente diferentes y algunos de ellos de uso restringido para situaciones específicas. El perfil de tolerancia y seguridad se ha mejorado con el desarrollo de los nuevos fármacos en los últimos años.



- **Orofaringea:** Nistatina en solución con enjuagues y luego tragar cuatro veces al día, pero menos eficaz y más difícil para algunos pacientes o fluconazol 200 mg el primer día, después 100 mg al día durante siete días.
- **Cutánea:** Clotrimazol crema o nistatina o ketoconazol en las zonas afectadas.
- **Onicomycosis:** Itraconazol 200 mg oral cuatro veces al día durante tres meses o 200 mg oral dos veces al día durante una semana cada mes durante cuatro meses.
- **Vulvovaginitis:** Miconazol u otra crema vaginal o fluconazol 150 mg oral en dosis única.
- **Infección urinaria:** Fluconazol 400 mg la primera dosis y después 200 mg al día vía oral durante 14 días.

Protocolo de tuberculosis

Justificación

La Tuberculosis Pulmonar es una enfermedad infecciosa producida por el *Micobacterium Tuberculosis*. La prevalencia de infectados en España es del 26-27%. La susceptibilidad es general, pudiendo afectar a cualquier grupo de población, aunque en la actualidad el grupo de edad más afectado son los mayores de 75 años.

La infección tuberculosa, de transmisión preferentemente aérea, se puede adquirir a través de la inspiración del aire contaminado por la tos y estornudos de otra persona infectada.

Clínica

La infección no significa enfermedad, la primoinfección es generalmente asintomática y la mayoría de las personas se recuperan sin evidencia posterior de enfermedad. En pocos casos la infección se reactiva semanas después o puede permanecer inactiva y reactivarse años después.

En un alto porcentaje de mayores de 70 años infectados no existe evidencia de afección previa, es decir se ha infectado recientemente, y solo en un 20% de los casos se considera la reactivación de un foco. Los factores que influyen en la reactivación de un foco latente son: el déficit inmunitario por envejecimiento, las enfermedades crónicas pulmonares, cardiovasculares, endocrino-metabólicas, estados de malnutrición, y el riesgo aumenta si se está en contacto con personas infectadas o bacilíferas.

La enfermedad es clínicamente inespecífica, los síntomas respiratorios no se diferencian significativamente de los producidos por otras infecciones respiratorias; otras formas de presentación pueden ser similares a la clínica de patologías crónicas coexistentes. La manifestación más frecuente en ancianos es un síndrome constitucional con astenia, anorexia y pérdida de peso (5% del peso en 6-12 meses). Los síntomas característicos, si aparecen son: tos mínima con expectoración, fiebre leve, sudoración sobre todo nocturna, pueden asociarse dolor torácico y dificultad respiratoria.

En la exploración física: inflamación y aumento de sensibilidad en los ganglios del cuello o de otras localizaciones. a la exploración pulmonar pueden aparecer crepitantes y sibilancias.

Se debe sospechar enfermedad tuberculosa ante un paciente con sintomatología respiratoria persistente durante varias semanas no explicable por otra causa.

enfermedades transmisibles

Actuación en un Centro de Día

1. Si hay sospecha de enfermedad:

Se informará a Atención Primaria con el objetivo de iniciar el estudio de confirmación de la enfermedad (prueba de la tuberculina, y según resultados, Rx de tórax, baciloscopia y cultivo de esputo). la confirmación de caso supone la declaración obligatoria de la enfermedad, que realizará Atención Primaria.

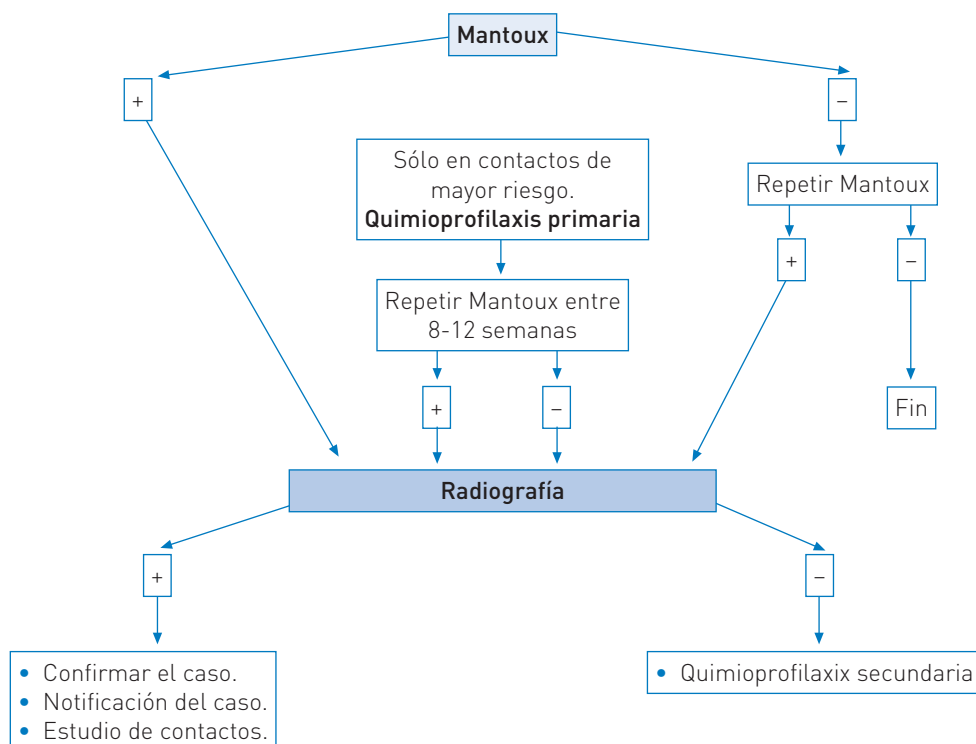
2. La notificación de un caso de tuberculosis en el Centro de Día:

Obliga a comunicar la situación de riesgo al servicio de epidemiología del instituto de salud pública de la Comunidad Autónoma de Madrid, desde donde se informará y coordinará el procedimiento a seguir para el estudio de los contactos. El enfermo dejará de asistir al Centro de Día mientras siga siendo bacilífero +.

3. Estudio de los Contactos:

El estado físico e inmunitario de los ancianos hace necesario adecuar los protocolos de estudio de los contactos, con el fin de controlar la enfermedad de la forma más efectiva y de causar el menor trastorno posible:

- El primer paso es identificar a los contactos: trabajadores con contacto próximo con el paciente, compañeros de mesa y de terapias. Son contactos de mayor riesgo: Contactos convivientes y frecuentes y contactos estrechos en colectivos cerrados.
- Estos contactos deben ponerse en comunicación con los servicios de Atención Primaria para proceder a una Prueba de Mantoux y seguir las indicaciones dadas desde Atención Primaria o Salud Pública.



Protocolo de actuación en otras infecciones respiratorias

Justificación

Las enfermedades infecciosas en el anciano se caracterizan, en general, por:

- Presentar sintomatología larvada o inespecífica (pérdida de apetito, vómitos o diarrea, dificultad para deambular, caídas, empeoramiento cognitivo) o de forma atípicas con signos de difícil valoración.
- Ser factor desestabilizante de patologías crónicas (diabetes mellitas, enfermedad cardiopulmonar, insuficiencia renal, demencias degenerativas o vasculares entre otras) las cuales pueden expresarse más rápidamente que la infección cuando coexisten. Por otro lado, aquellas patologías crónicas son a su vez factor de riesgo para las infecciones.

En los Centros de Día especializados, las infecciones respiratorias van a ser objeto de especial atención, por su elevada frecuencia y por su facilidad de propagación. La mayoría de las infecciones respiratorias se producen por virus, ocasionalmente por bacterias siendo éstas la causa más frecuente de complicaciones. La mejor prevención se consigue con la vacunación anual antigripal y antineumocócica.

Formas más comunes de presentación

- La infección respiratoria aguda de las vías aéreas superiores: rinitis aguda o resfriado común es la forma más frecuente.
- Gripe con síntomas respiratorios similares pero más persistentes y con mayor afectación del estado general, el antecedente epidemiológico ayudará a su diagnóstico diferencial.

Actuación en un Centro de Día

- Reposo en su domicilio con supervisión y tratamiento por su médico, al menos 7 días o hasta la remisión de los síntomas, corresponderá al médico de atención primaria la declaración obligatoria de la enfermedad.
- Si el paciente acude al Centro de Día, se tomarán medidas generales como: alivio de la obstrucción nasal, limpieza adecuada de secreciones y lavado con suero salino; alivio de la tos e irritación faríngea con productos productores de saliva (miel, limón, agua caliente); aumento del aporte de frutas y verduras y control de la hidratación; limpieza adecuada de la boca; control de la temperatura y otros síntomas. Evitar los contagios con medidas preventivas generales como conseguir que el lugar esté fresco con ventilación frecuente; lavado frecuente de las manos, y eliminación adecuada de las secreciones.
- El personal del Centro de Día se lavará las manos antes y después del uso de guantes y recambiarán éstos de un enfermo a otro. Evitarán estornudar o toser en las manos, siendo más efectivo un pañuelo de usar y tirar (o sobre una manga), evitará tocarse nariz, boca y ojos. Mantendrán una distancia de al menos 1 metro frente al paciente para minimizar contagios o evitar el contagio directo, evitar contactos con las manos y besos. Las mascarillas (si no son especiales) impiden la propagación de gérmenes exhalados pero no previenen la inhalación de los mismos.
- La limpieza de estancias y enseres se realizará de la forma habitual.
- Detección y supervisión de complicaciones.

enfermedades transmisibles

Protocolos de actuación ante otras viriasis

Hepatitis víricas

Hepatitis A

Es una enfermedad transmisible producida por un enterovirus. El 96% de la población mayor de 50 años muestra inmunidad frente a la Hepatitis A, por tanto es bastante improbable que aparezca un caso nuevo en un Centro de Día, pero no imposible. La vía principal de contagio es la fecal oral (por mala higiene, alimentos contaminados, etc.). En el caso de presentarse un caso agudo de esta infección está claro que no debe acudir al centro hasta la resolución de la ictericia. Es una enfermedad que en cualquier caso quebranta la salud en una medida tal que el paciente suele precisar reposo en cama. La enfermedad provoca una inmunidad duradera y no se cronifica.

Medidas para la prevención:

- El Uso de Guantes desechables, independientes para cada actividad y/o usuario.
- Lavados frecuentes de manos, y uniformes.
- Lavado de frutas, verdura y materiales.

Hepatitis B y C

El reservorio es el Hombre, y las vías de contagio son:

- Percutánea 40% (sangre y fluidos como el semen, secreción vaginal y saliva).
- Sexual 30%.
- Desconocida 30%.

Estas hepatitis tienden a cronificarse, lo cual suele tener consecuencias a largo plazo bastante graves para el hígado, tales como la cirrosis hepática o el hepatocarcinoma.

El manejo de la forma aguda de ambas es similar a la de la hepatitis A, el paciente no debe acudir al Centro de Día. No obstante, hay formas paucisintomáticas sin ictericia que pueden pasar inadvertidas.

Esto obliga tanto a la vacunación del personal del centro contra la Hepatitis B como a un manejo escrupuloso de la higiene de los usuarios del mismo. No hay vacuna para prevenir el contagio de la Hepatitis C.

Lo más frecuente será encontrar pacientes con formas crónicas de Hepatitis B o C.

La infección por el virus de la hepatitis D siempre precisa la presencia del virus B. Puede ser una coinfección o aparecer de forma sobrevenida. Empeora el cuadro y el pronóstico; pero como esencialmente se presenta en dependientes a drogas por vía parenteral es altamente improbable su presencia en usuarios de Centros de Día.

Medidas para la prevención:

Teniendo en cuenta que el contagio suele suceder a través del contacto con fluidos corporales lo que hay que hacer es ser escrupuloso con la higiene.

- No deben compartirse objetos punzantes o cortantes; y a la hora de manipular al enfermo deben usarse guantes de un solo uso y ropa clínica. Tanto para maniobras desde el ámbito sanitario –medición de la glucemia– o labores propias de los gerocultores, como el cambio de pañales



en incontinentes. Aunque están sean prácticas que deberían ser de uso común con todos los usuarios.

- Los pacientes con hepatitis crónica pueden usar cubiertos y vasos con normalidad.

Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

Gracias a la aparición y uso de los antirretrovirales la infección por VIH se ha convertido en una afección crónica. Es obvio que un paciente afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida no va a ser un usuario de un Centro de Día. No obstante, de encontrarse asintomático y con la carga viral negativa sí puede acudir al mismo. Las indicaciones serían las mismas que para el caso de las hepatitis crónicas. Teniendo en cuenta que el contagio sucede a través del contacto con fluidos corporales lo que hay que hacer es ser escrupuloso con la higiene. No deben compartirse objetos punzantes o cortantes; y a la hora de manipular al enfermo deben usarse guantes de un solo uso y ropa clínica. Tanto para maniobras desde el ámbito sanitario –medición de la glucemia– o labores propias de los gerocultores, como el cambio de pañales en incontinentes. Aunque están sean prácticas que deberían ser de uso común con todos los usuarios. Los pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana pueden usar cubiertos y vasos con normalidad.

Infección por el virus herpes-zoster

Este virus provoca la aparición de dos cuadros, por un lado la Varicela y por el otro el Herpes-Zoster.

La varicela es una enfermedad muy común y propia de niños y jóvenes; en la que aparecen vesículas sobre una base eritematosa en la piel. De aparecer un caso en un mayor éste debe quedarse en su domicilio por el alto peligro de contagio que tiene.

El Herpes-Zoster sólo aparece en personas que han sufrido la varicela. Sucede que el virus, que ha quedado acantonado en ganglios del raquis se activa y va provocando lesiones vesiculares y eritematosas a lo largo del recorrido de un nervio. El líquido de las vesículas es altamente infeccioso ya que contiene virus viables.

Lo prudente sería que el paciente quede en el domicilio hasta la resolución del caso ya que puede contagiar tanto al personal del Centro como al resto de los usuarios del mismo, siempre que no hayan padecido la Varicela.

B. Protocolos de urgencias sanitarias en los Centros de Día

Protocolo de RCP básica en Centros de Día

Justificación

Conceptos básicos

Parada Cardiorespiratoria: es la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la circulación y respiración espontánea. El diagnóstico: inconsciencia, apnea y ausencia de pulso carotídeo y/o femoral.

Reanimación Cardiopulmonar básica RCP: son las maniobras encaminadas a intentar, después del reconocimiento de la posible parada cardíaca y /o respiratoria y alertar a los servicios de

urgencias sanitarias

emergencia, sustituir primero y reinstaurar después la circulación y la respiración espontáneas y eficaces mediante el masaje cardíaco y ventilación pulmonar con aire espirado.

Su objetivo es la oxigenación cerebral y cardíaca (hasta iniciar la RCP avanzada por un equipo especializado). La sistemática forma parte de la cadena de supervivencia:

- 1º pedir ayuda.
- 2º RCP básica.
- 3º desfibrilación precoz.
- 4º RCP avanzada.

Actuación ante un paciente supuestamente inconsciente

1. Confirmar la pérdida de conocimiento (sacudirle suavemente por los hombros y hablarle en voz alta).
2. Si responde o se mueve, valorar si pedir ayuda (112) y revalorar regularmente.
3. Si no responde:
 - Gritar pidiendo ayuda (alertando a nuestro entorno en previsión de activar el sistema de emergencias médicas—112)).
 - Situar sobre superficie dura en decúbito supino (con el tronco alineado y los brazos extendidos a lo largo de éste).
 - Abrir la vía aérea (retiramos la ropa que oprima el cuello y restos de alimentos, prótesis desajustadas u otros cuerpos extraños de la boca) colocando el cuello en hiperextensión (manobra frente-mentón. a veces con esta técnica se reinicia la respiración: situamos una mano en la frente del paciente y ejercemos presión para extender la cabeza hacia atrás dejando libres los dedos pulgar e índice para pinzar la nariz en caso necesario de realizar la ventilación con aire espirado; simultáneamente empujamos con los dedos índice y medio de la otra mano sobre la parte ósea del mentón y lo elevamos para contribuir a la extensión del cuello).
4. El paciente no responde, pero previo a iniciar la RCP es necesario:
 - 1º comprobar durante 5 segundos si hay o no respiración (miramos si hay movimiento del torax, si oímos ruidos respiratorios acercando nuestro oído a la boca del paciente o sentimos en la cara el movimiento del aire espirado por el paciente).
 - 2º si hay o no pulso carotídeo al menos 5 segundos (sin modificar la hiperextensión del cuello, con los dedos índice y medio de la mano que sujeta el mentón, buscamos si hay latido carotídeo en la hendidura que existe entre el cartílago tiroideo y el músculo esternocleidomastoideo).

Desde este momento valorar las siguientes situaciones posibles:

- Inconsciente/ respira:
 - Situamos al paciente en posición lateral de seguridad para evitar que la vía aérea se obstruya con la lengua o vómitos.
(en decúbito lateral con el brazo del mismo lado flexionado y paralelo a la cabeza; el brazo opuesto también en flexión y la mano debajo de la mejilla para mantener la cabeza inclinada; la pierna del lado sobre el que está girado quedará extendida y en alineación con el tronco y la pierna opuesta se flexionará sobre la cadera y por la rodilla formando un ángulo recto).
 - pedir ayuda (sistema de emergencias médicas—112).
 - supervisión del mantenimiento de la respiración.
- Inconsciente/ no respira/ tiene pulso:
 - Dar 10 insuflaciones de aire espirado en aproximadamente 1 minuto (1/6 segundos). (manteniendo la hiperextensión del cuello, pinzamos la nariz del paciente con los dedos pulgar

pág.
76-77



e índice de la mano que tenemos sobre su cabeza; colocar los labios sobre la boca asegurándonos que esté bien sellada para que no se escape el aire que se insufla. Se recomienda utilizar alguna medida de barrera, mascarillas o protectores faciales, que nos aisle de las secreciones y del aire espirado por el paciente). (si existe imposibilidad de realizar el boca-boca por dificultad para abrir la boca del paciente o éste tiene una traqueostomía utilizaremos las técnicas boca-nariz o boca-estoma respectivamente.

- Realizar una primera insuflación profunda soplando de forma uniforme hasta que el torax se eleve. la duración aproximada es de 2 segundos. (si no se observa la expansión del torax corregimos la maniobra de apertura de la vía aérea e intentamos una segunda insuflación; si no entra aire se tratará como una obstrucción de vía).
- Entre cada insuflación, sin modificar la posición del paciente, retirar la boca y permitir que el torax descienda por completo.
- Activar el sistema de emergencias médicas (una vez realizadas 10 insuflaciones).
- Valorar secuencialmente el nivel de conciencia, la respiración y el pulso. (si no aparece la respiración espontánea seguiremos ventilando y comprobando la existencia de pulso cada 10 insuflaciones; si perdemos el pulso conminaremos la ventilación con compresiones torácicas).
- No respira / no tiene pulso:
 - Activar el sistema de emergencias médicas (es previo a la RCP).
 - Abrir la vía aérea y (maniobra frente-mentón y mediante las técnicas boca-boca, boca-nariz o boca-estoma, según proceda) dar 2 ventilaciones de aire espirado.
 - Iniciar el masaje cardiaco (mediante compresiones torácicas externas: con los dedos índice y medio de la mano que sujeta el mentón recorremos el borde de la parrilla costal hasta su unión con el esternón; apoyamos el talón de la otra mano sobre el esternón a continuación de los dedos y, sin modificar esta posición, situamos el talón de la otra mano entrelazando los dedos de ambas sin que los dedos toquen el torax. sin perder en ningún momento el área de masaje, extendemos nuestros brazos perpendicularmente al torax del paciente y presionamos haciéndolo descender 4 o 5 centímetros; a continuación dejamos de presionar permitiendo que el torax se eleve. La frecuencia aproximada de las compresiones es de 80-100 por minuto y emplearemos el mismo tiempo en la compresión y en la relajación).
 - Combinar la ventilación y las compresiones (después de 15 compresiones, realizar 2 insuflaciones. Inmediatamente localizamos de nuevo el área de masaje y damos otra 15 compresiones. Sucesivamente, alternaremos las compresiones y las ventilaciones con una relación 15/2).
 - No se deben hacer comprobaciones de pulso (excepto si el paciente hace algún movimiento o algún intento de respiración espontánea).
 - No se recomienda realiza la RCP básica con 2 reanimadores (excepto si están específicamente entrenados; en este casa la relación compresión/ventilación será 5/1).

Protocolo de hipertensión

Justificación

La presencia de hipertensión arterial (HTA) es una situación muy frecuente en los ancianos. Su prevalencia se ha multiplicado en los últimos años debido, tanto al envejecimiento de la población y aumento de la expectativa de vida como a la modificación de los criterios diagnósticos, las cifras límite de 140 / 90 mmHg para catalogar como hipertenso a un sujeto, son válidas para cualquier edad.

urgencias sanitarias

Clasificación de la hipertensión arterial

| | |
|-------------------------|----------------------|
| Tensión arterial óptima | <120/80 mmHg |
| Tensión arterial normal | <130 /85 mmHg |
| Tensión normal alta | 130-139/85-89 mmHg |
| HTA ligera | 140-159/90-99 mmHg |
| HTA moderada | 160-179/100-109 mmHg |
| HTA severa | >180/110 mmHg |

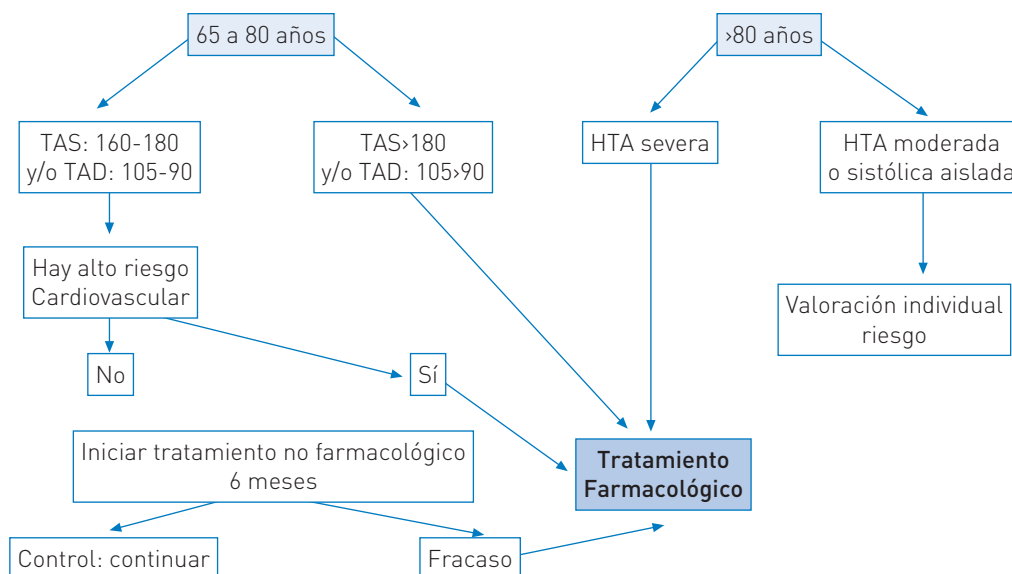
Tratamiento HTA en el anciano

1. Sujetos con TAS 140-159 mmHg, y TAD 90-95 mmHg:
Iniciar tratamiento no farmacológico.
Control de TA durante 3 días en condiciones óptimas.
2. Sujetos con TAS 160-179 mmHg y/o TAD 95-109 mmHg:
Iniciar tratamiento no farmacológico y control sucesivo.
Derivar al Médico de Atención primaria.
3. Sujetos con cifras superiores a las citadas o pacientes del grupo anterior con repercusión orgánica o presencia de otros factores de riesgo:
Derivar a atención primaria para tratamiento farmacológico (puede ser necesario derivar a urgencias según la repercusión orgánica y los factores de riesgo).
4. Sujetos de 80 o más años, la HTA grave o muy grave precisa tratamiento farmacológico y la HTA ligera o moderada una valoración individual riesgo beneficio:
Derivar a atención primaria para tratamiento farmacológico (puede ser necesario derivar a urgencias según la repercusión orgánica y los factores de riesgo).

pág.
78-79

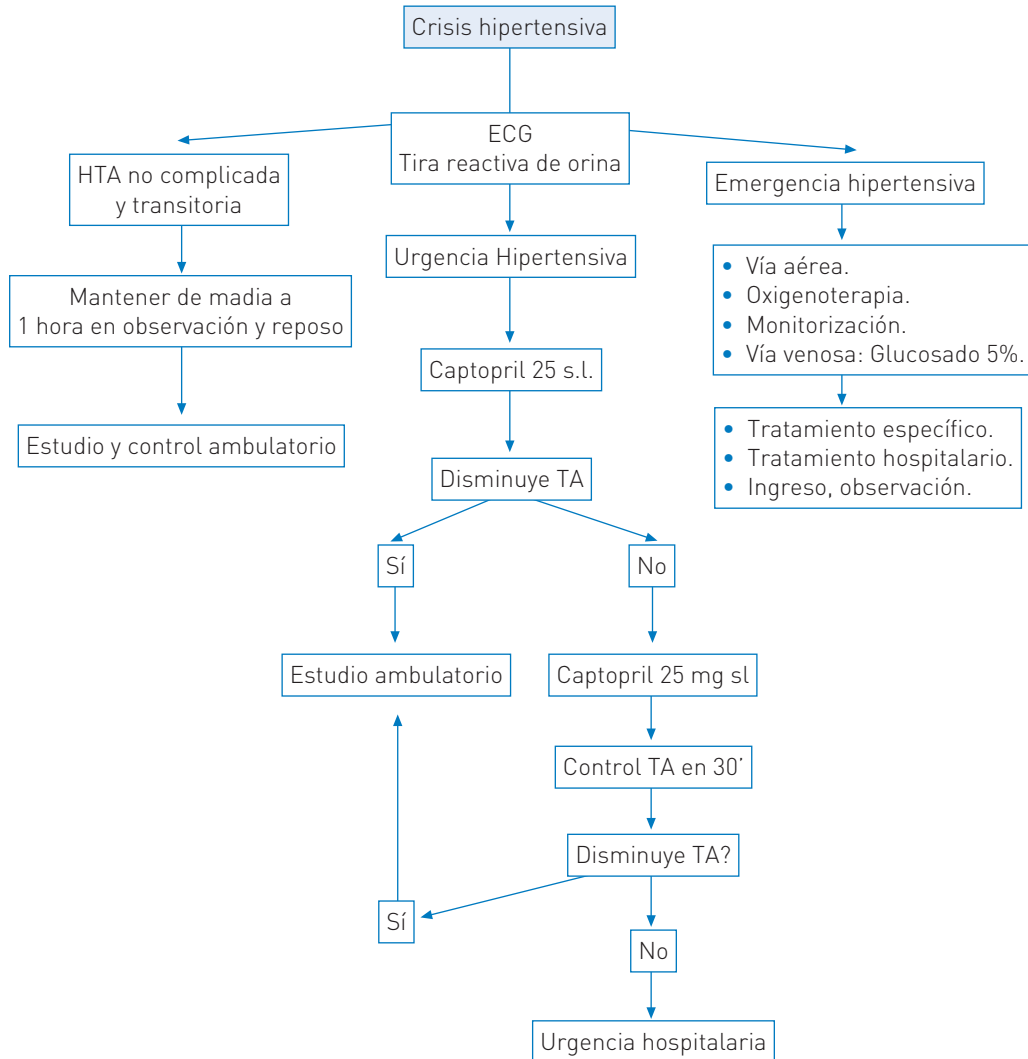


HTA MODERADA O SISTÓLICA AISLADA: VALORACIÓN INDIVIDUAL DEL RIESGO



Tratamiento de la urgencia hipertensiva

El tratamiento de la Urgencia Hipertensiva debe realizarse en un centro sanitario.



- El Captopril es más eficaz en HTA con valores altos de renina. Contraindicado en Insuf renal e hiperpotasemia. Puede usarse vía sublingual.
- En caso de afectación de SNC no se debe disminuir la TA de forma súbita. Debe mantenerse la TA sistólica aproximadamente en 100 mmHG o un descenso no superior al 20% en las primeras dos horas. El fármaco de elección es el labetalol.
- En el aneurisma de aorta el objetivo es mantener la TAS de 110 a 120 mm HG.

Derivación al medio hospitalario

Teniendo en cuenta que la mayoría de los hipertensos, son de origen multifactorial primario o esencial (85%-90%) y de carácter ligero moderado, el numero de pacientes que precisan su envío al hospital es limitado. Estos serán:

urgencias sanitarias

- Aquellos en situación de urgencia hipertensiva con signos importantes de afectación visceral, en los que hay que reducir las cifras de T.A. en un corto espacio de tiempo.
- Pacientes con H.T.A. complicada agudamente con patología vascular, cerebral, cardíaca, aórtica o renal.
- Los que clínica sugestiva a H.T.A. secundaria y que precisa de un estudio especializado de esta.
- Pacientes con H.T.A. REFRACTARIA incontrolada o con precisión de estudio especializado.
- H.T.A. en el embarazo.

Protocolo de hipotensión

Justificación

La hipotensión ortostática se observa con frecuencia en los ancianos y puede ser causa de mayor incidencia de caídas y síncope. La prevalencia de hipotensión ortostática es de un 20% en mayores de 65 años y de un 30% en mayores de 75 años, siendo los mayores determinantes los fármacos y las enfermedades, de forma especial la hipertensión arterial.

Definición de síncope

Pérdida de conciencia completa y transitoria, precedida o no de prodromos, con recuperación espontánea en un breve intervalo de tiempo, secundaria a hipoperfusión cerebral.

Clasificación

1. Síncope de origen reflejo:
 - Vasovagal.
 - Situacional.
 - Tusígeno.
 - Miccional.
 - Defecacional.
 - Deglutorio.
2. Por hipersensibilidad del seno carotídeo.
3. Síncope por hipotensión ortostática.
4. Síncope de origen cardíaco.
5. Secundario a arritmias:
 - Bradiarritmias.
 - Taquiarritmias.
6. Secundario a cardiopatía obstructiva.
7. Secundario a otras patologías cardiopulmonares agudas.

Síncope vasovagal e hipotensión ortostática

1. Medidas generales a tomar en el Centro de Día

Se recomendará evitar los factores desencadenantes y las circunstancias favorecedoras, tales como el ortostatismo mantenido.

En pacientes no hipertensos, se aconsejará ingesta rica en sal y abundantes líquidos, evitar la ingesta excesiva de alcohol y las comidas abundantes.



Se instruirá al paciente, si presenta pródromos, a realizar ejercicios isométricos (cruzar las piernas con contracción intensa de muslos y nalgas, mantener las manos entrecruzadas mientras hace intensa fuerza centrípeta con los brazos, etc); asimismo, se le recomendará que mantenga la visión fija en un punto lejano (en lugar de cerrar los ojos).

Con independencia de estas maniobras se recomendará la posición de sentado con la cabeza baja (entre las piernas) o, preferiblemente, que adopte el decúbito, a fin de evitar traumatismos.

2. Tratamiento farmacológico

La decisión de iniciar tratamiento farmacológico se reservará para aquellos pacientes con crisis muy recidivantes o que se acompañen de traumatismos o profesiones de riesgo. En el momento actual, en ausencia de una evidencia sólida del efecto del tratamiento farmacológico en estos pacientes, se derivará a su médico para la elección de tratamiento.

Marcapasos

En pacientes con síncope vasovagales severos, recidivantes, en los que hayan fracasado las otras alternativas terapéuticas y en los que se haya documentado un severo componente cardioinhibidor durante el episodio sincopal se individualizará la indicación de marcapasos bicameral. Incluso en estas circunstancias, esta indicación se establecerá de un modo excepcional.

Protocolos de alteraciones metabólicas

Justificación

La Diabetes Mellitus es una enfermedad paradigmática en el campo de la geriatría y gerontología, supone tanto un modelo de envejecimiento acelerado como una entidad causante de incapacidad, internamiento e institucionalización. Más del 50% de los diabéticos son ancianos, y según diversos estudios el 13% de los mayores de 75 años son diabéticos, existiendo casi un 7% que no han sido diagnosticados.

El control metabólico de los pacientes diagnosticados se realiza desde atención primaria, sin embargo, debido a la elevada frecuencia de las complicaciones, hace que en el Centro de Día, sea obligado estar alerta ante los cuadros agudos, la Hipoglucemia y la Hiperglucemia.

1. Hipoglucemia

Es la complicación más frecuente del tratamiento farmacológico de la Diabetes, caracterizada por el descenso de la glucemia por debajo de valores normales: arbitrariamente la podemos definir como las cifras de glucemia por debajo de 50 mg/dL.

Clasificación

- Hipoglucemia severa: puede presentar coma, convulsiones o alteraciones neurológicas que impiden que el paciente pueda autotratarse precisando ayuda de otra persona.
- Hipoglucemia moderada, la refiere el propio paciente con mayor o menor intensidad de los síntomas: sudoración excesiva, mareos, cefaleas, palpitaciones, temblores, hambre, irritabilidad, cambio de conducta.

urgencias sanitarias

Causas más frecuentes

- Exceso de Insulina o de Hipoglucemiantes orales.
- Retraso en la ingesta de alimentos o consumo inadecuado.
- Mayor ejercicio del habitual.
- Consumo de alcohol.

Clínica

- Síntomas debidos a la respuesta adrenérgica: ansiedad inquietud, irritabilidad, palpitaciones, taquicardia, palidez, temblor, hambre.
- Síntomas colinérgicos: sudoración abundante.
- Síntomas debidos a la afectación del sistema nervioso central por neuroglucopenia: cefalea, lentitud, dificultad al hablar, diplopia, visión borrosa, visión doble, somnolencia, confusión mental, comportamiento anormal, delirio, negativismo, psicosis, convulsiones y focalidad neurológica.

La existencia de neuropatía autonoma (diabetes evolucionada o mal control metabólico) o el uso de fármacos beta-bloqueantes puede condicionar hipoglucemias que pasen inadvertidas por fallo del mecanismo de respuesta adrenérgico.

Complicaciones de la hipoglucemia

- Hiperglucemia post-hipoglucemia: efecto Somogy. Es debido a la respuesta contrainsular ante la hipoglucemia.
- Por aumento de la tensión arterial: Precipitación de accidentes cardiovasculares agudos o cerebrovasculares. Aparición de hemorragias retinianas en pacientes con retinopatía previa.
- Encefalopatía hipoglucémica o daño permanente de la corteza cerebral por episodios repetidos de hipoglucemias severas.

Actuaciones en el Centro de Día

Criterios de ingreso hospitalario

- Hipoglucemias secundarias a tratamiento con SULFONILUREAS de vida media larga (Clorpropamida, Glibenclamida) que pueden ser graves, sobre todo en pacientes mayores. Requiere observación de 48-72 horas con perfusión continua de glucosa al 5-10%.
- Hipoglucemias por ingesta alcohólica.
- Hipoglucemias graves que no responden a las medidas habituales.

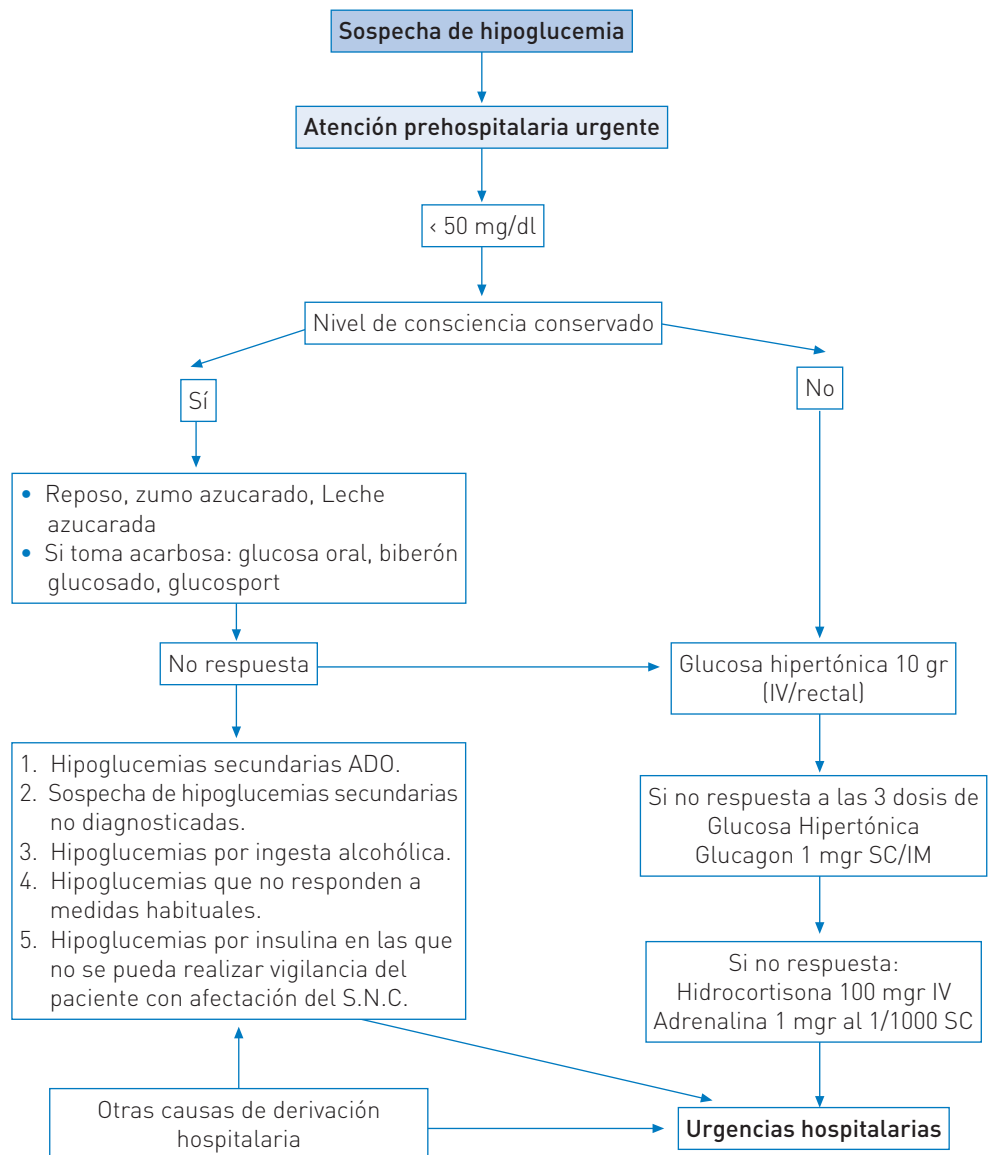
Educación para la salud

- Informar sobre la hipoglucemia, que es, y por qué se produce.
- Informar a pacientes y familiares sobre la diabetes, los síntomas de hipoglucemia y por qué se producen, la forma de corregirlos (alimentos azucarados, manejo del glucagon).
- Informar sobre como prevenir la aparición de hipoglucemia.
- Informar sobre la necesidad de registrar estos episodios.



Tratamiento

| Glucemia Mg/dl | Signos y síntomas | Tratamiento |
|---------------------------------------|--|--|
| <50 en glucemia capilar | Letargia, lasitud, bostezo, irritabilidad, falta de concentración Sudoración hiperventilación taquicardia | 1 vaso de zumo o Pieza de fruta o 30 gr de pan o 3 galletas |
| A los 20 minutos glucemia capilar <50 | | 1/2 vaso de zumo o 1/2 Pieza de fruta o 15 gr de pan o 1 galleta |
| <50 | Inconsciente, convulsiones | GLUCOGEN HIPOKIT 0,5 o 1 ml |



urgencias sanitarias

2. Hiperglucemias

Son múltiples los factores que pueden descompensar la diabetes y causar hiperglucemia (no cumplimiento terapéutico, presencia de enfermedad intercurrente, fármacos, situaciones de estrés,...).

Se suele manifestar con el síndrome de las 4 P: Poliuria, Polifagia, Polidipsia, Pérdida de Peso. En ocasiones presenta prurito. Puede evolucionar a descompensación hiperglucémica como la Cetoacidosis o la descompensación Hiperosmolar.

Causas más frecuentes

- Falta de inyección de Insulina o de toma de hipoglucemiantes orales.
- Trasgresión alimentaria.
- Enfermedad intercurrente.
- Fármacos.

Prevención

- Ante cualquier enfermedad intercurrente el control metabólico puede deteriorarse rápidamente, por lo que es necesario que el paciente y su familia estén instruidos sobre las acciones a realizar ante estas circunstancias:
 - Es fundamental realizar autoanálisis de glucemia capilar y cetonurias en su domicilio dos o más veces al día.
 - Es necesario beber al menos 2 litros de líquidos al día (zumos, agua, caldos, infusiones,...).
- Si está en tratamiento con hipoglucemiantes orales o insulina es importante advertirle QUE NO DEBE SUSPENDER EL TRATAMIENTO y que contacte con su médico para valorar la insuliniación.

Actuaciones en el Centro de Día

Criterios de Ingreso hospitalario

- Glucemia >500mg/dl o cetonuria intensa de más de 2 +.
- Vómitos no controlados con dieta y antieméticos.
- Imposibilidad de asegurar la ingesta.
- Alteraciones en la respiración.
- Alteraciones del comportamiento o de la consciencia.
- Sospecha de cetoacidosis, descompensación hiperosmolar.
- Cuando decidimos trasladar al hospital en el fondo el elemento clave es la hidratación.

Tratamiento

Ante una Hiperglucemia se debe aumentar el ejercicio físico, siempre que las cifras no sean superiores a 250 mg/dl y disminuir la ingesta de comida, controlando las glucemias capilares.



c. Protocolo de actuación ante los SPCD en pacientes de los Centros de Día de Alzheimer

Los trastornos de conducta o alteraciones en el comportamiento del paciente diagnosticado de E de Alzheimer u otras Demencias, aparecen en algún momento de la evolución de la enfermedad, generalmente en fases moderadas o avanzadas de la enfermedad, con mayor o menor gravedad e intensidad y con unas repercusiones que varían:

- Según el tipo de trastorno.
- Las colaboración y la sobrecarga a la que esté sometida la familia.
- La propia estructura del Centro de Día.
- La colaboración con los servicios de Salud de la Comunidad de Madrid (médico de Atención primaria y especialistas).

Aunque en el pliego de condiciones y de funcionamiento de los Centros de Día, actualmente vigente, se considera a los "trastornos de comportamiento" como una causa de baja en los centros, siempre que no puedan ser controlados ni conductual ni farmacológicamente, y tengan una intensidad y gravedad que dificulten seriamente la convivencia o sean peligrosos para el propio paciente, para los trabajadores o el resto de los pacientes del Centro de Día; consideramos que no es adecuado ni ético dar de baja de un Centro de Día a un enfermo, justo en la fase en la que mayor sobrecarga se produce en los cuidadores, salvo que sea imposible su manejo después de agotar todas las posibilidades de atención sociosanitaria.

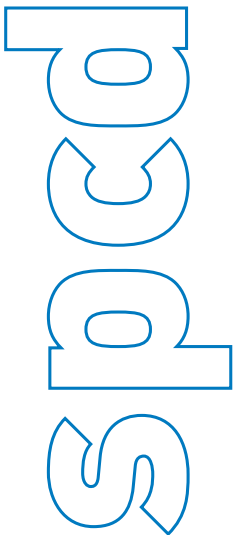
Este problema debe ser abordado por todo el equipo multidisciplinar y con una actitud de colaboración estrecha entre todos los profesionales del propio Centro de Día, la complicidad de la familia y la colaboración de los especialistas externos que traten al paciente.

Para todo ello debemos contar con unas premisas:

- Debe realizarse una formación exhaustiva a los auxiliares, conductores, y resto del personal, que esté en contacto con los pacientes en el Centro de Día, sobre la demencia, sintomatología, evolución y sobre el manejo de los trastornos de conducta.
- Formación en el Centro de Día de un equipo especializado para el estudio tratamiento y asesoramiento de los trastornos conductuales, en cada caso individualizado. Debe estar dirigido por el Psicólogo del centro y en el deben estar todos los Técnicos del equipo.
- Se deben habilitar en cada centro espacios para las personas más deterioradas, (zonas para poder deambular etc.) y destinar a su cuidado a una persona responsable y formada.
- Constitución desde el equipo médico de Departamento de Centros de Día de un grupo de trabajo que se reunirá con una periodicidad semanal en sesión clínica para estudiar cada caso especial.

Teniendo en cuenta que cada caso es independiente, evoluciona de forma distinta y los factores externos también lo son, es necesario que establezcamos unas pautas que deben agotarse en todos ellos antes de tomar la decisión de cursar baja en el Centro de Día:

1. Si el paciente no ha presentado nunca trastornos de comportamiento y este no es de suficiente gravedad aunque si precisa una atención directa, el equipo del Centro de Día debe iniciar un tratamiento conductual, del que será informado todo el equipo y por supuesto la familia en una entrevista presencial dirigida por el psicólogo del centro, dándole pautas para el manejo en el domicilio.



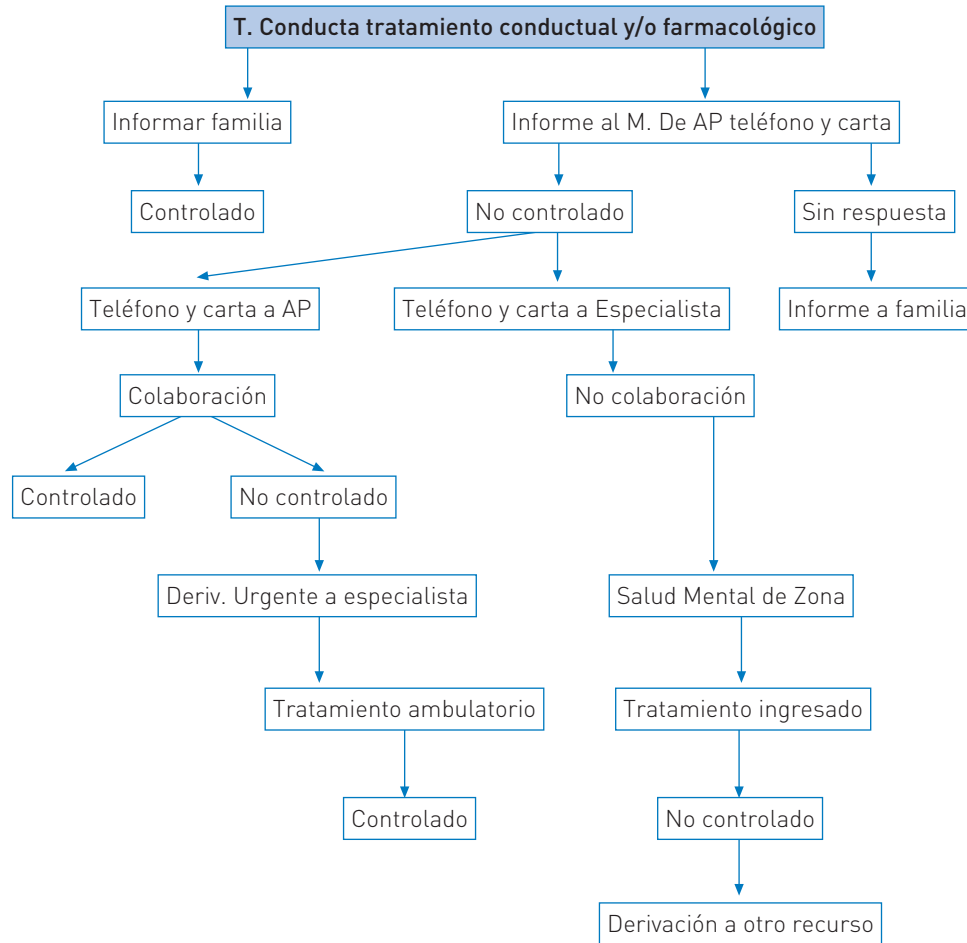
2. Si el trastorno de conducta solo se presenta ocasionalmente, y no se puede manejar conductualmente el médico del Centro de Día recomendará un tratamiento farmacológico puntual, informando a la familia por escrito del problema surgido y del tratamiento administrado. Se informará por escrito al médico de atención primaria solicitando su colaboración.
3. Si el trastorno de conducta se presenta de forma regular, no se controla con el manejo conductual y es de suficiente gravedad e intensidad, el médico del Centro de Día recomendará un tratamiento farmacológico, informando a la familia de la necesidad del mismo en una reunión presencial, o telefónica y por escrito. Se indicará la necesidad de acudir a su médico de AP / neurólogo con un informe detallado, de tal forma que sea el especialista el que prescriba la medicación que debe tomar el paciente. Si la consulta tiene mucha demora, y no se puede mantener la situación, el médico del Centro de Día se pondrá en contacto telefónico con el médico de referencia (AP, neurólogo, psiquiatra etc.) comentándole el caso y el fármaco que el crea más adecuado.
4. Si el paciente ya tiene pautado tratamiento por trastornos de comportamiento habituales o frecuentes, y este es insuficiente, o el médico del Centro de Día cree necesario modificar el fármaco por no ser el más adecuado para el problema actual, debe realizar la recomendación por escrito argumentándola y debe intentar establecer comunicación telefónica con su médico de Atención Primaria y / o neurólogo para trabajar en común.

En todos los casos la familia debe estar alertada de los problemas del paciente, mediante cartas con copia guardada en el expediente único. Las reuniones presenciales y las comunicaciones telefónicas deben ser todo lo frecuentes que exija la gravedad del caso, y siempre reflejadas en la historia clínica. Es posible que sea necesario que estas comunicaciones estén firmadas por la familia como acuse de recibo. El trabajo con la familia debe ser abordado de forma interdisciplinar.

De todas las actuaciones se debe informar a la trabajadora social de zona, responsable último del caso.

5. Para todos los casos en los que a pesar del tratamiento farmacológico exhaustivo no se controlan los trastornos de conducta y estos son graves y frecuentes, puede ser conveniente hablar con los servicios de Salud Mental de cada zona de salud y estudiar la posibilidad de remitirles a los pacientes.





Normas de actuación para trabajadores del Centro de Día

- Una persona está agitada o se muestra inquieto si:
 - Anda con pasos rápidos.
 - Se frota las manos reiteradamente.
 - Repite preguntas constantemente.
 - Se balancea, rasca, araña, golpea, etc.
 - Juega con los tiradores de las puertas.
 - Cambia los muebles de lugar.
 - Intenta escapar del Centro.
 - Hace ruidos sin finalidad aparente.
 - Gime, se lamenta o solloza.
 - Comunicaciones o gestos amenazantes (gritos, empujones).
 - Resistencia al cuidado (al baño, por ejemplo).
- Orientaciones que pueden ayudar a prevenir los estados de agitación:
 - Poner música suave, especialmente guitarra o clave.
 - Realizar actividades que implique escuchar y que no sean excesivamente complejas.

- Realizar tareas constructivas, jardinería, lavandería (doblar ropa), tareas de clasificación (cartas).
- Proporcionar algo para que la persona se entretenga.
- Hacer algún ejercicio físico sencillo, aunque sea de carácter pasivo.
- Dar masajes.
- o **Cómo actuar en caso de que se produzca:**
 - Buscar el contacto visual.
 - Acercarnos a la persona con calma y tranquilidad.
 - Ofrecer comprensión y seguridad.
 - Intentamos tranquilizarle verbalmente, hablándole sosegadamente.
 - Intentamos agarrarle las manos, a la altura de las muñecas, con una suave presión para transmitirle tranquilidad (contacto físico). También puede ser útil presionar la parte del cuerpo que está agitada y pedirle a la persona dependiente con amabilidad que cese el movimiento, reduciendo el contacto progresivamente hasta que cese la agitación.
 - No mostrar nerviosismo.
 - Imitación de la respiración del enfermo, en muchas ocasiones los enfermos tienden a la conducta modelada. La respiración deberá de ser cada vez más lenta.
 - Analizar lo ocurrido y modificar el entorno.
 - Siempre dar una respuesta a sus sentimientos, no ignorar, ni tampoco darle demasiada importancia.
 - Intentar reducir la estimulación excesiva. Muchos estímulos a la vez (televisión, radio, ruido de otras áreas del Centro) le producen excitación y nerviosismo.
 - Simplificar el ambiente que le rodea, evitar hacer cambios drásticos.
- o **Una persona en situación de dependencia, puede tener conductas agresivas por diversas causas:**
 - Ante la sensación de que se está invadiendo su espacio personal, ej.: el aseo.
 - Cuando se siente incapaz o frustrada por no realizar las actividades más básicas, ej.: vestirse, comer, andar...
 - Como reacción ante una acción del cuidador, ej.: el cuidador sale un momento y la persona se siente abandonada.
 - Como una consecuencia de tener un estado de ánimo deprimido.
 - Ante cambios en el entorno inmediato o en las rutinas.
 - Como efecto secundario de alguna medicación.
 - Como reacción a un estado de confusión.
 - Ante sentimientos de soledad o por necesidad de atención.
 - Ante determinados comportamientos de otras personas.
- o **Orientaciones para evitar que la persona se ponga agresiva:**
 - Intentar fomentar la independencia. Esto hace que aumente la confianza y la seguridad. Una de las cosas que fomenta la agresividad, es la frustración de no ser autónomo.
 - Introducir el menor número de cambios posibles en la vida diaria. Los cambios provocan malestar y confusión; y esto agresividad. PROGRESIÓN es la palabra clave.
 - No prestar excesiva atención a la persona cuando ésta agresiva o insultante. No reforzar conductas agresivas.
 - Elogiar y recompensar cuando actúa positivamente.
 - Intentar que la persona haga actividades incompatibles con el comportamiento agresivo.
 - Permanecer tranquilo y actuar con calma.



- Explicar en todo momento lo que tiene que hacer, paso a paso.
- Distraer la atención.
- Eliminar objetos peligrosos.
- Asegurarse de que no se hará daño.
- Sugerir que en vez de comportarse agresivamente, diga lo que le ocurre.
- **Cómo actuar en caso de que se produzca:**
 - No tomarse la agresividad como algo personal.
 - No gritar, sujetar, provocar o elevar la voz.
 - No enfrentarse ni pedir explicaciones.
 - No hacer gestos bruscos, ni tocarle inesperadamente o por detrás.
 - No aumentar los sentimientos de amenaza o alarma.
 - Postura empática, receptiva, recordar siempre que la sonrisa es el amortiguador de la agresividad.
 - Eliminar o retirar objetos peligrosos del alcance del enfermo.
 - Buscar el contacto visual facilitando el acercamiento progresivo.
 - Si el enfermo está muy agresivo o en ese momento no se le puede controlar, colocarse fuera del alcance de sus golpes.
 - No llamar a muchas personas ante esas situaciones.
 - Preguntarle qué pasa y si le podemos ayudar (con voz suave).
 - Desviar la atención (verbalmente o ambientalmente).
 - No provocar amenazas mediante bromas, “tomaduras de pelo”, o “a base de ridiculizar”, etc.
 - Anticiparse a la agresividad.
 - No utilizar restricciones físicas.
 - Olvidar lo ocurrido recordando siempre que la persona agresiva que está al lado es un enfermo.

Pautas de comunicación con el enfermo de Alzheimer

- Acercarnos a la persona de frente y lentamente, para que nos vea y le dé tiempo a reconocernos.
- Sentarnos en frente o al lado, mirándole a los ojos.
- Adecuar nuestra comunicación verbal a su nivel de expresión y comprensión.
- Hablar despacio, claro y de forma afectuosa, más según avanza la enfermedad.
- Dar tiempo para la respuesta, sus funciones cognitivas están deterioradas y disminuye su tiempo de reacción.
- Repetir la misma información o pregunta con las mismas palabras y el mismo tono de voz, de esta manera, con muchísima *paciencia*, se repetirán las cosas tantas veces como sea necesario para que el enfermo nos entienda.
- Motivarle para que se exprese y ayudarlo a hacerlo, debemos mostrar interés en lo que está diciendo o sintiendo. Le ayudaremos cuando no encuentre la palabra adecuada ofreciéndole una idea, pero tratando de *no corregirle cuando se equivoque*.
- Llamarle por su nombre, es el primer estímulo para todo ser humano.
- No hablar por él.
- No hablar de él como si no estuviera presente.
- Recurrir a la comunicación no verbal, utilizar el *contacto físico* de forma lenta y suave, para no asustar ni resultar invasivo con nuestro contacto. *Sonreír*, una sonrisa puede tranquilizarlo y un abrazo o un beso le demostrarán cariño y seguridad.

spcd

- Frases cortas, directas, breves y sencillas, utilizar palabras que sean familiares, simplificar el mensaje. Las explicaciones largas suelen confundirles. Una información sencilla y breve le ayudará a que se sienta orientado y seguro.
- Escuchar con atención, repetir con otras palabras lo que él/ella ha dicho. Clarificar posiciones, no juzgar, no dar consejos continuamente.
- Lenguaje con frases en positivo, es preferible decir “*lo que debe hacer*” que “lo que no debe hacer”.
- Preguntas cerradas, mejor que abiertas y en etapas avanzadas mejor evitar las preguntas en general.
- No utilizar frases disyuntivas, pedirles concretamente lo que deseamos o indicarles las cosas de una en una. Puede ser que desde la primera fase confundan las preposiciones y conjunciones.
- Buscar temas de conversación, sobre todo su pasado, viendo fotos, periódicos antiguos, libros con ilustraciones. Elegir temas que les gusten y les agraden.
- Reforzar positivamente, de forma llamativa cuando hagan algo bien, para que se acuerden de lo positivo.
- Tratar en todo momento al enfermo con dignidad y respeto, y siempre como a un adulto. Hablarle al enfermo como se habla a un adulto, no como si se tratara de un niño, son adultos enfermos.
- Ignorar alucinaciones o delirios inofensivos, lo mejor en estos casos es darle la razón para que se muestre confiado y después tratar de desviar su atención hacia otra idea o actividad.
- Mantener la calma, desviar la atención hacia algo que les guste, cuando hagan algo mal o estén agresivos. Es bueno evitar movimientos bruscos y no expresar agobio e inquietud.
- No discutir ni regañarles, ellos no tienen la culpa es la enfermedad, recordarán el regaño.
- No aplicar la lógica ni el razonamiento, van perdiendo esta capacidad, siguen su propia lógica.
- No hacer preguntas sobre cosas que sabemos, mejor recordárselas afirmándolas, mejor decirles “Hoy es lunes”, que preguntarles ¿Qué día es hoy?
- No utilizar la expresión “¿no te acuerdas?”, es necesario vigilar y evitar las expresiones que examinen la capacidad de su memoria, ya que puede producir en el enfermo frustración. Por ejemplo, es preferible decir “Aquí está tu prima Carmen” en lugar de “¿No recuerdas de tu prima Carmen?” o decir “Soy Luisa” en vez de preguntarle “¿Sabes quien soy?”
- Recordarles e informarles de sus acciones presentes, pasadas y futuras, hablarles de lo que están haciendo, así como informarles de todo lo que van hacer, para reducir la ansiedad.
- Ante frases incompletas o largas exposiciones resulta útil utilizar la reformulación (devolverle alguna palabra, sentimiento o significado de lo que han transmitido). Esto les ayuda a continuar hablando.
- Utilizar tono de voz medio moderado.
- Eliminar ruidos de fondo.
- Utilizar el humor.



D. Protocolos de fisioterapia

Cada usuario del Centro de Día recibe un tratamiento de Fisioterapia individualizado y realiza unos programas específicos en función de sus necesidades físico-cognitivas.

Estos programas son:

- **Programas de mantenimiento:**
Destinados a aquellos usuarios cuyos niveles de funcionalidad son satisfactorios o aquellos en los que los niveles de recuperación funcional han llegado a su punto máximo.
- **Programas de recuperación funcional:**
Destinados a aquellas personas que, por distintas causas, hayan sufrido un deterioro físico-funcional, observándose algún grado de disminución en su independencia.

Protocolo de fisioterapia grupal

Justificación

Necesaria para mantener la máxima independencia funcional y prevenir la aparición de limitaciones que van a impedir y/o limitar la realización de AVD.

Objetivos

- Mantener una buena funcionalidad de los usuarios para potenciar al máximo su independencia.
- Mantener la amplitud articular, coordinación y fuerza muscular.
- Entrenamiento del sistema cardiorrespiratorio.
- Prevención de dolores musculares y articulares que aparecen como consecuencia de la inactividad física.
- Potenciar relaciones grupales.
- Evitar el inmovilismo.
- Estimular aspectos cognitivos.

Indicaciones terapéuticas

En aquellos usuarios mayores con declinar funcional por el propio envejecimiento y situaciones comunes a la 3ª edad como artritis, vértigos, atrofas musculares, alteraciones articulares, lentificación de reacciones defensivas, pérdida de fuerza y disminución de potencia muscular, disminución fisiológica de audición y la vista.

Metodología

Consiste en ejercicios sencillos que realizan prácticamente todos los usuarios, controlados y dirigidos por el fisioterapeuta para adaptarlos a las particularidades de cada uno.

Se realiza en sedestación y también en bipedestación con apoyo.

Incluye:

- Ejercicios de mantenimiento de la amplitud articular y de tonificación muscular de MMII, MMSS y columna.
- Ejercicios respiratorios.
- Ejercicios circulatorios.
- Ejercicios de estimulación orofacial y deglutoria.

Se incluyen también otro tipo de ejercicios que combinan la actividad física, la coordinación y la memoria con el juego.

protocolo de fisioterapia

Protocolo de fisioterapia específica

En el se incluyen los siguientes protocolos:

1. Protocolo de rehabilitación funcional

Justificación

Este programa se presenta para hacer frente a diversas patologías o entidades que cursen con pérdida de fuerza muscular y limitación del rango articular de las extremidades y tronco.

Objetivos

General

- Mejorar la calidad de vida del usuario.

Específicos

- Mantener la máxima independencia del usuario para el desarrollo de las AVD y para su propia movilidad.
- Mantener su estado funcional articular y muscular conservando la movilidad residual.
- Restablecer la función perdida cuando sea posible.

Indicaciones terapéuticas

En aquellos usuarios con trastornos de movilidad, con presencia de cuadros de dolor, disminución de fuerza y descoordinación muscular, limitación articular, alteraciones de la marcha y alteraciones de la estabilidad.

Metodología

Serán incluidos en este programa usuarios que por diagnóstico médico y valoración fisioterápica sean susceptibles de rehabilitación funcional al presentar patologías o alteraciones que cursen con:

- Rigidez capsuloligamentosas.
- Retracciones miotendinosas.
- Hipotonía muscular y/o flaccidez.
- Otros.

Se emplearán diferentes herramientas de fisioterapia tales como *terapia manual* (con la utilización de diferentes técnicas específicas de fisioterapia), *cinesiterapia* (pasiva, activa-asistida, activa-libre y activa-resistida), *mecanoterapia*, etc.

2. Protocolo de fisioterapia respiratoria

Justificación

Este programa se presenta para hacer frente a las diversas alteraciones respiratorias que pueda presentar el paciente geriátrico.

pág.
92-93



Objetivos

- Mejorar y/o mantener la capacidad respiratoria.
- Mejorar y/o mantener la mecánica ventilatoria.
- Mejorar y/o mantener la capacidad de adaptación al esfuerzo.
- Fortalecer la musculatura respiratoria.
- Favorecer la capacidad de expectoración.

Indicaciones terapéuticas

En todo usuario mayor que por la edad en sí misma presente cambios en la mecánica respiratoria externa e involución senil de los tejidos pulmonares, aumento de rigidez torácica, cifosis senil, debilidad de la faja abdominal y en aquellos usuarios con problemas respiratorios cualquiera que sea su origen.

Metodología

Serán incluidos en este programa usuarios que por diagnóstico médico o valoración fisioterápica sean susceptibles de fisioterapia respiratoria tanto a nivel preventivo como rehabilitador.

Incluirá:

- Potenciación de respiración diafragmática.
- Técnicas de expansión costal.
- Control respiratorio tras esfuerzo.
- Técnicas de ahorro energético y simplificación de trabajo.
- Y otras técnicas específicas de fisioterapia respiratoria.

3. Protocolo de marcha, equilibrio y postura

Justificación

Este programa se presenta para hacer frente a las diversas patologías que provoquen o exista riesgo de provocar una alteración del equilibrio, marcha y/o postura.

Objetivos

- Potenciar la marcha y el equilibrio en usuarios que presentan alteraciones y dificultades en la deambulación.
- Restablecer la marcha, equilibrio y postura en el usuario que la ha perdido.
- Adecuar la ayuda técnica a cada usuario y educarle en su correcto manejo.
- Evitar el sedentarismo.

Indicaciones terapéuticas

Aquellos usuarios con riesgo de inmovilismo, bien sea por algún problema físico, por tendencia al sedentarismo o como consecuencia de alguna enfermedad aguda o crónica.

Metodología

Se realiza con aquellos usuarios con riesgo de inmovilismo, bien sea por algún problema físico o por tendencia al sedentarismo.

protocolo de fisioterapia

Se emplearán diferentes herramientas de fisioterapia tales como:

Equilibrio

- Transferencias (sedestación-bipedestación y viceversa).
- Ejercicios de apoyo monopodal (ojos abiertos- ojos cerrados).
- Ejercicios con diferentes bases de sustentación.
- Ejercicios frente al espejo.

Marcha

- Marcha en paralelas.
- Rampa-escaleras.
- Marcha asistida: la realizarán aquellos usuarios que necesitan ayuda y/o supervisión para la marcha.
- Programa de paseos: por el centro o jardín cuando lo permitan las instalaciones. Las realizarán aquellos usuarios cuya marcha es independiente aunque utilicen ayudas técnicas como bastones, muletas o andadores.
- Marcha con obstáculos, en línea recta, zigzag, lateral, etc.

Postura

- Reeducación postural frente al espejo.
- Cambios posturales.
- Medidas de higiene postural.

El fisioterapeuta realizará un listado con los usuarios que necesitan supervisión o acompañamiento para la marcha, de forma que todo el personal del centro esté informado y se reduzca al máximo el riesgo de caídas.

4. Protocolo de intervención en caídas

Justificación

Las caídas producen en el paciente mayor una elevada morbilidad y mortalidad pero también tienen importantes efectos psicológicos “*síndrome postcaída*”, que sin provocar problemas físicos iniciales, provoca secuelas psicológicas tan incapacitantes como una fractura de cadera.

Las caídas se producen como consecuencia de la interacción de una serie de factores de riesgo *intrínsecos* (fármacos, enfermedades crónicas, alteraciones del equilibrio y la marcha, etc.), y *extrínsecos* relacionados fundamentalmente con características de su entorno, que exponen al paciente a situaciones de riesgo.

En la mayor parte de los casos la caída en una persona mayor suele ser consecuencia de una inadaptación entre la persona y su entorno, de origen multifactorial.

Objetivos

Generales

- Disminuir la frecuencia de las caídas en los usuarios del centro.
- Minimizar los daños derivados de la caída.



Específicos

- Identificación e intervención de *factores de riesgo intrínsecos*.
- Intervención sobre *factores de riesgo extrínsecos* (barreras arquitectónicas, hábitos peligrosos, etc.).
- Reeducación de la marcha.
- Mejora del equilibrio.
- Mejora de fuerza y movilidad articular.
- Enseñanza al usuario en destrezas para levantarse del suelo.
- Adaptación del centro.

El programa está destinado al estudio y prevención de las caídas en la población mayor.

Con este programa se busca disminuir la frecuencia de las caídas y sus posibles consecuencias, abordándolo desde un punto de vista interdisciplinar.

Tipología de usuarios de este programa

- Usuarios que hayan sufrido múltiples caídas leves (más de tres durante un año o que se hayan caído y no hayan podido levantarse por sí mismos).
- Usuarios que aunque no hayan sufrido caídas recientemente, presentan marcha inestable con riesgo de caída.

Indicaciones terapéuticas

- Usuarios que hayan sufrido múltiples caídas leves (más de tres durante un año o que se hayan caído y no hayan podido levantarse por sí mismos).
- Usuarios que aunque no hayan sufrido caídas recientemente, presentan marcha inestable con riesgo de caída por diferentes patologías.

Metodología

- Valoración funcional del usuario para identificar posibles factores de riesgo de caída (*factores intrínsecos*):
 - Aplicación de escalas que evalúen el equilibrio y la marcha.
 - Debilidad de la musculatura de MMII.
 - Alteración de la marcha y equilibrio.
 - Mala adaptación o estado de las ayudas técnicas para la marcha.
- Valoración del entorno (*factores extrínsecos*):

Para detectar posibles causas de caídas (iluminación, obstáculos, etc.).

Tras identificar los factores de riesgo se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:

 - Ejercicios de potenciación muscular.
 - Ejercicios de equilibrio y coordinación.
 - Indicación y/o adaptación de ayudas técnicas para la marcha. Revisión y mantenimiento de las mismas.
 - Enseñanza de destrezas específicas para levantarse del suelo tras una caída.
- Intervenir, en caso de caída, sobre las posibles consecuencias físicas (fracturas, contusiones, etc.) y psicológicas (*síndrome postcaída*), proporcionando confianza y apoyo e intentando reducir los miedos y ansiedad.
 - **Charlas de educación:** sobre barreras arquitectónicas para minimizar riesgos extrínsecos.

protocolo de fisioterapia

- **Registro de caídas:** Lo rellenará quien presencie la caída en primer lugar, continuando la cumplimentación el resto de profesionales (Dpto. médico, enfermería, fisioterapia, psicólogos,) cuando sea necesario, para lograr la mayor eficacia posible.
- Se informará a todo el personal del Centro de Día:
 - Día y hora de la caída.
 - Lugar exacto de la caída.
 - Si fue capaz de incorporarse solo/a del suelo: SI/NO.
 - Posición en la que fue encontrado.
 - Circunstancias previas a la caída (suelo mojado, obstáculos, falta de iluminación, incorporación rápida, etc.).
 - Síntomas previos como cefalea, debilidad MMII, mareos, palpitaciones, etc.
 - Motivo de la caída.
 - Consecuencias de la caída.
 - Observaciones.

5. Protocolo de terapia antiálgica

Justificación

Este programa se presenta para hacer frente a las diversas entidades dolorosas que pueden aparecer en el paciente geriátrico.

Tener en cuenta que el dolor es el síntoma que más preocupa y que más alteración funcional produce.

Objetivo

- Disminuir o eliminar el dolor.
- Mejorar la calidad de vida del usuario.

Indicaciones terapéuticas

Todos aquellos usuarios que presenten patologías o alteraciones que cursen con dolor tipo:

- Articular (artrosis).
- Muscular (contracturas).
- Ligamentoso (esguince).
- Otros.

Metodología

Se emplearán diferentes herramientas de fisioterapia, *siempre que el usuario no presente ninguna contraindicación para poder recibir la misma*, tales como:

Electrotermoterapia

- Electroterapia analgésica (TENS).
- Ultrasonidos.
- Termoterapia superficial (INFRARROJOS).
- Termoterapia profunda (MICROONDAS).
- Parafina.
- Crioterapia.



Cinesiterapia

- Terapia manual.

Tipología de usuarios

Serán incluidos, aquellos usuarios que tras valoración fisioterapéutica sean susceptibles de fisioterapia antiálgica al presentar patologías o alteraciones que cursen con dolor tipo:

- Articular (artrosis).
- Muscular (contracturas).
- Ligamentoso (esguince).
- Otros.

6. Protocolo de psicomotricidad

Justificación

La psicomotricidad es una técnica que nos va a permitir abordar la reeducación y en algunos casos la educación de los siguientes aspectos de la persona:

- Reeducar la sociabilidad, trabajar para que las relaciones personales mejoren o reaparezcan. El cuerpo humano es el medio de comunicación en el cual se recoge y se transmite la información. A un cuerpo rígido, con poco movimiento le cuesta mucho recibir y enviar mensajes al exterior. Un trabajo de movilización sobre el cuerpo, implica un bienestar corporal y una mayor facilidad para comunicarse con los demás.
- Paliar los trastornos motores como pueden ser los referidos a la actitud o posturales, inadapta- ciones relacionadas con la coordinación dinámica general, trastornos de equilibrio, etc. Se pretende la adaptación del tono muscular adecuado, que permitirá mejorar el estado del cuerpo, la postura y la armonía del movimiento.
- Reeducar la percepción.
- Trabajar el desarrollo cognitivo.
- Reeducar la expresión corporal, ya que es facilitadora de la conciencia corporal y de la inves- tigación del movimiento.

Objetivos

- Lograr que el sujeto tenga una mejor vivencia y conocimiento de sí mismo.
- Mejorar la relación con el mundo que le rodea.
- Lograr que el usuario tome conciencia de todo su cuerpo y de sus posibilidades de movi- miento.
- Reconstruir y organizar las percepciones y acciones dentro de un espacio-tiempo, adaptada a la realidad.
- Potenciar los aspectos relacionales con ellos mismos, con el medio, con los demás a través de la expresividad gestual, corporal, verbal, etc.

protocolo de fisioterapia

Indicaciones terapéuticas

Indicado en la mayor parte de personas mayores incluidas las demencias y todas aquellas situaciones donde coexistan una fragilidad física, susceptible de una mayor discapacidad, con reducción significativa de la fuerza muscular e inactividad.

Metodología

Las sesiones de psicomotricidad durarán un promedio de 45 a 60 minutos, en grupos de usuarios de unas 15 personas con patologías homogéneas, utilizando material variado.

Se realizarán actividades para:

- Trabajar el esquema corporal, donde tomarán conciencia del tono muscular, equilibrio, respiración, relajación, coordinación, desarrollo sensorial.
El beneficio sería a nivel de movimiento, funcionalidad y equilibrio.
- Estructuración espacio-tiempo, tales como ritmo, orientación, organización y representación espacial y temporal.
- Potenciar las relaciones con el medio y entre ellos, favoreciendo la expresividad.
- Ayudar a mejorar su atención y memoria.

7. Protocolo de fisioterapia de mantenimiento

Justificación

Se pretende prevenir la aparición de limitaciones que van a impedir o limitar la realización de una serie de actividades.

Este programa se presenta para prevenir y/o retrasar un posible deterioro funcional del usuario.

Objetivo

General

Mantener la funcionalidad plena o residual de los usuarios para conseguir la máxima independencia.

Específicos

- Evitar rigidez y retracciones de las articulaciones.
- Evitar pérdida de fuerza muscular en extremidades.
- Evitar la aparición de edemas en MMII.
- Favorecer la marcha.
- Mantener y/o mejorar el equilibrio.
- Estimular las capacidades psicomotrices.

Tipología de usuarios

- Serán incluidos los usuarios que no presenten ningún tipo de patología invalidante o que en la exploración de fisioterapia obtenga buenos resultados, pero presenten riesgo de aparición de deterioro funcional.
- En aquellos usuarios en los que el nivel de recuperación ha llegado a su punto máximo.

Estarán incluidos en todos los programas de fisioterapia en función de sus necesidades.



Indicaciones terapéuticas

Indicado para mayores de 65 años con declinar funcional y pérdida de capacidades de adaptación asociadas a la edad.

Todos estos programas que lleva a cabo el fisioterapeuta, contará con el apoyo del equipo auxiliar, pero en ausencia del profesional de fisioterapia los únicos programas que podrían llevar a cabo los auxiliares (habiendo recibido formación previa por el fisioterapeuta), serán los de paseos, marcha asistida y cambios posturales.

Protocolo de trabajo con enfermos de Alzheimer

Justificación

La enfermedad de Alzheimer es progresiva e irreversible. La fisioterapia no influye en la reversibilidad de la enfermedad, pero sí influye en la calidad de vida del enfermo mediante una serie de actividades preventivas y terapéuticas sobre las diferentes complicaciones que van surgiendo.

En la E. De Alzheimer se pueden distinguir las siguientes etapas.

- **Primera etapa:** En esta etapa la persona presenta como característica principal una alteración de la memoria, sobre todo a corto plazo. También puede presentar cambios en la personalidad y cambios bruscos de humor, alteraciones conductuales y alteraciones en la utilización del lenguaje, puede ser consciente de su enfermedad y presentar cuadros de ansiedad y depresión.
- **Segunda etapa:** Al progresivo deterioro intelectual se le añade el agravamiento de la alteración de memoria reciente y el comienzo de la alteración de la memoria retrógrada. Las funciones corticales superiores se deterioran, dando lugar al llamado síndrome afaso-apractoagnósico. El lenguaje se empobrece y es menos fluido, con circunloquios, parafasias y anomias. Se deteriora la capacidad de juicio y de pensamiento abstracto. Comienzan a perder independencia para las actividades de la vida diaria.
- **Tercera etapa:** Se agudizan los signos neurológicos y se observa mayor rigidez, espasticidad e hiperreflexia, pueden aparecer reflejos primitivos. Puede que conserven la memoria emocional pero no distinguen a las personas allegadas ni reconocen su imagen en el espejo. Su humor es imprevisible. La desorientación espacio temporal es total. El lenguaje se reduce a frases estereotipadas. Aparece la agnosia visual. Las caídas y sus consecuencias son frecuentes debidas sobre todo a trastornos de la marcha, siendo característica la marcha con pasos cortos arrastrando los pies. La pérdida neuronal de las zonas motoras subcorticales origina un control motor muy inestable. También suelen estar presentes las alteraciones del sueño y deglución así como fases de agitación motora. El final de esta fase es el encamamiento, totalmente dependientes de ayuda por terceras personas, sin control de esfínteres, siendo característica la postura fetal, en flexión. En esta fase aparecen las complicaciones derivadas de la inmovilidad tales como úlceras por presión, neumonía por aspiración, desnutrición, deshidratación, caquexia, etc.

protocolo de fisioterapia

Objetivos

Los objetivos fundamentales en los que se basa el tratamiento son:

- Mejorar la calidad de vida de la persona, normalizando para ello las funciones senso-motoras.
- Prevenir las complicaciones que surgen en el curso de la enfermedad.
- Optimizar las capacidades físicas y psíquicas que se encuentren conservadas.
- Mantener el mayor tiempo posible la independencia funcional del paciente, desarrollo de las AVD, haciendo especial hincapié en la conservación de la deambulación.
- Mejorar las enfermedades intercurrentes que puedan estar presentes en la persona mayor.

Metodología

Teniendo en cuenta la situación física y funcional del los usuarios, el profesional lo incluirá en el programa más adecuado, siendo fundamental tener presentes otras características como (trastornos psicopatológicos, problemas de comunicación, etc.).

Teniendo en cuenta todos los datos anteriores, se establecerá un Programa de Fisioterapia individualizado y adaptado a las características del usuario.

Se marcarán los objetivos individuales que pretendemos conseguir con la aplicación de éste programa.

1. La valoración inicial

Se realizará dentro del primer mes desde el ingreso del usuario en el Centro de Día. Se usará el documento único de valoración.

Se volverá a realizar, cuando el estado funcional del usuario se haya visto modificado por ingreso hospitalario, nueva enfermedad, caída, intervención quirúrgica o por otros motivos que el fisioterapeuta considere oportuno.

2. Valoración de seguimiento

Cada usuario se vuelve a valorar al menos cada seis meses, después de la valoración inicial, para observar si se han cumplido los objetivos marcados y si la planificación hecha es la correcta.

Es fundamental que el usuario ante cualquier cambio en su estado de salud, aporte los informes médicos pertinentes que serán necesarios para recibir los tratamientos específicos de fisioterapia.

Cada usuario del Centro de Día recibe un tratamiento de Fisioterapia individualizado y realiza unos programas específicos en función de sus necesidades físico-cognitivas.

En un Centro de Día de Alzheimer, los programas de fisioterapia a desarrollar serán los mismos que se llevan a cabo en un Centro de Día de Físicos, con la particularidad de que se adaptarán al grado de deterioro cognitivo que presenten los usuarios.

Los programas serán: rehabilitación funcional, fisioterapia respiratoria, programa de marcha, equilibrio y postura, programas de intervención en caídas, terapia antiálgica, programa de psicomotricidad, programa de fisioterapia de mantenimiento.

Aunque los programas a desarrollar son los mismos, desde la fisioterapia se hará especial hincapié en las siguientes actuaciones:



- **Protocolos de fisioterapia de mantenimiento:** Destinados a aquellos usuarios cuyos niveles de funcionalidad son satisfactorios o aquellos en los que los niveles de recuperación funcional han llegado a su punto máximo.
- **Protocolos de recuperación funcional:** Este programa se presenta para hacer frente a diversas patologías o entidades que cursen con pérdida de fuerza muscular y limitación del rango articular de las extremidades y tronco.

Se trabajará según las distintas fases de evolución de la enfermedad:

- **Fisioterapia en fase leve:** Con el tratamiento se pretende retrasar la pérdida de las capacidades físicas del paciente, así como fomentar la independencia funcional. Se realizarán tratamientos grupales o individuales que incluyan:
 - Ejercicios de relajación.
 - Ejercicios respiratorios.
 - Ejercicios activos suaves y sencillos.
 - Reentrenamiento de la bipedestación y la marcha.
 - Ejercicios de coordinación.
 - Cinesiterapia pasiva y activo-asistida.
 - Ejercicios de fortalecimiento muscular.
 - Estiramientos musculares.
- **Fisioterapia en fase moderada:** El tratamiento será parecido al de la fase anterior pero modificados y adaptados al estado del individuo:
 - Ejercicios de repetición de actividades elementales. Práctica de gestos funcionales.
 - Reentrenamiento de la marcha.
 - Ejercicios de corrección de deformidades y control postural.
 - Ejercicios flexibilizantes.
 - Elongaciones musculares.
 - Fortalecimiento muscular global y analítico.
 - Trabajo del esquema corporal y reconocimiento del propio cuerpo.
- **Fisioterapia en la fase severa:** El tratamiento se basa fundamentalmente en la intervención sobre las complicaciones del inmovilismo. Para ellos se llevará a cabo lo siguiente.
 - Movilización diaria pasiva.
 - Movilización activa o activo- asistida.
 - Cambios posturales frecuentes.
 - Fisioterapia respiratoria.
 - Enseñanza de higiene postural y ergonomía al cuidador de la persona con enfermedad de Alzheimer (educación a las familias).

3. Evaluación

Diariamente se registrará la asistencia y realización de las técnicas / actividades indicadas, adaptándolas según la evolución del usuario. Periódicamente se realizarán valoraciones interdisciplinarias donde se valorarán los cambios acontecidos y se replantearán los objetivos dependiendo de la evolución del usuario.

Se utilizarán los anexos de valoración inicial y de seguimiento.

terapia ocupacional

E. Programas de terapia ocupacional en los Centros de Día municipales

1. Programa de estimulación cognitiva

Fundamentación

La psicoestimulación es una intervención con finalidad rehabilitadora. A través de un estudio de las capacidades mentales del paciente se establece una estrategia de psicoestimulación para tratar al mismo así mejorar como funcional y socialmente.

El programa consiste en la mejora y/o mantenimiento de las funciones que se pierden por el proceso de envejecimiento o en el curso de una enfermedad degenerativa: memoria, lenguaje, capacidad de conocer, praxis...

Objetivos

El objetivo general es estimular y mantener las capacidades cognitivas preservadas y prevenir la aparición de posibles déficits a consecuencia del proceso de envejecimiento o de una patología.

Dentro de este programa se desarrollan actividades que inciden en los siguientes componentes de ejecución:

- Orientación a la realidad.
- Reminiscencia.
- Atención.
- Concentración.
- Memoria.
- Lenguaje.
- Cálculo.
- Praxias.
- Gnosias.
- Funciones ejecutivas (secuenciación, categorización, resolución de problemas, inhibición de respuestas, pensamiento abstracto).
- Esquema corporal.

Metodología

Se trabajará en grupos homogéneos o de manera individualizada en horario de mañana. El número de participante en grupos se decidirá bajo el criterio profesional de Terapeuta Ocupacional.

Para la realización de las actividades se necesita una sala amplia iluminada y con ventilación, libre de obstáculos y acondicionada con mesas y sillas y espacio suficiente para dinámicas grupales.

Actividades

- **Cálculo.** Realización de operaciones sencillas de sumar, restar, multiplicar y dividir, según los niveles y capacidades personales. Para esta actividad se necesitaría distinto material de operaciones matemáticas como de problemas.

pág.
102-103



- **Escritura.** Estimular la escritura con distintas copias o mediante el dictado. Para aquellos que no saben escribir ejercicios de pre-escritura o de seguir distintos puntos para enlazarlos mediante una línea continua. Se utilizará como material cuadernos de prescritura.
- **Lenguaje.** Fomentar el desarrollo del lenguaje: con debates, definición de palabras o el reconocimiento de objetos, ya sea a través de fotos o mostrando el propio objeto para su identificación.
- **Razonamiento.** Resolver un conflicto planteado por el/la Terapeuta Ocupacional de la mejor manera posible. Simular distintos tipo de diálogos en diferentes situaciones de la vida. Pensar en un personajes famoso y con distintas preguntas de “sí” o “no”, adivinar de quien se trata...
- **Atención y concentración.** Estimular y/o potenciar estas dos áreas tan necesarias para fortalecer la mejora. Utilizaremos distintos juegos, que se adaptaran según el nivel de las personas. Se puede plantear de manera individual o colectivo.
- **Praxias.** Estimular las distintas praxias de los usuarios del Centro de Día.
 - Praxia Gestual, para llevarlo a cabo necesitamos una serie de tarjetas con distintos verbos y cada uno mira su tarjeta y realiza la acción mediante mímica y los demás tienen que adivinarlo. Ordenar distintas secuencias para que formen una acción lógica.
 - Praxia de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), estudiar la secuenciación lógica en las actividades de la vida diaria, tanto en las básicas (alimentación, vestido, baño, deambulación, independencia en el aseo personal), como en las instrumentales (utilización del teléfono fijo o móvil, ir de compras, responsabilizarse de su medicación, cuidado de la casa, manejo de sus asuntos económicos).
 - Praxia Construccional, copiar un dibujo sencillo, construir cubos, cuadrados, triángulos en tres dimensiones, o ejecutar distintas figuras de papiroflexia, siguiendo las instrucciones que previamente les vamos dando.

Para las praxias necesitaremos diferentes tipo de material, según criterio del Terapeuta Ocupacional.

- **Memoria.** Estimular la memoria a través de los cinco sentidos:
 - Memoria Visual, reconocer distintos objetos y su correcta utilización, también reconocer a sus propios compañeros por su nombre.
 - Memoria Auditiva, reconocer distintos sonidos cotidianos que pueden estar en la casa o fuera de ella.
 - Memoria Táctil, identificar distintos objetos cotidianos por el sentido del tacto sin mirarlos.
 - Memoria Gustativa, saborear distintos tipos de sustancias: dulce, salado, picantes... con los ojos cerrados.
 - Memoria Olfativa, reconocer distintos tipos de olores con los ojos cerrados.

Materiales

Además del material propuesto en cada actividad se necesita: pizarra, calendario, reloj grande, libros, fichas de estimulación cognitiva, material actividades psicofuncional... sería beneficioso incorporar nuevas tecnologías como: material audiovisual, proyector y pantalla, programa de estimulación por ordenador y un portátil.

terapia ocupacional

2. Programa entrenamiento y reeducación en AVD'S

Fundamentación

El envejecimiento junto con la aparición de la pluripatología asociada a la edad lleva consigo la disminución progresiva de las capacidades cognitivas, físicas y funcionales. Esta sintomatología influye negativamente en la ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD) así como en su ámbito socio-familiar.

Las enfermedades más frecuentes de las personas mayores de 65 años son las siguientes:

- Patologías osteoarticulares (osteoporosis, osteoartritis y traumatismos).
- Cuadros neurológicos (Demencias, ACV, Síndrome de Parkinson y neuropatías).
- Afecciones psicogeríátricas (Depresión, psicosis y neurosis).
- Patología cardiovascular (HTA, coronariopatías y disritmias).
- Problemas respiratorias (EPOC, enfisema y asma).
- Déficit sensoriales (ceguera, sordera).

No todas las personas con alguna patología necesita ayuda para desenvolverse en su vida cotidiana pero a medida que aumenta la edad se tiende a la pluripatología y con ella a la aparición de la dependencia de terceras personas en todas las AVD que antes desarrollaban por si solos.

La finalidad de la disciplina socio-sanitaria de la Terapia Ocupacional es incrementar y/o mantener el máximo grado de autonomía e independencia posible en todas las AVD.

Objetivos

- Objetivos Generales:
 - Mantener la independencia y autonomía en las AVD que todavía conservan.
 - Reeducar las AVD que han perdido o se encuentran alteradas.
- Objetivos Operativos:
 - Prevenir la aparición de déficits, físicos, cognitivos, funcionales y sociales.
 - Rehabilitar y/o mantener los componentes sensoriomotores.
 - Incrementar y/o preservar la funcionalidad de los miembros superiores.
 - Mejorar y/o conservar los componentes cognitivos necesarios para realizar las AVD de manera adecuada.
 - Mantener y/o potenciar las destrezas psicológicas precisas para una correcta relación con el entorno.
 - Facilitar la ejecución de las AVD adaptando físicamente el Centro a las características de los usuarios.
 - Compensar los déficits cognitivos y funcionales instaurados.
 - Extrapolar lo aprendido a sus domicilios.
 - Incrementar autoestima y motivación.

Metodología

Para la consecución de los objetivos es necesario intervenir en todas las AVD que conservan para mantenerlas, y por tanto, reeducar las AVD cuando existen limitaciones significativas que impiden la realización de las mismas.

Se realiza una valoración inicial de cada una de las AVD con el fin de detectar los déficits y capacidades del usuario en los diferentes componentes del desempeño ocupacional para posterior-



mente poner en marcha el tratamiento rehabilitador. Utilizamos escalas objetivas y fiables como con la Escala Barthel para las ABVD y la Escala Lawton para las AIVD.

Cada seis meses se volverá a pasar estas escalas para ver la evolución del usuario en cada una de las AVD, viendo así si el tratamiento está siendo eficaz en el seguimiento individualizado.

Actividades

Dependiendo del grado de deterioro cognitivo y funcional el usuario se incluirá en diferentes actividades:

- Grupo 1: Personas sin deterioro cognitivo ni funcional. Mantenimiento de las ABVD y AIVD.
- Grupo 2: Deterioro cognitivo/ Funcional Leve. Mantenimiento de las ABVD y la reeducación de las AIVD.
- Grupo 3: Deterioro cognitivo Leve/ Funcional Moderado. Entrenamiento de las ABVD y de algunas AIVD (cuidado de la casa, manejo del teléfono e ir de compras).
- Grupo 4: Deterioro cognitivo/ Funcional moderado-severo. Reeducación de la alimentación.
- Grupo 5: Severo Deterioro cognitivo/ funcional. Estas personas no son susceptibles de tratamiento de este programa.

Es fundamental realizar un tratamiento individualizado adaptando la manera de llevar a cabo la AVD a las características del usuario. Cada persona tenemos una manera de planificarnos, de realizar actividades, resolver problemas, motivaciones e intereses que nos hacen distinguirnos sustancialmente de los demás, si a eso, le añadimos las diferencias que se originan al padecer un tipo de patología u otra, se hace imprescindible personalizar cada actividad al usuario, abordándole desde el enfoque integral del modelo biopsicosocial.

Para poder reeducar las AVD con éxito las secuenciamos en la diferentes tareas que la componen para poder ver donde falla exactamente el usuario. Además de este modo las realizará siempre de la misma manera lo que le creará la rutina necesaria para que consiga adquirirlas, ya que la capacidad de aprender cosas nuevas está alterada.

Es de especial importancia mantener una comunicación bidireccional y frecuente con el equipo técnico y las auxiliares del Centro de Día para recoger información y para explicar las pautas de actuación que usamos desde el Departamento de Terapia Ocupacional para no romper la rutina que es importante para que ello interioricen y adquieran las AVD.

La reeducación de las ABVD del baño se realizará a primera hora de la mañana, en cambio las del aseo personal y vestido a lo largo del horario del Centro. Lugar: cuarto de baño.

La ABVD de la alimentación se realizará en los turnos de comida. Lugar: comedor.

La reeducación de las AIVD tendrá lugar de lunes a viernes a lo largo del día. Lugar:

- Ir de compras, panadería, frutería, papelería y mercado.
- Cuidado de la casa: cocina, comedor y sala con cama.
- Llamar y contestar al teléfono: sala de terapia ocupacional.
- Preparar comida: cocina/office.
- Manejo del dinero: sala de terapia ocupacional y tiendas de la zona.

Es conveniente que el Terapeuta Ocupacional diseñe un panel informativo en el que se reflejen las AIVD y los nombres de los usuarios que van a participar en ella semanalmente. Este panel tiene que estar en un lugar visible por los usuarios para que ellos sepan cual es la AIVD que tienen que

terapia ocupacional

realizar, de esta manera potenciaremos su sentimiento de responsabilidad, atención, memoria y orientación temporal. Cada AIVD será llevada a cabo por uno o varios durante una semana y volverán a realizarla de manera rotativa y periódica.

Por ejemplo:

Jefes de mesa: Maria, Juana, Felipe, Antonio y Angelines. Comprar: Luis. Fregar/secar platos y vasos del desayuno: Encarna y Manuel. Fregar/secar platos y vasos de la comida: Carmen y Miriam. Comprar: José Luis. Barrer y Fregar el suelo: Arturo y Marisa. Hacer la cama: Maribel. Los jefes de mesa serán los encargados de poner y quitar la mesa que comparten con otros usuarios.

La AIVD de la utilización del teléfono se realizará de manera regular, sin horario fijo, se aprovechará las llamadas internas entre los departamentos para que sean los usuarios los encargados de contestar y llamar para transmitir recados.

Todas estas actividades se realizarán atendiendo a las pautas de actuación del Departamento de Terapia Ocupacional que ajustará la exigencia de cada tarea a las características del usuario.

No es necesario que el Terapeuta Ocupacional esté presente en la realización de todas las AVD, una vez que se ha puesto en marcha el programa y se observa que se desarrolla de manera adecuada, pueden ser las auxiliares quién este con el usuario siguiendo las pautas de actuación del Departamento.

El Terapeuta Ocupacional tiene que supervisar de manera periódica la ejecución de estas actividades con el fin de observar si las auxiliares están llevando a cabo las pautas establecidas o si existen incidencias en la evolución del usuario que obliguen a reajustar la actividad.

Si trabajamos con los usuarios de manera regular conseguiremos que generalicen el aprendizaje y extrapolen lo aprendido a su domicilio fomentando así su autonomía.

Es esencial una comunicación bidireccional con la familia para unificar criterios e informar se los programas a participar y sus beneficios y coordinarnos sobre su evolución, de esta manera aumentaremos la eficacia de la intervención y la satisfacción del usuario.

La reeducación de las AVD se verá reforzada con los programa de Estimulación Cognitiva, Terapia Funcional y Psicomotricidad que se imparten en el Centro de Día, ya que en ellos se trabajan los componentes de ejecución necesarios para alcanzar los objetivos operativos que nos hemos planteado.

Materiales

- ABVD del aseo personal: Baño geriátrico. Neceser y ropa de cambio del usuario. Espejo.
- ABVD de la alimentación: platos, vasos, cubertería, servilletas y jarras.
- AIVD del manejo de teléfono: varios teléfono de comunicación interna.
- AIVD del cuidado de la casa: Sala con Cama. Comedor. Fregadero. Escoba, recogedor, fregona...
- AIVD del manejo de dinero y compras: Dinero ficticio pero de aspecto y tamaño igual al real. Dinero real para realizar a diario pequeñas compras en establecimientos cercanos. Por ejemplo: el pan de los usuarios o artículos puntuales que necesite.
- Se necesitará que el Centro de Día disponga de dinero para los productor de apoyo (ayudas técnicas) que sean precisos para que los usuarios consigan realizar las AVD de manera independiente o con mínima ayuda.



- Duración de la Actividad: No se puede establecer una duración fija de cada actividad, ya que el tiempo de ejecución y reentrenamiento en AVD dependerá de las características del usuario.
- Número de Participantes: Para que el tratamiento sea eficaz se realizará de manera individual y en alguna AIVD podrá ampliarse el número según el criterio del Terapeuta Ocupacional.

3. Programa terapia funcional

Fundamentación

Es necesario establecer un programa de tratamiento específico con el fin de superar el déficit físico de la persona que interfiere en sus áreas de autocuidado, ocio y productividad, provocando un desequilibrio en el desempeño ocupacional.

En las personas de edad avanzada existen diferentes limitaciones físicas que interfieren en el desarrollo normal de su vida. La terapia Funcional va dirigida a la realización de actividades para estimular las habilidades de ejecución y las funciones corporales necesarias para poder mantener el máximo grado de autonomía.

Dentro de las habilidades de ejecución, se trabaja con las habilidad motoras (postura, movilidad, coordinación, fuerza, esfuerzo y energía); y con las habilidades de procesamiento (conocimiento, organización del tiempo, espacio y objetos); y en cuanto a las funciones corporales las más destacadas en esta área de intervención son las neuromusculares y motrices.

Objetivos

Objetivo general

- Mantener y/o mejorar el desempeño ocupacional en las diferentes áreas ocupacionales.

Objetivos específicos

- Mantener y/o mejorar el recorrido articular.
- Mantener y/o mejorar la fuerza muscular.
- Favorecer la coordinación dinámica general.
- Potenciar el equilibrio estático y dinámico.
- Mantener y/o mejorar la motricidad gruesa.
- Mantener y/o mejorar la motricidad fina.
- Mantener y/o mejorar la coordinación óculo-manual.
- Mantener y/o mejorar la pinza, garra y presa.
- Mantener y/o mejorar la coordinación bimanual.
- Disminuir el dolor.
- Mantener y/o mejorar la percepción sensorial.
- Fomentar el sentimiento de autoeficacia y mejorar la autoestima.

Metodología

Se realizaran las actividades según las necesidades del usuario y características del centro. Cada usuario previamente habrá sido valorado y se la habrán marcado unos objetivos individuales. Los grupos de intervención serán estructurados homogéneamente; aún siendo una terapia

terapia ocupacional

colectiva la intervención y el plan de tratamiento es totalmente individual. El número de participantes en los grupos será bajo criterio de la Terapia Ocupacional.

Para poder llevar a cabo dicha intervención es necesario el uso de diferentes materiales que se describirán en otro apartado.

Actividades

Todas las actividades planteadas tendrán que ser acordes con los gustos e intereses de la persona y graduadas en función de las características que presente,

En función del objetivo que se quiera conseguir se trabajará:

- La posición.
- La fuerza.
- La resistencia.
- La coordinación.
- La movilidad.
- Pinzas, presas, garras.
- Actividades sensoriales.
- Equilibrio.
- Motricidad fina/gruesa.

Materiales

El material usado es muy diverso: árbol de anillas, velcros de madera, digiflex, theraflex, powerweb, masas de resistencia, balones de foam, puzzles, ensartables geométricos, ensartables verticales, tablero de tornillo y tuercas, pinzas de diferentes resistencias, actividades táctiles, tablón de laberinto, pinchos de colores y placas, tubos de colores, cajón de arena de playa, cajón de sensibilidad con diferentes texturas, abecedario de madera, damas chinas, conos, engarzables, legumbres, recipientes diversos, cubiertos...

4. Programa de intervención en patología de origen osteoarticular (tratamiento de la mano)

Fundamentación

Las patologías del sistema osteoarticular constituyen el segundo grupo más importante de enfermedades que afectan a la población geriátrica. El envejecimiento se asocia con una pérdida progresiva de función muscular. La disminución de la movilidad influye en la aparición de estos problemas.

Pueden presentarse situaciones de enfermedad como la artritis reumatoide o la osteoporosis patológica, que comprometen la función articular.

Todas estas patologías provocan la disminución de la movilidad y la aparición del dolor que limitan al anciano a la hora de desenvolverse en las AVD.



Objetivos

Objetivo general

- Potenciar el máximo grado de independencia en las áreas de desempeño funcional.

Objetivos específicos

- Aliviar el dolor.
- Prevenir la deformidad.
- Aumentar o mantener la movilidad articular.
- Incrementar la fuerza de la musculatura periarticular de las zonas afectadas.
- Adiestramiento de las AVD mediante técnicas de protección articular e introducción de productos de apoyo para facilitar estas actividades.
- Prevenir estados depresivos y respuestas emocionales no adecuadas.

Metodología

La atención del Terapeuta Ocupacional tendrá un enfoque preventivo, rehabilitador y compensatorio. Dicho programa se llevará a cabo en estrecha colaboración con el departamento de Fisioterapia.

El programa se realiza de manera individualizada a todos aquellos usuarios que sufran alguna dolencia de origen osteoarticular en miembro superior, especialmente a nivel de muñeca y mano.

Se analiza cada caso detalladamente, detectando las necesidades de tratamiento de cada usuario.

Se realiza dos veces por semana con una duración estimada de 60 segundos y un máximo de tres usuarios por grupo, los grupos de tratamiento irán rotando.

El programa está estructurado en 12 sesiones de tratamiento. La primera parte de la intervención se aplica baños con parafina. Seguidamente se realizarán las actividades terapéuticas.

Actividades

- Movilizaciones activas, activas-pasivas o pasivas.
- Actividades con arena.
- Entrenamiento en ABVD y AIVD, mediante técnicas de educación gestual y economía articular.
- Actividades con Theraband.
- Actividades con Theraflex.
- Actividades con pelota de foam.
- Asesoramiento en AATT y órtesis.

Material

- Tanque de parafina de manos.
- Parafina.
- Toallas.
- Bolsas de plástico.

terapia ocupacional

- Otros: Theraband (diferentes resistencias), theraflex (diferentes resistencias), pelotas de foam, arena de playa, ayudas técnicas, crema hidratante, arcilla, etc.

5. Programa psicomotricidad

Fundamentación

La Psicomotricidad es el conjunto de técnicas que estimulan la coordinación de las funciones motrices y psíquicas. Este concepto integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices, en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial.

La Psicomotricidad desarrolla la potencialidad de la persona en su aspecto motor, cognitivo y afectivo-relacional, utilizando el cuerpo, y el movimiento como medio.

A los Centros de Día Municipales acuden usuarios que presentan en muchos de los casos déficit a nivel psicomotor asociados a patologías degenerativas ya sean a nivel neurológico, o del aparato locomotor que como consecuencia generan problemas de reconocimiento del esquema corporal, problemas de coordinación, equilibrio, tono, ritmo, etc. y que posteriormente son una de las causas de la dependencia en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, y por esto el objeto general de este programa es proporcionar a los usuarios que presenten estos déficits, la posibilidad de alcanzar la máxima independencia funcional posible, y de ese modo mejorar su calidad de vida.

Objetivos

Objetivos generales

- Mejorar esquema corporal.
- Mejorar coordinación visomotriz.
- Mejorar estructura en tiempo y espacio.

Objetivos específicos

Se clasifican según los diferentes aspectos que abarca la Psicomotricidad y en orden según su grado de dificultad:

- Esquema Corporal.
- Conocer e identificar las partes del cuerpo.
- Realizar movimientos voluntarios con cualquier parte del cuerpo.
- Desarrollar capacidad respiratoria.
- Aprender a utilizar el espacio y desplazarse en el.
- Dominar los movimientos finos.
- Diferenciar entre derecha e izquierda.
- Coordinación motriz.
- Entrenar equilibrio estático y dinámico.
- Mejorar coordinación viso-manual.
- Mantener el equilibrio en desplazamientos a diferentes distancias.
- Estructura espacio-temporal.
- Organizar el espacio a través del cuerpo.
- Mejorar las nociones espaciales a objetos diferentes a el.
- Mejorar la capacidad rítmica.

pág.
110-111



Actividades

Hay que tener en cuenta:

- Usuarios: el terapeuta previamente deberá indagar en los gustos musicales de los usuarios en el pasado, pudiendo utilizar alguna de las melodías para realizar alguno de los ejercicios, con esto se pretende evocar recuerdos pasados, que facilitaran una respuesta emocional que unidas a los ejercicios ayudaran a motivar a los usuarios para participar en las sesiones. El numero ideal de participantes por grupo debería ser entre 10 y 15 personas, y debe intentarse que el grupo sea lo mas homogéneo posible.
- Espacio: debe ser un espacio amplio, luminoso y despejado, evitando la presencia de objetos que puedan causar caídas a los usuarios durante el desarrollo de la actividad. Las sillas que se utilicen deben ser lo mas cómodas posibles y con reposa brazos.
- Tiempo: la actividad tiene que tener una duración máxima de 30 minutos, para evitar el agotamiento de los usuarios y como consecuencia la pérdida de atención en la actividad que se esta realizando.
- Materiales: deben ser materiales ligeros con el fin de prevenir percances que puedan causar daño a los usuarios. Por ejemplo materiales de plástico y tela serian adecuados, al igual que pelotas de plástico de un tamaño medio. Si los materiales son de distintos colores seria muy positivo, ya que facilitan su identificación, y al mismo tiempo pueden utilizarse como medio de estimulación de gnosias.
- Música: Pueden emplearse instrumentos de percusión, ya que su manejo es sencillo; también disponer de un reproductor de música para poder escuchar las melodías.

Algunos ejercicios seleccionados para el programa de psicomotricidad se reflejan en el Anexo III.

6. Programa adecuación del entorno y productos de apoyo

Fundamentación

Uno de los programas de la Terapia Ocupacional dentro de los Centros de Día Municipales tanto de Físicos como de Alzheimer, es el Programa de Adecuación del Entorno y Productos de Apoyo. Esto se debe a que se observan los siguientes problemas en el entorno habitual de los Mayores. (S. Guzmán Lozano, Terapia Ocupacional en Geriátría: Principios y Práctica):

- Frágil soporte familiar, con sobrecarga de el/la cuidadora principal.
- Pérdida de valores culturales.
- Falta de entornos sociales distintos a los de la familia.
- Necesidad de un entorno físico estructurado que promuevan la participación y adaptación.
- Necesidad de adecuar los entornos a las disfunciones físicas, cognitivas, sociales y culturales.

Objetivo

El objetivo de este programa es ofrecer a la persona un medio seguro, terapéutico, familiar y enriquecedor, evitando riesgos y barreras arquitectónicas, favoreciendo su orientación e integración en el mismo. Incluye el entrenamiento en el manejo de productos de apoyo para fomentar la autonomía de la persona.

terapia ocupacional

Actividades

Se realizarán distintos tipos de actividades con el objetivo de adecuar el entorno a las necesidades del usuario:

1. Colocar relojes, calendarios, fotografías o pictogramas en las puertas, dibujar líneas que señalen un camino, etc. Este tipo de actividades van encaminadas a orientar al usuario en tiempo y espacio.
2. Ambientar el espacio según la época del año, si existe algún componente social o cultural de referencia, por ejemplo Navidad, San Isidro, la vendimia, etc. No olvidar la música como elemento enriquecedor de entornos. Con este tipo de actividades, además estamos trabajando la orientación a la realidad.
3. Eliminación de posibles riesgos del espacio: alfombras, cajas, cables, etc. y si fuese posible, supresión de barreras arquitectónicas. Introducción en el ambiente de productos de apoyo como barandillas, barras de apoyo, alza para inodoro, etc. Este tipo de actividades van a fomentar la autonomía del individuo en su espacio inmediato.
4. Entrenamiento en el manejo de productos de apoyo. Si se considera necesario y óptimo para el usuario, se entrenará en el manejo de productos de apoyo, para fomentar su autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria.

Metodología

- Siempre se partirá de los gustos, intereses y necesidades del grupo, fundamentalmente para las Actividades 1, 2 y 3.
- La actividad 2 se realizará de manera activa y participativa por parte de los usuarios (siempre que sea posible): por ejemplo, que ellos propongan cómo orientar, ambientar y decorar su entorno, el Centro de Día. Se realizarán distintas actividades grupales, a través de "lluvia de ideas", o por parejas para luego exponerlo en grupo, etc. A la par se puede trabajar reminiscencias, orientación a la realidad, con fotografías, vídeos, fichas individuales, etc. Por tanto, estas actividades se realizarán con el Terapeuta Ocupacional por la mañana, aunque luego, la elaboración en sí de la decoración del centro se realice por la tarde, junto con el animador sociocultural.
- Las actividades 1 y 3 se realizarán de manera más directiva por parte del Terapeuta Ocupacional, quien decidirá las modificaciones oportunas a realizar en el entorno: dónde situar el calendario, dónde poner barras de apoyo, si considera necesario la utilización de alzas de inodoros, etc. Estas actividades las realiza el Terapeuta Ocupacional, pero requiere la participación de todos, usuarios y resto del personal, en el mantenimiento de los entornos. El Terapeuta Ocupacional deberá realizar una valoración del Centro de Día y realizar un informe acerca de los riesgos y barreras arquitectónicas que hay en el edificio, con el fin de intentar eliminar o minimizar los máximos posibles.
- La actividad número 4 se hará siempre de manera individual, a la vez que se trabajen las actividades de la vida diaria con el usuario. Esta actividad requiere instrucción directa por parte del Terapeuta Ocupacional hacia el usuario. Pero sólo se utilizarán productos de apoyo cuando éstos se consideren imprescindibles.

Esta actividad consta de cuatro fases:

- Fase de Valoración: Para decidirnos si pautar o no un determinado producto de apoyo tendremos en cuenta los siguientes aspectos:

pág.
112-113



- Características personales del usuario: edad, sexo, roles, estilo de vida anterior y actual, etc.
- Patología y enfermedades asociadas, evolución y pronóstico.
- Capacidad cognitiva y de aprendizaje de nuevas funciones.
- Nivel de autonomía funcional.
- Necesidades, expectativas, demandas, del usuario y de la familia.
- Recursos económicos.
- Entornos del usuario, tanto físico, como familiar o social (sobrecarga familia, nivel de implicación en el tratamiento, etc.).
- Fase de Asesoramiento: Tras realizar esta valoración, el Terapeuta Ocupacional ofrecerá asesoramiento, de manera individual, sobre los productos de apoyo que existen en el mercado que más se adapten a las necesidades del usuario, para escoger con él (siempre que sea posible), el más adecuado para resolver su necesidad. Puede requerir la participación de la familia.
- Fase de Aprendizaje y Entrenamiento: El Terapeuta Ocupacional debe enseñar, y por tanto el usuario debe aprender, a utilizar el producto de apoyo escogido. Esto se realizará de manera individual y en el momento de realizar la actividad de la vida diaria. Pero también requiere de un entrenamiento por parte del usuario y una generalización de los aprendizajes en el domicilio y demás entornos del usuario. Este programa va a necesitar de la participación activa de los familiares del usuario y de las gerocultoras del Centro de Día.
- Horario.

Según la actividad a realizar, se recomienda horario de mañana o de tarde o indistintamente cualquiera de los dos. Así:

- Para la actividad 1, el Terapeuta Ocupacional tiene que buscar tiempos para adaptar el centro, colocar calendario, reloj, dibujos, pictogramas, líneas de camino, etc. Lo realizará cuando en su horario tenga un espacio de "actividades administrativas" (o denominadas de otra manera), que pueden ser tanto de mañana como de tarde, cuando no sea el momento idóneo para trabajar con usuarios, porque aún no haya grupo suficiente, porque ya su nivel de atención no sea el adecuado, porque no se esté trabajando ninguna actividad de la vida diaria, etc.
- Para la actividad 2, se trabajará en un primer momento con el Terapeuta Ocupacional en horario de mañana, para "decidir" entre todos los usuarios cómo ambientar el centro (recordar, orientar a la realidad, etc.). Por la tarde se realizarán las actividades más lúdicas acordadas por los usuarios con el animador sociocultural.
- La actividad 3, eliminación de riesgos del espacio e introducción de productos de apoyo, se realizará a la par que la actividad 1.
- La actividad 4, el entrenamiento en manejo de productos de apoyo, se hará en su tiempo real, es decir: a la hora de la comida, a la hora del aseo, de la ducha, del baño, etc.

Recursos:

- Para la actividad 1 se necesitan relojes, calendarios... Si no se disponen de ellos se pueden elaborar: el calendario con cartulina, pinceles, témperas, papel para plastificar, etc. El reloj en marquetería, y comprando el mecanismo de las agujas, etc. Para las fotografías o pictogramas de las puertas, utilizar imágenes sencillas, pegadas en cartulinas, etc. Se requiere de la participación del Terapeuta Ocupacional, el Animador Sociocultural (si se va a hacer el calendario, el reloj, etc.), y el apoyo de las Gerocultoras.

terapia ocupacional

- Para la Actividad 2, se necesitará en un primer momento pizarra, folios, lápices, gomas, televisión y vídeo, radiocasete, etc. Una vez acordadas las actividades a realizar para ambientar el centro, se necesitará todo tipo de material de papelería y manualidades: papeles, pinturas, algodón, legumbres, fieltro, telas, corcho, papel continuo, etc. Requiere la participación en un primer momento, por la mañana, del Terapeuta Ocupacional, y después, por la tarde, del Animador Sociocultural, con el apoyo de las Gerocultoras.
- Para la actividad 3 se requiere de presupuesto para poder adquirir productos de apoyo necesarios y para conseguir eliminar las barreras arquitectónicas del Centro de Día. Esta actividad la lleva a cabo el Terapeuta Ocupacional, pero requiere del compromiso de las Empresas y del Ayuntamiento.
- Para la actividad 4, entrenamiento en el manejo de productos de apoyo, se necesitará del producto de apoyo a entrenar, lo cual sería conveniente que antes de que lo adquiera el usuario, lo vea y lo utilice en el Centro. Por tanto, los Centros de Día tendrán que tener distintos productos de apoyo, para posibles necesidades de los usuarios. El profesional que lleva a cabo esta actividad es el Terapeuta Ocupacional, pero necesita del apoyo de Gerocultores principalmente, para la generalización de los aprendizajes dentro del Centro de Día.

Duración:

- Las actividades 1 y 3 que van encaminadas a adaptar el medio, para hacerlo más accesible, serán medidas permanentes; aunque conviene revisarlas para evaluar su efectividad.
- La actividad 2, para decidir qué decoración se va a poner, se trabajarán diferentes sesiones por la mañana de una duración aproximada de 1:30 – 2 horas (dependiendo del perfil de mayores con el que estemos trabajando). Por las tardes, cuando se realicen las actividades lúdicas, la duración aproximada será de 2 horas. Se irá cambiando el tema de la decoración del centro con la época del año.
- La actividad 4 dependerá de las necesidades, demandas, expectativas personales. No se establece duración.

Número de participantes:

- La actividad 1 y 3 no requieren, en principio, de la participación activa de los usuarios. Son decisiones tomadas por el Terapeuta Ocupacional. Aunque sí todos, personal y usuarios, deben participar en el correcto mantenimiento de dichos entornos.
- Para la actividad 2 se harán grupos de trabajo según el criterio del Terapeuta Ocupacional y Características de los usuarios del centro, (aunque este número dependerá del estadio de evolución de la enfermedad), para hacer el trabajo en grupo con el Terapeuta Ocupacional; y con el gran grupo para hacer las actividades lúdicas con el Animador Sociocultural, previamente habiendo establecido grupos de trabajo más pequeños.
- La actividad 4 se realiza de manera individual y personalizada, con el usuario y su familia.

7. Programa valoración domiciliaria

Fundamentación

El grado de autonomía/dependencia en la persona mayor viene determinado por diferentes factores tales como:

- Estado de salud.
- Economía.



- Familia y convivencia.
- Relaciones sociales.
- Equipamientos, vivienda y barreras.

Nos centramos pues en este último punto, y entonces el Programa de Valoración Domiciliaria toma importancia suponiendo un complemento y extensión de la intervención que se lleva a cabo en el Centro de Día, mediante la valoración "in situ" en el propio domicilio de la persona mayor.

Así, se pretende posibilitar un cuidado lo más adecuado posible de la persona mayor a través de las recomendaciones pertinentes, tanto al propio usuario como al familiar y/o cuidador principal, dando pautas de actuación en cuanto a la realización de las AVD, así como de los cambios ambientales y del entorno dentro de la vivienda que favorezcan la seguridad y mejoren la calidad de vida en el domicilio.

Objetivos

Objetivos Generales

- Valorar la vida cotidiana del mayor y su familia en el domicilio.
- Promover la autonomía personal del mayor y su permanencia en el domicilio.
- Disminuir la carga familiar.

Objetivos Específicos

- Conseguir una mayor independencia en la realización de las AVBD.
- Proponer y asesorar sobre las adaptaciones y/o modificaciones del espacio vital domiciliario, informando sobre las ayudas económicas existentes para adaptaciones geriátricas y productos de apoyo.
- Prevenir accidentes domésticos y disminuir el riesgo de caídas.

Población diana

Todos aquellos usuarios del Centro de día en los cuales se determine, por el equipo interdisciplinario la necesidad de valoración domiciliaria y/o demanda familiar.

Recursos

- Humanos: Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social.
- Económicos: Las modificaciones y/o adaptaciones que requiera el domicilio del usuario, corren a cargo del mismo (el trabajador social informará de las ayudas económicas existentes).
- Materiales: Metro, ayudas técnicas modelo, hoja de valoración domiciliaria.

Metodología

El Programa se llevará a cabo en el domicilio del usuario. Las visitas se realizarán en la fecha y horario acordado por el equipo interdisciplinario y la familia y/o el usuario.

Tras el ingreso del usuario en el Centro de Día, y una vez realizada la valoración inicial del usuario por parte del equipo técnico, este determinará la necesidad de realizar la valoración domiciliaria.

La valoración se realizará con una visita domiciliaria teniendo siempre en cuenta el grado de independencia de AVD, capacidad física, problemática familiar, nivel de deterioro cognitivo del usuario, etc.

terapia ocupacional

En esta visita se recogerá toda la información posible de cara a proponer las adaptaciones y modificaciones oportunas así como asesorar y adiestrar al usuario y/o familiar en las estrategias de movilización si fuera necesario en colaboración con la terapia realizada en el Centro de día.

Toda la información y su seguimiento se recogerá en la ficha de valoración domiciliaria (Anexo IV).

Posteriormente se realizará seguimiento con la periodicidad que determine el equipo interdisciplinario, mediante contacto telefónico y/o entrevistas con la familia y con el usuario para comprobación de las pautas a seguir y las adaptaciones realizadas en el domicilio si se prescribieron.

En el caso de que el equipo interdisciplinario lo considere necesario, se valorará la posibilidad de una segunda visita al domicilio.

Factores en los que poner atención

- Circulación General: Luz suficiente e interruptores accesibles, supresión o fijación de alfombras, supresión de rebordes, tipo de suelo, ocultar hilos telefónicos y demás cableado, supresión de ángulos cortantes, manejabilidad de pomos de las puertas, anchura de las mismas, liberación de espacios de circulación (pasillos...).
- Dormitorios.
- Aseo. WC. Cuarto de Baño.
- Cocina.
- Orientación espacial y temporal.
- Facilitación de la alimentación.

Técnicas

- Observación.
- Entrevistas.
- Contactos telefónicos.
- Reuniones de equipo.

Evaluación

La evaluación debe ser continuada. Los soportes documentales utilizados nos deberán permitir recoger ese seguimiento continuado para analizar la marcha del programa e introducir si fuera necesario las modificaciones oportunas.

Los profesionales de la terapia ocupacional evalúan las capacidades de las personas para desempeñar las actividades de la vida cotidiana, e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo con metodología y técnicas propias, previniendo el deterioro, manteniendo e incrementando la independencia el mayor tiempo posible. Por tanto, las funciones realizadas por el terapeuta ocupacional se adecuan completamente a la consecución de los objetivos generales señalados en el Pliego Técnico de Centros de Día, en coordinación con el resto de los profesionales que integra el equipo multidisciplinario.

Sería necesario distinguir la metodología a emplear según perfil de los usuarios tratados: deterioro cognitivo o deterioro físico.

El ratio adecuado de usuarios por TO en atención a usuarios con perfil deterioro físico: 1 Terapeuta Ocupacional para 30 usuarios a jornada completa.



El ratio adecuado de usuarios por TO con perfil deterioro cognitivo: 2 Terapeutas Ocupacionales a jornada completa para 45 usuarios.

Los tratamientos de TO se realizan de manera individualiza y de manera grupal; siendo el número adecuado de componentes del grupo entre 15 y 20 de deterioro físico; y para deterioro cognitivo entre 5 y 10.

La programación básica que se deben realizar en los Centros de Día son: Programación Estimulación Cognitiva, Terapia Funcional, Psicomotricidad y Reeducción de AVD´s.

Los programas de adecuación del entorno, valoración domiciliaria, asesoramiento a familias y formación a auxiliares se deben integrar dentro del horario laboral, dando respuesta a las demandas planteadas.

Es necesario distinguir las funciones del animador sociocultural con las que realiza el Terapeuta Ocupacional. Se considera muy recomendable la presencia de esta figura profesional para completar el horario de tarde.

Así mismo se considera necesario la figura de Logopeda en los Centros de Día.

F. Protocolos de enfermería

1. Protocolo de seguimiento de patologías crónicas

Justificación

Son el conjunto de actuaciones encaminadas al control y seguimiento de las patologías crónicas más prevalentes en los pacientes que asisten a los Centros de Día.

Objetivos

- Proporcionar un apoyo en el control de las patologías más prevalentes en los pacientes que acuden a un Centro de Día Municipal.
- Mantener informado de la evolución y el control de estos problemas tanto al usuario como a los cuidadores y responsables de atención primaria.

Registros

- Hojas de evolución de la historia de enfermería.
- Realizar informes para Atención Primaria y la familia.

Actuación

1.1. Control de Tensión Arterial

- Si el paciente no es Hipertenso, se realizará un control semestral de su tensión arterial, coincidiendo con la revisión que realizan todos los técnicos, previa a su puesta en común en la reunión multidisciplinar.
- Si el paciente está diagnosticado de HTA, en tratamiento farmacológico, pero sin otros factores de riesgo añadidos, el control se realizará cada 2 meses.

protocolos de enfermería

- Si el usuario está diagnosticado de HTA, en tratamiento y con factores de riesgo añadidos, la programación del control de tensión arterial será mensual.
- Si el usuario es hipotenso o sufre de cuadros de hipotensión frecuentes u ocasionales, el control de su tensión arterial será bimensual.

1.2. Control Glucémico

El control glucémico consistirá en la realización de seis tomas en un mismo día: pre-pandrial y post-pandrial en desayuno comida y cena, en coordinación con familia y/o EAP, en el Centro de Día se suelen realizar solo los controles de la comida.

Los tratamientos, cada vez mas frecuentes, con dosis de insulina de acción rápida, obligan a realizar controles glucémicos antes de la comida, de forma habitual. Es función del profesional de enfermería la realización de los mismos.

En general los controles de glucemia capilar se realizarán:

- No diabéticos: petición de analítica anual a su médico de atención primaria, si no se informa de los resultados por la familia, se realizará un control glucémico en el Centro de Día.
- Diabéticos en tratamiento con dieta y antidiabéticos orales: control semestral.
- Diabéticos insulino dependientes que no precisan otra actuación: control glucémico trimestral.

Independientemente de estos controles, siempre existe el criterio del profesional de enfermería para los casos que se valoren individualmente y que necesiten un control más exhaustivo.

Todos esos datos deben ser registrados en la hoja individual correspondiente.

2. Protocolo de actividades preventivas. Campañas de vacunación

Justificación

Dentro de las actividades de los profesionales de la salud en los Centros de Día toman especial importancia las actividades preventivas, entre ellas las actividades de vacunación.

La campaña de vacunación de la gripe estacional y del neumococo, que se realiza con una periodicidad anual, es responsabilidad del Sistema de Salud, sin embargo en algunos Centros de Día, especialmente en los especializados en Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, se procede a administrar la dosis, con el objetivo de facilitar al usuario y a su familia el acceso a la misma.

Actuación

- Realizar en colaboración con la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid y en coordinación con Atención Primaria, la previsión de las dosis que se van a necesitar para la campaña anual de vacunación.
- Solicitar a Salud Pública, las dosis necesarias, por escrito en el formato habilitado a este fin, y pedir una autorización del Centro de Vacunaciones de la Comunidad de Madrid para formalizar los registros pertinentes (claves para acceso de la enfermera al registro en red).
- Controlar el almacenaje de las dosis de vacunas destinadas al Centro de Día, con el control estricto de la temperatura.
- Administrar las dosis individualmente a los pacientes cuando comience la campaña de vacunación.
- Proceder al registro de la vacunación en la base de datos de la Comunidad de Madrid.



3. Protocolo de higiene y aseo

Justificación

Son el conjunto de actuaciones que se realizan encaminados al aseo e higiene personal de los pacientes con el fin de prevenir infecciones, mantener la autonomía personal y apoyo familiar.

Objetivos

- Potenciar el auto-cuidado, autonomía personal e independencia de los pacientes.
- Detectar y abordar conductas inapropiadas de higiene y aseo.
- Prevenir alteraciones en la integridad de la piel e infecciones.
- Informar a los familiares acerca de las pautas a seguir (conductuales, físicas...) a la hora del aseo.

Registros

- Historia de Enfermería.
- Hoja de control diario de auxiliares.

Actuación

- En el momento del ingreso, se valora, y se determina la intervención que precisa en función de las dificultades que presenta en la valoración funcional y la información facilitada por los familiares en la entrevista inicial, marcando las pautas a seguir.
- En el caso en que sea pactado con la familia las duchas en el Centro, el personal asistencial seguirá las siguientes pautas:
 - Informar al paciente de lo que se va hacer.
 - Proteger su dignidad e intimidad.
 - Fomentar su colaboración y autonomía.
- El aseo diario de los pacientes pasa por las siguientes actuaciones:
 - Higiene bucal después de cada comida.
 - Lavado de manos antes y después de cada comida.
 - Lavado de cara después de la comida así como cuando precise.
 - Cuidado del cabello, antes del regreso a casa.
 - Aseo de la zona genital, siempre que se produzca una diuresis y/o deposición o cambio de absorbente.
- En todo momento el personal auxiliar del Centro debe lavarse las manos:
 - Al inicio y final de la jornada.
 - Antes y después de atender al paciente.
 - Después de ir al aseo.
 - Antes y después de ponerse guantes.
 - Antes y después de dar la comida al paciente.

Los familiares reciben formación e información acerca del modo en el que actuar ante las situaciones de aseo y baño en el domicilio. La necesidad de esta información, puede ser a demanda de las propias familias o tras la percepción por parte de los profesionales del centro, de actuaciones no adecuadas de los familiares.

protocolos de enfermería

4. Protocolo de hidratación

Justificación y objetivos

La deshidratación se caracteriza por una disminución del volumen plasmático asociada a una alteración del equilibrio iónico y acidobásico. Se produce cuando el anciano no compensa con la ingesta la pérdida sufrida. Los ancianos presentan un mayor riesgo de deshidratación que el resto de las personas y sus consecuencias pueden ser muy graves.

El anciano tiene disminuidas sus reservas, en muchos casos ha perdido el mecanismo de la sed, por lo que en caso de fiebre o en el verano, hay un gran riesgo de deshidratación.

El objetivo es garantizar el aporte de agua mínimo necesario para establecer las medidas preventivas de manera precoz.

Actuación

Asegurar una ingesta hídrica mínima a todos los usuarios de 1500 cc/día (salvo otra prescripción facultativa). La ingesta hídrica se controlará mediante hojas de registro diseñadas a tal efecto:

- 1/2 Mañana: Un vaso.
- Comida: Dos vasos.
- Merienda: Un vaso.

Usuarios en riesgo de deshidratación (fiebre, época de mucho calor) se aumentará la ingesta hídrica mínima hasta 2.000 cc 7 días (salvo otra prescripción facultativa):

- Al llegar al centro: Un vaso.
- 1/2 mañana: Dos vasos.
- Comida: Dos vasos.
- Merienda: Un vaso.
- Antes de salir del centro: un vaso.

Para conseguir que las personas mayores tomen el agua necesaria, se debe ofrecer el agua entre las horas de las comidas a todos los usuarios, llevándole el vaso hasta la zona de actividades o hasta donde esté sentado, animándole a beberlo.

Si el usuario presenta negativa a la ingesta hídrica, se le facilitarán zumos, leche, si no existe contraindicación, y en caso de que la ingesta haya sido menor de lo necesario, se avisará a la familia, con las indicaciones de lo ingerido hasta el momento en el centro, así como las necesidades que presenta.

5. Protocolo de incontinencia

Justificación

El funcionamiento de los riñones y el tracto urinario se modifica con la edad. La velocidad de filtración glomerular disminuye progresivamente y hay cambios en la función tubular. A continuación describimos las siguientes alteraciones que pueden ser causa de incontinencia:

- Por alteraciones de la movilidad o trastornos neurológicos.
- Por retención fisiológica de la orina como consecuencia de una disminución del tono, capacidad y contractibilidad de los músculos vesicales. Esto puede aumentar el riesgo de retención



de una gran cantidad de orina después de la micción, con el consiguiente peligro de las infecciones recurrentes.

- Retardo en el deseo de orinar, lo que origina necesidades apremiantes.

Los ancianos experimentan cambios fisiológicos que les hacen más propensos a la incontinencia.

Incontinencia urinaria: Es la pérdida del control sobre la micción. Puede ser pasajera o permanente. El usuario no puede controlar el esfínter externo, La fuga puede ser continua o intermitente.

TIPOS DE INCONTINENCIA

| Descripción | Causas | Síntomas |
|---|---|--|
| Total Pérdida de orina total continua e incontrolable. | Neuropatía de nervios sensitivos. Traumatismo o trastornos de nervios espinales o del esfínter uretral. Fístula vesicovaginal. | Flujo constante de orina en momentos impredecibles. Nicturia. Falta de conciencia de la plenitud o la incontinencia vesical. |
| Funcional Emisión de orina involuntaria e impredecible en un paciente con los sistemas urinarios y nervioso intactos. | Cambios en el entorno. Déficit sensorial, cognitivo o de movilidad. | Necesidad imperiosa de miccionar con emisión de orina antes de llegar al baño. |
| De Esfuerzo Por aumento de la presión intraabdominal, provocando la fuga de una pequeña cantidad de orina. | Toser, reír, vomitar o levantar pesos con la vejiga llena. Obesidad. Incompetencia de la salida vesical. Debilidad de la musculatura pélvica. | Goteo de orina con el aumento de la presión intraabdominal. Urgencia urinaria. Frecuencia. |
| De Urgencia Emisión involuntaria de orina tras una fuerte sensación de urgencia urinaria. | Disminución de la capacidad vesical. Irritación de los receptores de tensión de la vejiga. Ingestión de alcohol o cafeína. Aumento de la ingestión de líquidos. | Urgencia urinaria. Frecuencia anormal (con un intervalo inferior a 2 horas). Contractura o espasmo vesical. Nicturia. Micción de cantidades pequeñas (menos de 100 ml) o grandes (más de 550 ml) |
| Refleja Pérdida involuntaria de orina a intervalos algo predecibles cuando se alcanza un determinado volumen vesical. | Lesión o trastorno medular alto, que afecte a la zona por encima del arco reflejo, bloqueando la conciencia cerebral. Lesión medular baja. | Falta de conciencia del llenado vesical. Ausencia de la necesidad de orinar. Contracción o espasmo vesical, a intervalos regulares. |

Objetivos

El profesional de enfermería y el usuario deben de colaborar para encontrar la forma de que éste último participe en la asistencia y pueda mantener una excreción normal, siempre que sea posible:

- Objetivo 1: Que el usuario comprenda el proceso normal de eliminación urinaria.

protocolos de enfermería

- Objetivo 2: Que el usuario orine con normalidad vaciando completamente la vejiga en el plazo de 1 mes, aprendiendo las maniobras que se le enseñen. Logrando que no presente distensión de la vejiga después de orinar en el plazo de 2 semanas, así como que el volumen de orina residual será menor de 50 ml. De esta manera se conseguirá que el número de episodios de incontinencia vaya disminuyendo paulatinamente en el plazo de 1 mes.
- Objetivo 3: El usuario comprende como se previenen las infecciones urinarias.
- Objetivo 4: La piel del usuario permanece intacta, con medidas de higiene y cuidados de la piel.
- Objetivo 5: El usuario se siente cómodo, la vejiga del usuario no se distiende, y se mantiene seco, lo que le producirá satisfacción personal.

Actuación de enfermería

1. Identificación del patrón de micción del usuario:
 - Usuarios sin alteraciones en sus capacidades cognitivas. Se les realizará una entrevista para conocer el patrón de micción.
 - Usuarios con alteraciones en sus capacidades cognitivas. Seguimiento durante una semana en el que se registrará tanto las horas, cantidades y aspectos de orina, para conocer así el patrón de micción.
2. Control de la eliminación:
 - Usuarios sin alteraciones en sus capacidades cognitivas. Seguimiento de incidentes puntuales.
 - Usuarios con alteraciones en sus capacidades cognitivas. El control de la diuresis, se realizará al menos 2 veces al día para prevenir o detectar a tiempo posibles problemas de retención o infecciones de orina.
3. Actuación de enfermería en la incontinencia urinaria total:
 - Mantener una hidratación óptima, aumentando la ingesta hídrica hasta 2 a 3 litros al día, a menos que esté contraindicado.
 - Espaciar el vaciado de vejiga cada 2 horas.
 - Disminuir la ingesta de líquidos a partir de las 7 de la tarde, y proporcionarle sólo el mínimo de líquidos durante la noche.
 - Reducir la ingesta de café, té colas, alcohol y zumo de uva a causa de su efecto diurético.
 - Evitar las grandes cantidades de zumo de tomate y de naranja porque tienden a alcalinizar la orina.
 - Mantener una nutrición adecuada para asegurar la evacuación intestinal una vez cada tres días.
 - Promover la micción, asegurando la intimidad y comodidad. Darle a los varones la oportunidad de ponerse de pie, si es posible. Enseñarle la evacuación postural (inclinarse hacia delante mientras está sentado en el retrete).
 - Valorar el potencial de la persona para participar en un programa de reeducación vesical (Cognición, deseo de participar).
4. Actuación de enfermería en la incontinencia urinaria funcional:
 - Determinar si hay otra causa que contribuya a la incontinencia (p. ej. estrés, incontinencia por urgencia o refleja, retención urinaria o infección).
 - Valorar las deficiencias sensoriales/cognoscitivas.
 - Valorar las deficiencias motoras/de movilidad.
 - Reducir las barreras ambientales: Obstáculos, iluminación y distancia. Adecuación de la altura del retrete y la necesidad de barras para agarrarse.

pág.
122-123



- Para un usuario con deficiencias cognoscitivas, recordarle que debe ir al lavabo cada 2 horas, después de las comidas y antes de acostarse.
 - Para personas con limitaciones de las funciones manuales: valorar la capacidad de la persona para quitarse y ponerse la ropa. La ropa floja es más fácil de manipular. Proporcionarle la ayuda que sea necesaria: cierres Velero, automáticos etc.
5. Actuaciones de enfermería en la incontinencia urinaria de esfuerzo:
- Valorar los patrones de micción/incontinencia y la ingesta de líquidos.
 - Explicar al usuario el efecto de los músculos pélvicos incompetentes en la continencia.
 - Enseñar al usuario a identificar sus músculos pélvicos y a reforzarlos. Para fortalecer el músculo proximal debe interrumpirse el chorro de orina después de comenzar a orinar, aguantar unos segundos y después orinar de nuevo.
 - Para fortalecer el músculo distal debe contraerse el músculo del ano como si se interrumpiera la defecación. Es aconsejable repetir estos ejercicios 10.20 veces cuatro veces al día.
 - Explicar la relación de obesidad y la incontinencia. Ejercicios pélvicos. Programa para perder peso. Orinar cada 2 horas. Evitar estar de pie durante periodos prolongados.
6. Actuaciones de enfermería en la incontinencia urinaria de urgencia:
- Explicar los factores causales o concurrentes:
 - a) Irritantes vesicales: Infección, inflamación, ingestión de alcohol, cafeína o cola, orina concentrada.
 - b) Capacidad disminuida de la vejiga: Desacondicionamiento autoinducido (micciones pequeñas y frecuentes) Después de sondas vesicales.
 - c) Vejiga sobredistendida: Aumento en la producción de orina (diabetes mellitus, diuréticos. Ingesta de alcohol y/o grandes cantidades de líquidos).
 - d) Contracciones vesicales desinhibidas. Trastornos neurológicos. Accidente cerebrovascular. Tumor / Traumatismo / infección cerebral. Enfermedad de Parkinson.
 - Explicar el riesgo de la ingesta insuficiente de líquidos y su relación con la infección y con la orina concentrada.
 - Explicar la relación entre la incontinencia y la ingesta de alcohol, cafeína y colas (irritantes).
 - Determinar la cantidad de tiempo que pasa entre la urgencia miccional y la necesidad de orinar (registrar cuanto puede aguantar la persona).
 - Para una persona que tenga dificultad en prolongar el tiempo de espera, comunicar al personal la necesidad de responder rápidamente a su petición de ayuda para ir al cuarto de baño (anotarlo en el plan de cuidados).
 - Enseñar a la persona a aumentar el tiempo de espera aumentando la capacidad de la vejiga:
 - a) Determinar el volumen de cada micción.
 - b) Pedirle a la persona que “aguante” tanto como sea posible.
 - c) Darle un refuerzo positivo.
 - d) Evitar las micciones frecuentes que son el resultado de la costumbre, no de la necesidad.
 - e) Desarrollar programa reacondicionamiento vesical.
7. Actuación de enfermería en la incontinencia urinaria refleja:
- Explicar a la persona los fundamentos racionales del tratamiento.
 - Enseñar los mecanismos de provocación cutánea: Golpeteo suprapúbico rápido y ligero (el más eficaz). Dar instrucciones al usuario para que se coloque en una posición semisentada y dirija los golpes directamente a la pared de la vejiga. La velocidad debe ser de 7 a 8 veces cada 5 segundos (50 golpes). Utilizar solo una mano. Cambie la zona de estimulación sobre

protocolos de enfermería

la vejiga hasta que encuentre el sitio más eficaz. Continuar la estimulación hasta que comience un flujo bueno. Esperar un minuto y repita la estimulación hasta que la vejiga se vacíe.

- Animar a la persona a que orine o se provoque la micción, al menos cada 3 horas.
- Las personas con control de los músculos abdominales deben utilizar la maniobra de Valsalva durante la micción provocada.
- Indicar en la hoja de ingesta y diuresis qué mecanismos se ha utilizado para provocar la micción.

Profesionales que actúan en el programa de reeducación vesical

- o **Enfermería y Terapeuta Ocupacional**, programas de reeducación vesical, ejercicios para potenciar la musculatura pélvica, registro de ingesta hídrica y diuresis, Entrenamiento de los hábitos. Potenciar con un refuerzo positivo cuando el usuario se mantenga seco. Diseñar el calendario miccional (incontinentes y cambios de pañal).
- o **Fisioterapeuta**, se encargará de enseñar a reforzar la musculatura pélvica. Se trabajaría con gimnasia hipopresiva, utilizando los músculos multifidos, recto del abdomen, oblicuos abdominales y suelo pélvico.
Se utilizaría abordaje externo con balones de bobath, trabajando todos los músculos anteriormente dichos y en distintas posiciones. También técnicas miofasciales. Observar el estado de la musculatura haciendo Valsalva y tos. También se puede utilizar electroterapia (para potenciar la musculatura o relajarla).
- o **Auxiliares de enfermería, auxiliares de geriatría y gerocultoras**, ayudarán a los técnicos a cumplir estos programas, trasladando a los usuarios a los baños, a las horas que requieran los programas, e informando a los técnicos de cualquier circunstancia.

6. Protocolo de riesgo de atragantamiento

Justificación

Conjunto de actuaciones que se realizan en el caso de producirse un atragantamiento, así como las acciones que desde el mismo se proponen para su prevención.

Objetivos

1. Valoración del riesgo de padecer un atragantamiento.
2. Prevenir el riesgo de aparición de un atragantamiento.
3. Procurar la asistencia sanitaria necesaria en el momento de producirse un atragantamiento.
4. Formar e informar a las familias ante la aparición de un atragantamiento y pautas a seguir para su prevención.

Registros

1. Valoración inicial clínica.
2. Registro de incidencias de enfermería y auxiliares.
3. Hoja de control de dietas.

Actuación

En el momento del ingreso, se valora desde el departamento médico y de enfermería, el riesgo de atragantamiento que puede presentar el paciente mediante la información aportada por los

pág.
124-125



familiares. Posteriormente si existe tal riesgo se pautan las medidas preventivas que hay que llevar a cabo, así como el tipo de dieta, añadiendo si es necesario espesantes.

Actuación ante un atragantamiento:

- Avisar al departamento médico y de enfermería, que actuarán en consecuencia. En su defecto se debe avisar a los servicios de emergencia.
- Facilitar que el propio paciente elimine con la tos el cuerpo extraño de las vías aéreas.
- En el caso, de que no fuera así, realizar correctamente la maniobra de Heimlich.
- Informar a los familiares.

7. Protocolo de administración de medicación y cumplimiento terapéutico

Justificación

Uno de los problemas de la práctica geriátrica es la prescripción de excesiva medicación, dos terceras partes de los medicamentos son por prescripción médica y una tercera parte por autoadministración. De los distintos fármacos que toma un anciano casi siempre alguno se administra al libre albedrío y no en pautas fijas.

Es importante valorar la actitud del usuario ante el cumplimiento terapéutico, así como la capacidad del mismo para la autoadministración de medicación (Anexo III). Es necesario conocer todo el tratamiento, tanto farmacológico como dietético y tener actualizadas las prescripciones médicas.

En el Centro de Día hay distintos tipos de fármacos y material sanitario que es preciso controlar:

- La medicación que utiliza cada paciente (se solicita por carta a las familias aproximadamente cada seis meses).
- Las tiras reactivas para la realización de glucemias y material de curas que se solicitará a las familias a través de carta y según necesidad.
- Existencia de medicación y material de curas de reserva, que debe ser adquirido por el propio Centro de Día.

Objetivos

- Valorar la capacidad de cada usuario para la autoadministración de la medicación.
- Establecer un sistema de control de los fármacos que cada usuario toma en el Centro de Día.
- Conseguir una toma responsable de la medicación por parte de los usuarios.
- Controlar la caducidad de todos los medicamentos, tiras reactivas y material de curas del centro.
- Evitar que en algún momento se pudiera administrar medicación caducada.
- Controlar que no falte en el centro la medicación que en cada caso precisen los pacientes.

Metodología

Es necesario conocer todo el tratamiento, tanto farmacológico como dietético y tener actualizadas las prescripciones médicas, insistiendo en que en el Centro no se administrará ningún fármaco que no esté prescrito, precisando un pequeño informe o una carta del médico responsable. Se debe exigir un informe médico cada vez que el paciente precise ir a su médico de Atención Primaria o Especializada, así como cada vez que precise ser atendido en un centro hospitalario.

protocolos de enfermería

Cada 6 meses se solicitará de forma sistemática un informe sobre el tratamiento actualizado del paciente.

Para valorar el cumplimiento terapéutico se realizará, además de la valoración funcional, cognitiva y afectiva, la Prueba de Morisky-Green.

VALORA LA ACTITUD DEL PACIENTE ANTE EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

| | |
|---|---------------------------------------|
| ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos? | <input type="checkbox"/> Sí |
| | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Toma los medicamentos a la hora indicada? | <input type="checkbox"/> Sí |
| | <input type="checkbox"/> No |
| Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? | <input type="checkbox"/> Sí |
| | <input type="checkbox"/> No |
| Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? | <input type="checkbox"/> Sí |
| | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Sabe para qué toma sus medicamentos? | <input type="checkbox"/> Sí |
| | <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Algunos |
| ¿Necesita ayuda para preparar su medicación? | <input type="checkbox"/> Sí |
| | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Quién lo hace habitualmente? | <input type="checkbox"/> Farmacéutico |
| | <input type="checkbox"/> Familiar |
| | <input type="checkbox"/> Cuidador |
| | <input type="checkbox"/> Otros |

Se considera no cumplidor si se observa un incumplimiento en cualquiera de las preguntas realizadas en la prueba.

Todo medicamento, material de curas y tiras reactivas que aporte el paciente quedará registrado en el formato de calidad específico de cada Centro de Día que hace referencia a "Recepción de medicación". Quedará reflejado: nombre del medicamento, cantidad y fecha de caducidad.

Todo medicamento, material de cura o tira reactiva que se recepcione y su fecha de caducidad esté dentro del periodo de los siguientes 6 meses quedará reflejado en el Formato Revisión de Medicación.

Todo medicamento que finalice su tratamiento se le devolverá a la familia y quedará constancia de la salida de dicho medicamento en el formato de calidad específico de cada centro "recepción de Medicamentos"

Evaluación del protocolo

Cada 6 meses.



8. Protocolo de prevención de úlceras por presión

Justificación

Este instrumento de actuación servirá de guía a los sanitarios del Centro de Día para la toma de decisiones sobre intervenciones sanitarias más adecuadas para el abordaje en una situación de riesgo de úlcera por presión.

Objetivos

- Se pretende disminuir la variabilidad de la clínica y ofrecer a todos un referente práctico.
- Tener una herramienta de ayuda a la hora de tomar decisiones pero sin remplazar las decisiones y respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La intervención y procedimiento dependerá de cada usuario en concreto y de las circunstancias de ese momento.

Consideraciones generales sobre úlceras por presión

Es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejido subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Clasificación de UPP

Según afectación de la piel:

- GRADO I: Enrojecimiento de la piel que no cede al desaparecer la presión. Afecta a la epidermis.
- GRADO II: Lesión dérmica, piel agrietada. Afecta a la epidermis y dermis superficiales. Son dolorosas.
- GRADO III: Ulceración. Llega incluso a la dermis profunda e hipodermis. Se presenta en forma de cráter profundo a menos que se encuentre cubierto por tejido necrótico. El dolor comienza a disminuir.
- GRADO IV: Pérdida de sustancia y enclavamiento, dejando en ocasiones ver las estructuras óseas. El paciente no siente dolor.

Localizaciones más frecuentes de las UPP

Se suelen producir en los puntos de apoyo del cuerpo que coincide con las prominencias o rebordes óseos. Sacro, Talón, Maleólos externos, Glúteos, Trocánteres, Omóplatos, Isquion, Occipucio, Codos, Crestas Iliacas, Orejas, Rodillas.

Factores que influyen en la aparición de las UPP

- **Fisiopatológicos:** Como consecuencias de diferencias problemas de salud (lesiones cutáneas, trastornos en el transporte de oxígeno, alteración de estado de conciencia, alteraciones del aparato locomotor, alteración de la sensibilidad, alteración metabólica, alteración nutricional, déficit inmunológico y fármacos).
- **Derivados de tratamiento:** Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos (inmovilidad impuesta, afectación mecánica: fuerza de cizallamiento, fricción, presión, sondajes, etc.).
- **Situacionales:** Resultado de modificaciones de las condiciones personales (inmovilidad, humedad, sudoración excesiva, arrugas en la ropa, exceso o defecto de higiene).

protocolos de enfermería

- **Del desarrollo:** Por la edad son más vulnerables los ancianos y los niños lactantes por tener la piel más fina, inmovilidad relativa, posible incontinencia, etc.

Valoración del riesgo de UPP

La identificación de nivel de riesgo de presentar una UPP se realiza mediante la aplicación sistemática de una escala de valoración.

Escala de Norton: (1962) es la más ampliamente utilizada en nuestro medio sanitario. Esta escala contempla varios factores que son determinantes a la hora de realizar unos cuidados asistenciales para evitar la aparición de úlcera; debe de utilizarse de forma continuada y la frecuencia de revaloración dependerá de los cambios en las condiciones del usuario y su entorno.

| Estado general | Estado mental | Actividad | Movilidad | Incontinencia |
|----------------|---------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 4. Bueno | 4. Alerta | 4. Caminando | 4. Total | 4. Ninguna |
| 3. Débil | 3. Apático | 3. Con ayuda | 3. Disminuida | 3. Ocasional |
| 2. Malo | 2. Confuso | 2. Sentado | 2. Muy limitada | 2. Urinaria |
| 1. Muy malo | 1. Estuporoso | 1. En cama | 1. Inmovil | 1. Doble incontinencia |

pág.
128-129

Con esta escala podemos obtener una puntuación entre 5 y 20, pudiendo clasificar el nivel de riesgo en:

- Índice de 5 a 11: riesgo muy alto.
- Índice de 12 a 14: riesgo evidente.
- Índice > 14: mínimo riesgo / no-riesgo.

Alcance del protocolo

Usuario/a, Familia, Enfermera/o, Auxiliar de Enfermería, Coordinador del Centro de Día, Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional.

Diagnósticos de enfermería

1. Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea.
2. Deterioro de integridad cutánea: alteración de la epidermis o dermis o ambas.
3. Deterioro de integridad tisular o de tejidos subcutáneos.

Planificación de cuidados preventivos

La mayoría de las UPP pueden prevenirse, un 95% son evitables.

Objetivos

1. Disponer de estrategias de educación, prevención y conseguir la máxima implicación del equipo profesional del Centro de Día y de la familia del usuario en riesgo de UPP, en la planificación y ejecución de los cuidados.
2. Identificar al cuidador principal y dejar registrado su capacidad en el manejo del problema.
3. Valorar si el cuidador demuestra la capacidad para manejar el problema o ejecutar las tareas.
4. Identificar las redes de apoyo disponible.



Plan de cuidados en un Centro de Día

Movilidad

Actividades Enfermero:

- Valoración de deterioro de la movilidad, e indicaciones.
- Detección de riesgo de UPP e indicaciones.

Tareas de Auxiliar de enfermería:

- Seguir pautas de Enfermería.
- Intentar en todo momento de mantener la alineación corporal.
- Evitar el roce de prominencias óseas entre sí.
- Cambios de posición frecuentes: a mayor peso, mayor frecuencia.
- En posición sentado levantar cada 2 horas.
- Fomentar los ejercicios pasivos si procede.
- Comunicar observaciones.

Higiene

Tareas de auxiliar de Enfermería:

- Utilizar esponja para cada zona del cuerpo.
- No dar jabón en las UPP (cubrirlas).
- Aclarar con agua para quitar el jabón que debe ser neutro.
- Secar muy bien con especial atención de los pliegues cutáneos.
- Hidratación corporal extendiendo la crema, no dar masajes. Sí hidratamos con aceites o vaselina líquida extenderlas antes de secar.
- No utilizar ningún tipo de alcoholes (romero, colonia..) ya que resecan.
- Comunicar observaciones.

Incontinencia

Actividades Enfermero:

- Valoración de Incontinencia.

Tareas de Auxiliar de Enfermería:

- Seguir pautas de Enfermería.
- En cada cambio de pañal, lavar e hidratar.
- Utilizar cremas de barrera para las zonas expuestas.

Nutrición

Actividades Enfermero:

- Valoración Nutricional e indicaciones.

Tareas de Auxiliar de Enfermería:

- Seguir pautas de Enfermería.
- Aporte de líquido mínimos al día.

protocolos de enfermería

- Sí, problemas de deglución: comunicar a la Enfermera.
- Comunicar exceso o defecto de ingesta de alimentación.

latrogénia

Son úlceras que se producen por el roce continuo de un determinado instrumental imprescindible para su tratamiento Ej.: en las orejas; por las gomas de las gafas de oxígeno, muñecas por sujeción mecánicas, sondas urinarias, etc.

Tareas de Auxiliar de Enfermería:

- Comunicar observaciones.

Protección de zonas de riesgo

Actividades Enfermero:

- Valoración el uso de dispositivos especiales de apoyo que sirven para aliviar la presión; que pueden ser estáticas y dinámicas. (Piel de cordero sintético (borreguito), cojines de silicona y látex siempre protegido por la piel de cordero por hipotermia, taloneras, coderas, cojines de aire alternante).
- Proteger las prominencias óseas en usuarios con sujeción mecánica.
- Instruir al cuidador acerca de signos de pérdida de integridad de la piel.

Tareas de Auxiliar de Enfermería:

- Vigilar las fuentes de presión y fricción.
- Vigilar las zonas más frecuentes de UPP; Sacro, talones y trocánteres.
- Nunca utilizar ningún soporte que tenga forma de rueda o flotador.
- Se debe seguir realizando cambios posturales secuenciales aunque se disponga del mejor soporte preventivo.
- Los calcetines de algodón no quitan presión, sirven para evitar situaciones de fricción.
- No utilizar apósitos adhesivos, para proteger ante riesgo de UPP.
- Control y conservación de dispositivos de apoyo: limpieza y protección.

Tratamiento de UPP

El abordaje terapéutico de UPP se iniciará en el Centro de Salud correspondiente: Limpieza, desbridamiento, prevención y tratamiento de una posible infección y la estimulación de tejido de granulación y epitelización. El enfermero del Centro de Día, puede y debe colaborar en este tratamiento, valorando la evolución de la UPP y realizando actuaciones siempre en colaboración con el equipo sanitario del Centro de Salud.

9. Protocolo de nutrición

Justificación

La nutrición es el término a emplear cuando se habla de alimentación saludable o dieta equilibrada. El soporte nutricional, es un factor muy importante para mantener la calidad de vida. En los últimos estudios sobre el estado nutricional, se pone de manifiesto que un porcentaje entre el 3 y el 15% de los ancianos aparentemente sanos que viven en sus domicilios pueden presentar una Malnutrición calórico proteica. Esto no solo es debido a factores biológicos y propios de enve-

pág.
130-131



jecimiento, sino a una mayor vulnerabilidad y fragilidad y con un alto índice de dependencia y pérdida de autonomía.

La malnutrición suele acompañarse de otras patologías de más fácil sospecha clínica e incide sobre ellas en términos de cormorbilidad. La prevalencia depende del grado de autonomía, del lugar donde viven, de la educación y practica de hábitos saludables a lo largo de su vida y también de factores genéticos, sociales y medioambientales. Por tanto, es necesario afrontarla con una atención integral.

Las consecuencias de la MALNUTRICIÓN, son temibles: alteración del estado inmunitario, agravación de los estados infecciosos, aparición de escaras con un aumento de morbilidad y, en función de la prevalencia, es un problema de salud pública.

La malnutrición proteico energética, no solo esta relacionada con un aumento de morbimortalidad sino también con una mala calidad de vida, por ello debe de hacerse un análisis sistemático de todos los usuarios de Centros de Día, utilizando datos antropométricos, dietéticos, medioambientales y subjetivos.

Por todo ello, se precisa un plan de detección precoz y un programa de intervención, donde tiene interés crear hábitos en la comunidad sobre un correcto estado nutricional, mejorar el conocimiento de salud nutricional de los mayores, informar al anciano y a su familia de la prevención de complicaciones, y detectar situaciones de riesgo nutricional a través de métodos sencillos y poner en marcha recursos sanitarios y sociales para evitar la malnutrición. Dicho plan, debe estar protocolizado dentro de las actuaciones preventivo-asistenciales de las personas mayores y evaluar sus resultados.

Objetivos

General

Mejorar la calidad de vida de los ancianos, que acuden al Centro de Día, disminuyendo todos aquellos riesgos que son conocidos como prevalentes e incapacitantes dentro del marco de Malnutrición como Síndrome Geriátrico de cormorbilidad.

Específicos

- Conocer el estado nutricional de la población mayor que acude a los servicios geriátricos municipales.
- Corregir y detectar estado de riesgo nutricional como situación tendente a perpetuar un estado de fragilidad.
- Llegar al diagnóstico de malnutrición que conlleva una situación de riesgo de morbimortalidad.
- Informar y educar a los ancianos y sus familiares sobre la importante que tiene un buen estado nutricional a estas edades.

Actuación de enfermería

Para conseguir estos objetivos planteados, elaboraremos un plan de cuidados, donde recogeremos las siguientes actuaciones de enfermería, de la población mayor de los recursos municipales.

1. La valoración geriátrica, donde quedarán incluidos los hábitos nutricionales y las patologías asociadas a un posible déficit nutricional.

protocolos de enfermería

2. Recogida de datos asociados, utilizando escalas de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, incluiremos también información del estado cognitivo e historia social del paciente.
3. Recogida de datos clínicos, como son parámetros nutricionales, (peso, talla, IMC teniendo en cuenta la relación cintura/cadera, medidas de perímetro de brazo y pierna, observación del estado de hidratación de piel y mucosas), e interrelacionaremos todos estos datos para valorar su estado nutricional. De gran utilidad clínica, y como forma sistemática y uniforme de recogida de datos, es la utilización del test MNA. (Anexo II).
4. En pacientes con patologías crónicas, de riesgo vascular y síndromes invalidantes, se llevará a cabo, con coordinación con MAP, la determinación de analíticas periódicas, donde observaremos datos como cifra de glucemia basal, cifras de (HDL, LDL), triglicéridos, niveles de sodio y potasio y todos los parámetros necesarios que nos indiquen el estado nutricional de cada usuario. Interrelacionando toda esta información de forma integral, teniendo en cuenta, el estado biopsicosocial del paciente.
5. Con todos los datos, recogidos valoraremos cual es la dieta necesaria para cada paciente.
6. Transmitiremos toda la información del estado nutricional del paciente a los familiares / cuidadores,
7. Realización de charlas formativas / informativas a los familiares y cuidadores.
8. Coordinación y derivación, con los agentes de salud que interviene con el paciente. (Trabajadores sociales, Atención primaria y especialidades geriátricas).

Estamentos implicados

Son estamentos implicados en la valoración nutricional, todos los profesionales que trabajan con el usuario diariamente. En el caso de un Centro de Día Municipal, el personal auxiliar (gerocultores), enfermería, terapia ocupacional, fisioterapeuta y trabajador social.

Coordinaremos e intercambiaremos información con los recursos sociales del Distrito, con Atención Primaria y con todos los estamentos de salud comunitaria a los que tenga acceso el paciente mayor. Tales como Especialidades (Servicio de Geriátrica, Medicina Interna).

Realizaremos derivación a los recursos citados, cuando observemos riesgo nutricional en el paciente. La información aportada por el personal se recogerá en las reuniones del equipo multidisciplinar.

10. Protocolo de caídas

Las caídas son una patología prevalente en los ancianos, que pone en riesgo su independencia. Su incidencia aumenta con la edad y es mas frecuente mujeres. Hasta un 30%, en la población mayor de 65años, se caen al menos una vez al año, aumentando hasta un 50% en mayores de 80 años.

Consecuencias de las caídas

La mayoría de las caídas produce algún tipo de lesión, que van desde lesiones de tejidos blandos menores (contusiones), hasta fracturas de diversa consideración que van a producir un deterioro de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, una restricción de la actividad física y favorecer más caídas.



Objetivos

- Valoración del riesgo de caída, que deberá incluirse en la historia.
- Evaluar al usuario con antecedentes de caída.
- Reducir el número de caídas mediante aplicación de medidas preventivas.
- Identificar las causas que influyen en la incidencia de las caídas.

Actuaciones de enfermería

1. Preventivas

1.1. Sobre factores predisponentes del usuario

- Patología de base (hipotensión, vértigo, inestabilidad, epilepsia, estado mental).
- Valoración del riesgo de caída del usuario:
 - Escala de riesgo de caídas múltiples (A.M. Trompy colaboradores).
 - Escala de Grados de Movilidad.
 - Examen clínico del usuario.
 - Identificar y tratar problemas médicos que favorecen la caída: hipotensión ortostática, vértigo, dificultad visual, epilepsia, hipoglucemias, etc.).
- Conocimiento de la función músculo esquelético, datos antropométricos y test realizados:

1.2. Sobre factores ambientales: Medidas a adoptar en el entorno del usuario

- Determinar el nivel asistencial de cuidados geriátricos adecuado (nivel de apoyo del personal auxiliar).
- Valorar las ayudas técnicas, que mejoren la movilidad dentro del espacio del centro.
- Visualizar y corregir los obstáculos que pueden interponerse en el espacio del usuario.
- Coordinar los traslados dentro del centro a diferentes salas.

2. Intervenciones ante un episodio de caída

2.1. Identificar la situación

Comprobar la situación de usuario, valorando: el nivel de conciencia, ventilación y circulación espontánea, exploración de posibles lesiones.

Evaluación Neurológica. Fundamental si ha sufrido traumatismo craneoencefálico. Se realizará una valoración de las funciones cognitivas. Estado de nivel de conciencia. Examen de pupilas. TA. Pulso. y respiración, tono, fuerza muscular y sensibilidad.

Evaluación musculoesquelética. Exploración de las extremidades, para descartar o confirmar fracturas. Se deberán examinar: Deformidades (visibles o palpables). Posición de reposo de la extremidad. En fractura de cadera pueden observarse signos como: rotación interna o externa del pie, acortamiento de la pierna afectada. Percepción de chasquido. Impotencia funcional, limitación de movimientos. Dolor referido por el paciente inmediatamente a la caída o a la palpación de la zona contusionada. Ante sospecha de fractura se deberá derivar a un centro hospitalario. Evaluación de lesiones de las partes blandas. Examen de la piel: integridad, coloración, edemas, hemorragias. Tratamiento de laceraciones, contusiones y heridas que puedan ser tratadas con los medios del centro de trabajo. *Se derivarán a un centro médico aquellas heridas que necesiten de un abordaje especializado.

protocolos de enfermería

2.2. Investigar las causas que motivaron la caída

2.3. Modificar los factores de riesgo

2.4. Situar en el nivel asistencial geriátrico adecuado, en una nueva valoración del riesgo.

2.5. Monitorizar las intervenciones: Grado de cumplimiento de las recomendaciones, y valorar la eficacia de las mismas

3. Actuaciones Generales

- Valoración de la situación por el médico/DUE.
- En ausencia de éstos cualquier otra persona trabajadora del centro (Coordinadora auxiliares, auxiliares, técnicos).
- Determinar si la situación requiere derivación a otros niveles de atención sanitaria (Centro de atención primaria), o solicitar el Servicio de Emergencias 112, si la situación indica un traslado hospitalario.
- Se deberá informar a la Coordinación del centro.
- Se deberá anotar el episodio en el libro de incidencias.
- Registro: Deberán documentarse todas las caídas que se produzcan independientemente de las consecuencias causadas, se recogerán todos los datos relacionados con el accidente:
 - Identificación del paciente.
 - Fecha y hora del accidente.
 - Lugar del accidente.
 - En el Centro: Baño-vestíbulo-sala-gimnasio.
 - Durante el transporte: A la salida-llegada-durante el trayecto.
 - Circunstancias y causas.
 - Caminando, al levantarse, al sentarse, tropezón, mareo.
 - Consecuencias y actuaciones.
 - TCE, heridas, pérdida de conocimiento.
 - Registro en el historial del paciente.

pág.
134-135





capítulo 4

anexos



1. Anexo I. Historias profesionales

1.1. Hoja de filiación

Fecha

Centro de Día de Distrito municipal

Nombre y Apellidos

Dirección CP

Fecha de nacimiento Edad Sexo E. Civil

Profesión Nivel de estudios

Lugar de nacimiento Convivencia

| Nombre | Parentesco | Teléfonos de contacto |
|--------|------------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | Nº Cartilla SS | Nombre del Centro de AP-Hospital o especialista de referencia | Nombre del médico | Horario | Teléfonos |
|----------------------------|----------------|---|-------------------|---------|-----------|
| Atención Primaria | | | | | |
| Hospital de Referencia | | | | | |
| Especialista de referencia | | | | | |

Centro: Distrito: Fecha alta:
Domicilio Zona:
Trabajador social:
Barrio Tel.: Modalidad convivencia:

2. Observaciones de la vivienda: N° habitaciones

3. Datos del usuario, familia, apoyos núcleo de convivencia

| Apellidos, nombre | Fecha nacimiento | Parentesco | ¿Convive con el mayor? | Teléfonos de contacto | Ocupación | Observaciones |
|-------------------|------------------|------------|------------------------|-----------------------|-----------|---------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



Dinámica familiar

(Factores más sobresalientes que caracterizan y definen las relaciones en el núcleo de convivencia, Funcionalidad o disfuncionalidad en el desempeño de roles, etc. En el caso de personas que viven solas, señalar relaciones con familiares próximos, si existen).

Relacion con el entorno social

(Tipo de relación y nivel de integración en el entorno social más inmediato; señalar si la persona o la familia dispone de red de apoyo natural y/o informal (familia, vecinos, amigos), o si por el contrario mantiene/n relaciones conflictivas con el entorno, o se dan problemas de aislamiento o falta de contacto social, etc.).

Intervención en el centro

| Fecha alta | Déficits valorados | Programas y actividades que se van a realizar en el centro para mejorar/mantener |
|------------|--------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



Incidencias

| Fecha | Observaciones |
|-------|---------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Valoración Diagnóstica:

Centro de Día de

Distrito municipal Fecha

Nombre y apellidos

Historia clínica

Antecedentes familiares

(Señalar historia de deterioro cognitivo en padres y hermanos, antecedentes de síndrome de Down)

.....

Antecedentes personales

Enfermedades padecidas:

Factores de riesgo cardiovascular:

TIA o ACV

Enfermedad tiroidea, Edad de la menopausia y si ha utilizado T.H.S.:

.....

Antecedentes psiquiátricos: (tto. y duración, síndrome confusional, cuadros de agresividad)

Traumatismo craneoencefálico

Otros antecedentes de interés

.....

Intervenciones quirúrgicas

.....

Antecedentes traumatológicos.

.....

Antecedentes de caídas

.....

Ingresos hospitalarios en el último año

.....

Alergias No Si A qué:

.....

Inmunizaciones: No Si A qué:

.....

Hábitos tóxicos:

Tabaco No Si Nº cigar./día: Desde cuándo no fuma:

Alcohol No Si

Otras toxicomanías:



Anamnesis por aparatos

- Respiratorio:
- Cardio-Circulatorio:
- Digestivo:
- Genitourinario:
- Locomotor:
- Endocrino – Metabólico:
- Hematología:
- Neurológico
- Psiquiátrico
- Dermatológico
- Oftalmología
- Otorrinolaringología

Exploración

- Aspecto general:
-
- Cabeza y cuello:
-
- Cardio-circulatorio:
-
- Respiratorio:
-
- Abdomen:
-
- Genitourinario:
-
- Osteoarticular:
-
- Neurológico:

Historia de la enfermedad

- Forma de comienzo: Agudo Subagudo Insidioso
- Tiempo de evolución:
- Forma de evolución: Progresiva Fluctuante Intermitente
- Síntoma inicial: Trastorno de memoria Trastorno de conducta
 Trastorno de razonamiento Depresión
 Síntomas focales Trastorno de la marcha

Valoración clínica

- Deprivación sensorial:
- Malnutrición:
- Incontinencia:
- Trastorno marcha y equilibrio:
- Riesgo de UPP:
- Polifarmacia:
- Inmovilismo:
- Estreñimiento:
- Trastorno afectivo:

Valoración funcional

- Sale a la calle: Solo sin ayuda Con ayuda otra persona No sale
- Deambulación: Estable Inestable
- Ayudas en desplazamiento: Ninguna Bastón Andador
 Silla Persona Personas
- Transferencias: Independiente Dependiente
- Dependencia en movilidad: Ninguna Leve Moderada
- Modificación en las costumbres de la alimentación
- Modificación en las costumbres de vestirse
- Modificación en el control de esfínteres



Valoración psíquica

- Esfera afectiva (Estado de ánimo y aceptación del centro)
- Esfera cognitiva:
- Orientación (tiempo / espacio)
- Lenguaje, Compresión
- Denominación
- Memoria, Anterógrada
- Memoria, Retrógrada
- Atención/concentración
- Cálculo o capacidad numérica
- Escritura
- Praxis
- Pensamiento abstracto o capacidad de razonamiento
- Capacidad visoespacial
- Trastornos de conducta y comportamiento
- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Vagabundeo
- Trastorno sueño
- Actividades inadecuadas
- Agresividad
- Agitación
- Ansiedad

Valoración social

Convivencia
Hijos
Cuidador principal
Capacidad funcional del cuidador principal
Sobrecarga del cuidador principal
Vivienda: N° de planta [] Ascensor [] Baño [] Ducha
Barreras arquitectónicas
Apoyos sociales
Actividades de ocio
Relación con amigos, vecinos o familiares

Indicaciones

Alergias:

1. Alimentación:

Riesgo de atragantamiento Uso de espesantes Restricciones Supervisión Ayuda
Dieta: [] Normal [] Sin sal [] Antidiabética [] Turmix
Comentarios:

2. Tratamiento farmacológico:

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

Si trastornos de comportamiento:

3. Otras indicaciones:

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



Datos personales

Apellidos Nombre

Lugar y fecha de nacimiento Edad E. Civil

Domicilio

Cuidador principal y convivencia

Edad Parentesco Tel. Rec. Sociales

Estudios Profesión

D. Manual Aficiones:

Composición familiar:

| Nombre | Relación | Tel. |
|--------|----------|------|
| | | |
| | | |

Fecha preingreso: Fecha ingreso: Fecha de baja:

Motivo:

Datos clínicos

Diagnóstico Fecha Evolución

¿Sigue algún tratamiento farmacológico? Sí No

| Tratamiento psicofarmacológico | De | Co | Me | Ce |
|--------------------------------|----|----|----|----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Valoración psicogerítrica**Fecha**

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Valor Cog: MEC/SIB | | | | | | | | | |
| Esc. Det. Global GDS | | | | | | | | | |
| Tno Depre: Cornell/ Yesavage | | | | | | | | | |
| Alt. Compt: Behave / NPI | | | | | | | | | |
| Carga Cuidador Zarit | | | | | | | | | |
| Esc. ABVD: Barthel | | | | | | | | | |
| Esc. AIVD: Lawton | | | | | | | | | |

Historia y evolución de la enfermedad:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¿Visitan algún especialista? ¿Cada cuanto tiempo?

Antecedentes Familiares: trastornos psiquiátricos y/o demencias

.....

.....

.....

.....

.....

¿Ha recibido tratamiento psiquiátrico o psicológico en algún momento de su vida?

.....

.....

.....

.....

Déficits sensoriales: Vista Oído

Expectativas Familiares ante el ingreso (¿qué espera conseguir?)

.....

.....

.....

.....

Apoyos con los que cuenta para el cuidado

.....

.....

.....

.....

Habilidades personales como cuidador

.....

.....

.....

.....



Conocimiento de la enfermedad. Disponibilidad para formarse

.....
.....

Personalidad Premórbida. Describa el carácter de su familiar. ¿Ha cambiado desde la enfermedad?

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

Comportamiento en casa. ¿Agitación? ¿Alucinaciones y/o delirios?

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

Relaciones sociales. Antes de la enfermedad y en el momento actual

.....
.....

Actitud ante los recursos sociales

.....
.....

Comportamiento durante la entrevista

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

Observaciones

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

Plan de actuación

Necesidades

.....
.....

Objetivos

.....
.....

Tratamiento

.....
.....

Valoración cognitiva

| | | | | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Fecha | | | | | | | |
| Orientación | | | | | | | |
| Espacio | | | | | | | |
| Tiempo | | | | | | | |
| Persona | | | | | | | |
| Atención | | | | | | | |
| Focalizada | | | | | | | |
| Selectiva | | | | | | | |
| Sostenida | | | | | | | |
| Control Atencional | | | | | | | |
| Lenguaje | | | | | | | |
| L. Automático | | | | | | | |
| Repetición | | | | | | | |
| Denominación | | | | | | | |
| Fluidez verbal | | | | | | | |
| Comprensión Auditiva | | | | | | | |
| Escritura | | | | | | | |
| Dictado | | | | | | | |
| Copia | | | | | | | |
| Espontánea | | | | | | | |
| Lectura | | | | | | | |
| Producción | | | | | | | |
| Comprensión | | | | | | | |
| Memoria | | | | | | | |
| M. de Fijación | | | | | | | |
| M. Semántica | | | | | | | |
| M. Episódica | | | | | | | |
| M. Procedimental | | | | | | | |
| M. Operativa | | | | | | | |
| F. ejecutivas | | | | | | | |
| Categorización | | | | | | | |
| Abstracción | | | | | | | |
| Juicio | | | | | | | |
| Praxias | | | | | | | |
| Ideomotoras | | | | | | | |
| Ideatorias | | | | | | | |
| Constructivas | | | | | | | |
| Gnosias | | | | | | | |
| Visual | | | | | | | |
| Caras | | | | | | | |
| Objetos | | | | | | | |
| Colores | | | | | | | |
| Formas | | | | | | | |
| Personas | | | | | | | |
| Táctil | | | | | | | |
| Auditiva | | | | | | | |
| Visoespacialidad | | | | | | | |
| Esquema corporal | | | | | | | |
| Propio | | | | | | | |
| Ajeno | | | | | | | |
| Cálculo | | | | | | | |
| Lectura Dígitos | | | | | | | |
| Escritura Dígitos | | | | | | | |
| Op. Aritmética Simple | | | | | | | |
| Op. Aritmética Compleja | | | | | | | |



Valoración conductual

| | | | | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Fecha | | | | | | | |
| Orientación | | | | | | | |
| Delirios | | | | | | | |
| Alucinaciones | | | | | | | |
| Conducta Anómala | | | | | | | |
| Agresividad | | | | | | | |
| Trastorno del Sueño | | | | | | | |
| Trastorno Afectivo | | | | | | | |
| Trastorno Sexual | | | | | | | |
| Trast. de la Ingesta | | | | | | | |
| Afectación Frontal | | | | | | | |
| Deambulación | | | | | | | |
| Riesgo de Fuga | | | | | | | |

LEYENDA: AL (Alt. leve); AM (Alt. moderada); AG (Alt. Grave)

Observaciones:

.....

.....

Valoración familiar

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Fecha | | | | | | | |
| Ansiedad | | | | | | | |
| Depresión | | | | | | | |
| Estrés | | | | | | | |
| Desinformación | | | | | | | |
| Habilidades De manejo | | | | | | | |
| Relación Familiar Negativa | | | | | | | |
| Actitud para el uso de de otros Recursos | | | | | | | |
| Dependencia | | | | | | | |
| Culpabilidad | | | | | | | |
| Malos tratos | | | | | | | |

Observaciones:

.....

.....

Hoja de evolución

Nombre y apellidos del usuario:

| Fecha y firma | Comentario |
|---------------|------------|
| | |



Podríamos dividirlo en:

Filiación

Apellidos Nombre

Fecha de nacimiento Edad Sexo H M

Anamnesis

Antecedentes familiares

.....

.....

.....

.....

Antecedentes personales

Enfermedades padecidas.

.....

.....

Alergias

.....

Intervenciones quirúrgicas

.....

Ingresos hospitalarios en el último año

.....

Inmunizaciones

| | | | | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Antigripal (fecha) | | | | | | | |
| Antigripal (fecha) | | | | | | | |

| | | |
|-------------------------|--|--|
| Antineumocócica (fecha) | | |
|-------------------------|--|--|

| | | | | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Antitetánica (fecha) | | | | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|

Observaciones y reacciones adversas:

.....

.....



Valoración por patrones

Patrón percepción de salud

1. ¿Tiene dolor? Sí No A veces Localización
2. ¿Se calma con analgésicos? Sí No ¿Cuál?
3. Consumidor habitual de calmantes Sí No ¿Cuales?

Patrón nutrición

1. Dieta: Normal Fácil masticación Turmix
 Hiposódica Antidiabética Hipocalórica
Observaciones
2. Ingesta líquida/ día:
3. Suplementos: No Calóricos Proteicos Vitaminas y Minerales
4. Apetito: Normal Aumentado Disminuido
5. Disfagia: Sí No Sólidos Líquidos Necesidad espesante
6. Atragantamientos: Sí No Frecuencia
7. Dentadura postiza: No Sí Inferior Superior Edéntulo
8. ¿Problemas con la dentadura? ¿Mantiene una higiene correcta?

Integridad de la piel

1. Estado de la piel y mucosas: Hidratación
2. Ayuda en baño o ducha
3. Higiene pies y cuidados uñas
4. Lesiones: U.P.P. Vascular Venosas Otras Localización
- Observaciones

Patrón: eliminación

- 1. Hábito intestinal: Frecuencia deposiciones
 - Estreñimiento Diarrea Incontinencia
 - Uso de laxantes Sí No Tipo
- 2. Hábitos vesicales: Incontinencia Sí No
 - Urgencia miccional Esfuerzo Mixta Funcional
 - Sistemas de ayuda: Sondaje vesical Pañales Compresa Colector externo
 - Observaciones
 -

Patrón caídas

- Caedor habitual: Sí No
- Riesgo de caídas: Sí No
- Observaciones
-
-
-
-

Patrón: sueño/ reposo

- 1. Alteración del sueño: Sí No
- 2. Conciliación sueño fácil: Sí No
- 3. Interrupción del sueño: Sí No
- 4. Sueño reparador: Sí No
- 5. Siesta: Sí No
- Tratamiento
-
-
- Observaciones
-
-
-



Patrón cognitivo/ perceptivo

Valoración cognitiva

MEC Pfeiffer

Test del reloj: ordenCopia

Trastornos de conducta

Tratamiento

Valoración perceptiva

1. Alteración auditiva: Sí No

Uso de audífon: Sí No Derecho Izquierdo

Observaciones

2. Valoración ocular: Lentes: Lejos Cerca Otros

A.V.L.O.D. A.V.L.O.I. A.V.C.O.D. A.V.C.O.I.

C.V.C.O.D. C.V.C.O.I.

Carta de visión cercana

Rejilla de Amsler

Observaciones

Valoración

Convivencia

Cuidador principal

Apoyos sociales

Observaciones

Otros

Resumen de la valoración geriátrica:

Diagnósticos clínicos actuales

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnósticos de enfermería

- Mantenimiento de la salud alterado.
- Protección alterada.
- Manejo ineficaz del régimen terapéutico.
- Alto riesgo de lesión.
- Infección.
- Alto riesgo de traumatismo.
- Alto riesgo de asfixia.
- Alto riesgo de nutrición alterada: ingesta superior a las necesidades corporales.
- Nutrición alterada: ingesta superior a las necesidades corporales.
- Nutrición alterada: ingesta inferior a las necesidades corporales.
- Alto riesgo de aspiración.
- Trastorno de la deglución.
- Mucosa oral alterada.
- Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos.
- Déficit de volumen de líquidos.
- Exceso de volumen de líquidos.
- Alto riesgo de alteración de la integridad cutánea.
- Alteración de la integridad cutánea.
- Estreñimiento.
- Diarrea.
- Incontinencia intestinal.
- Incontinencia funcional.

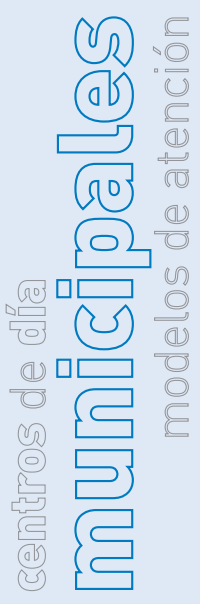


- Incontinencia de esfuerzo.
- Incontinencia de urgencia.
- Incontinencia total.
- Intolerancia a la actividad.
- Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica.
- Movilidad física alterada.
- Alto riesgo de síndrome de desuso.
- Fatiga.
- Déficit de auto cuidado: baño / higiene.
- Déficit de autocuidado: Vestido /arreglo.
- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Déficit de auto cuidado: evacuación.
- Déficit de actividades recreativas.
- Mantenimiento del hogar alterado.
- Alto riesgo de Traumatismo.
- Alteración del patrón del sueño.
- Dolor.
- Dolor crónico.
- Alteraciones sensoriales / perceptuales (visual, auditiva, cinestésica, gustatoria, táctil, olfatoria).
- Déficit de conocimientos sobre.
- Procesos alterados del pensamiento.
- Miedo.
- Ansiedad.
- Sensación de impotencia.
- Trastorno de la imagen corporal.
- Alto riesgo de automutilación.
- Trastorno de la identidad personal.
- Trastorno de la autoestima.
- Autoestima baja crónica.
- Autoestima baja circunstancial.
- Duelo disfuncional.
- Alteración del rendimiento de la función.
- Aislamiento social.
- Deterioro de la comunicación verbal.
- Alto riesgo de violencia.
- Disfunción sexual.
- Patrones alterados de la sexualidad.
- Afrontamiento individual ineficaz.
- Sufrimiento espiritual.

Evolución de enfermería

Nombre

| Fecha | Comentarios |
|-------|-------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |



1. Datos personales

Fecha Valoración

Nombre y apellidos

Fecha Nacimiento Profesión

Nivel de estudios: Sin estudios Básicos Medios Superiores

Aficiones anteriores y actuales

.....

.....

Diagnóstico principal / datos médicos relevantes

.....

.....

2. Estado cognitivo

Fecha realización MEC

Fecha realización Pfeiffer

Otras



| Áreas | | Adecuado | Alterado | Observaciones |
|---------------|----------------|----------|----------|---------------|
| Lenguaje | Comprensión | | | |
| | Producción | | | |
| | Fluidez Verbal | | | |
| | Escritura | | | |
| Memoria | Corto plazo | | | |
| | Largo plazo | | | |
| Atención | | | | |
| Concentración | | | | |
| Cálculo | | | | |
| Secuenciación | | | | |

| Áreas | | Adecuado | Alterado | Observaciones |
|-------------|---------|----------|----------|---------------|
| Orientación | Persona | | | |
| | Tiempo | | | |
| | Espacio | | | |
| Praxias | | | | |
| Gnosia | | | | |

3. Valoración afectivo – relacional

| Áreas | | Adecuado | Alterado | Observaciones |
|---------------------------|--|----------|----------|---------------|
| Estado de ánimo general | | | | |
| Trastornos conductuales | | | | |
| Motivación y colaboración | | | | |
| Relación con usuarios | | | | |
| Relación con personal | | | | |

4. Valoración perceptivo -sensorial

| Áreas | | Adecuado | Alterado | Observaciones |
|------------------|------------------------------------|----------|----------|---------------|
| Visión | | | | |
| Audición | | | | |
| Tacto | | | | |
| Gusto | | | | |
| Olfato | | | | |
| Esquema Corporal | Propiocepción | | | |
| | Lateralidad | | | |
| | Discriminación derecha / izquierda | | | |
| Negligencia | | | | |

5. Valoración física

| Miembros superiores | | | Normal | Alterado | Observaciones |
|---------------------------|------------|--------|-----------|------------------------|---------------|
| Arco articular | Izquierda | Hombro | | | |
| | | Codo | | | |
| | | Muñeca | | | |
| | Derecha | Hombro | | | |
| | | Codo | | | |
| | | Muñeca | | | |
| Patrón movimiento | | | | Flexor Extensor | |
| Tono muscular | | | | Espástico Hipotonía | |
| Fuerza | | | | | |
| Temblor | | | No existe | Existe | |
| Sensibilidad | | | | | |
| Destreza motora gruesa | | | | | |
| Destreza motor fina | Pinza | | | | |
| | Prehensión | | | | |
| Coordinación óculo-manual | | | | | |
| Coordinación bimanual | | | | | |

| Miembros inferiores | | Normal | Alterado | Observaciones |
|---------------------|--|--------|----------|---------------|
| Funcionalidad | | | | |
| Sensibilidad | | | | |

| Tronco | | Normal | Alterado | Observaciones |
|--------------------------|--|--------|----------|---------------|
| Equilibrio sedestación | | | | |
| Equilibrio bipesdetación | | | | |



6. Valoración funcional

- Actividades Básicas de la Vida Diaria

Fecha realización Barthel

Áreas deficitarias:

.....

- Actividades Instrumentales de la vida diaria

Fecha realización Lawton

Áreas deficitarias:

.....

7. Productos de apoyo y adaptaciones del entorno

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Plan de tratamiento

- a) Objetivos

.....

.....

.....

- b) Programas recomendados

.....

.....

.....

- c) Observaciones y Precauciones

.....

.....

.....

Firma Terapeuta Ocupacional

Seguimiento

Nombre:

Apellidos:

| Fecha | Seguimiento |
|-------|-------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |



Nombre del usuario

Apellidos

Fecha de Valoración

Edad Fisioterapeuta

1. Movilidad

Recorrido articular

MMS: Conserva Disminuye

.....
.....

MMII: Conserva Disminuye

.....
.....

Tronco y cuello: Conserva Disminuye

.....

Balance muscular

MMS: Conserva Disminuye

.....
.....

MMII: Conserva Disminuye

.....
.....

Tronco y cuello: Conserva Disminuye

2. Marcha y equilibrio

Transferencias

Independiente Supervisión Ayuda técnica

Ayuda: 1 persona 2 personas

Deambulaci3n

Independiente Supervisi3n Ayuda t3cnica

Ayuda: 1 persona 2 personas

Escalones

Independiente Supervisión Ayuda técnica

Ayuda: 1 persona 2 personas

Test

Levántate y anda

Tinetti: marcha

Equilibrio

Riesgo de caídas

Sí No

Observaciones

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

3. Necesidades fisioterapéuticas

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

4. Objetivos

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

5. Tratamiento

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

6. Observaciones

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



Anexo hoja de seguimiento

Adaptado al modelo de documento único

Nombre y apellidos

Fecha

Fisioterapeuta:

Levántate y anda

Tinetti: Marcha

Equilibrio

Evolución:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Apellidos y nombre

Dirección

Tipología de la vivienda Fecha de la valoración

Profesionales que acuden a la valoración:

.....

1. Valoración del domicilio

a) Interior del domicilio

Generalidades:

| | Accesibilidad | Buena iluminación | Existencia de obstáculos | Factores de riesgo | Existencia medidas protección |
|------------|---------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------------|
| Recibidor | | | | | |
| Pasillo | | | | | |
| Dormitorio | | | | | |
| Cocina | | | | | |
| Baño | | | | | |
| Salón | | | | | |

Observaciones

.....

.....

.....

.....

.....



Particularidades:

| | Altura y anchura cama | Accesibilidad a la cama (Transferencias) | Productos de apoyo | Armario |
|------------|-----------------------|--|--------------------|---------|
| Dormitorio | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Observaciones

.....

.....

.....

.....

| | Altura y anchura cama | Accesibilidad a la cama (Transferencias) | Productos de apoyo | Armario |
|------------|-----------------------|--|--------------------|---------|
| Dormitorio | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Observaciones

.....

.....

.....

.....

| | Ducha / bañera | Accesibilidad al baño (Transferencias) | Productos de apoyo | Altura adecuada |
|------|----------------|---|-----------------------|-----------------|
| Baño | | | | Inodoro |
| | | | | Lavabo |
| | | | | Espejo |
| | | | | Bañera |

Observaciones

.....

.....

.....

.....



| | Gas/ eléctrica | Accesibilidad en la cocina | Productos de apoyo | Altura adecuada |
|--------|----------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------|
| Cocina | | | | Fregadero |
| | | | | Armarios |
| | | | | Placa |
| | | | | Utensilios |

Observaciones

.....

.....

.....

.....

b) Exterior del domicilio (portal)

Iluminación

Escaleras: Número: Altura: Pasamanos Rampa

Accesibilidad: Puerta del portal Ascensor

Observaciones

.....
.....

c) Entorno del domicilio

Barreras arquitectónicas

Zonas verdes

Servicios

.....
Observaciones

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

2. Propuestas y recomendaciones de mejoras del domicilio

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

2. Anexo II. Escalas de valoración

2.1. Escala de Barthel

Hoja 1/3

| Nombre: | Fechas | | | | | |
|--|--------|---------|--|--|--|--|
| Nº de historia: | Previa | Ingreso | | | | |
| <p>Alimentación:</p> <p><input checked="" type="radio"/> <i>Independiente.</i> Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.</p> <p><input checked="" type="radio"/> <i>Ayuda.</i> Necesita ayuda para comer, extender mantequilla, etc.</p> <p><input type="radio"/> Dependiente.</p> | | | | | | |
| <p>Baño:</p> <p><input checked="" type="radio"/> <i>Independiente.</i> Se lava completo en ducha o baño, o se aplica la esponja por todo el cuerpo. Entra y sale del baño. Puede realizarlo todo sin estar un persona presente.</p> <p><input type="radio"/> Dependiente.</p> | | | | | | |
| <p>Vestido:</p> <p><input checked="" type="radio"/> <i>Independiente.</i> Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone braguero o corsé si es preciso.</p> <p><input checked="" type="radio"/> <i>Ayuda.</i> Necesita ayuda, pero al menos la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.</p> <p><input type="radio"/> Dependiente.</p> | | | | | | |
| <p>Aseo personal:</p> <p><input checked="" type="radio"/> <i>Independiente.</i> Se lava la cara, las manos, los dientes, etc. Se afeita y maneja el enchufe si usa máquina eléctrica.</p> <p><input type="radio"/> Dependiente.</p> | | | | | | |
| <p>Deposición:</p> <p><input checked="" type="radio"/> <i>Continente.</i> No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios se arregla por sí solo.</p> <p><input checked="" type="radio"/> <i>Incontinente Ocasional.</i> Presenta episodios ocasionales de incontinencia o necesita ayuda para usar enemas o supositorios.</p> <p><input type="radio"/> <i>Incontinente.</i></p> | | | | | | |
| <p>Micción:</p> <p><input checked="" type="radio"/> <i>Continente.</i> No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector atiende a su cuidado solo.</p> <p><input checked="" type="radio"/> <i>Incontinente Ocasional.</i> Presenta episodios ocasionales. Necesita ayuda en el uso de sonda o colector.</p> <p><input type="radio"/> <i>Incontinente.</i></p> | | | | | | |

pág.
174-175



capítulo 4. anexos

| Nombre: | Fechas | | | | | |
|---|--------|---------|--|--|--|--|
| Nº de historia: | Previa | Ingreso | | | | |
| <p>Uso del retrete:</p> <p><input type="radio"/> 10 Independiente. Usa el retrete, bacinilla o cuña. Se sienta y se levanta sin ayuda (aunque use barras de apoyo). Se limpia y se quita y pone la ropa sin ayuda.</p> <p><input type="radio"/> 5 Ayuda. Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse, o ponerse y quitarse la ropa.</p> <p><input type="radio"/> 0 Dependiente.</p> | | | | | | |
| <p>Traslado sillón-cama:</p> <p><input type="radio"/> 15 Independiente. No necesita ninguna ayuda. Si usa una silla de ruedas, lo hace independientemente.</p> <p><input type="radio"/> 10 Mínima ayuda. Necesita una mínima ayuda o supervisor.</p> <p><input type="radio"/> 5 Gran ayuda. Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.</p> <p><input type="radio"/> 0 Dependiente.</p> | | | | | | |
| <p>Deambulaci3n:</p> <p><input type="radio"/> 15 Independiente. Puede caminar independientemente al menos 50 m. aunque se ayude de bast3n, muletas o andador sin ruedas.</p> <p><input type="radio"/> 10 Ayuda. Puede caminar al menos 50 m., pero necesita supervisi3n.</p> <p><input type="radio"/> 5 Independiente en silla de ruedas. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.</p> <p><input type="radio"/> 0 Dependiente.</p> | | | | | | |
| <p>Escalones:</p> <p><input type="radio"/> 10 Independiente. Es capaz de subir o bajar escaleras sin ayuda o supervisi3n, aunque use instrumentos de ayuda como muletas o bastones o se apoye en la barandilla.</p> <p><input type="radio"/> 5 Ayuda. Necesita ayuda f3sica o supervisi3n.</p> <p><input type="radio"/> 0 Dependiente.</p> | | | | | | |
| <p>Total</p> | | | | | | |

Explicación práctica de las escalas de actividades de la vida diaria

Escala de Barthel

Es una escala auto-administrada o hetero-administrada, puede ser recogida por observación directa o por preguntas a él o a su cuidador y este cuestionario tiene una alta correlación si es cumplimentado por el propio paciente.

Pueden sus apartados ir encabezados con las preguntas: ¿Tiene Vd dificultad? ó ¿Necesita Vd ayuda?, en función del objetivo de la evaluación cuando se aplica al cuidador o al sujeto del cuidado.

Se tarda cinco minutos en su cumplimentación.

La interpretación de los resultados nos da una idea de severidad de la carga de cuidados personales, la capacidad de seguir viviendo en la comunidad y la intensidad de apoyos necesarios.

La palabra "ayuda" de cada ítem puede significar supervisión con menor carga física, pero sí indica la necesidad de presencia física de alguien en tareas elementales (a él o al cuidador si existiera).

Dos cuestiones a señalar, por un lado que, a pesar de ser una escala numérica, el peso de cada uno de los ítem es muy diferente, por lo que variaciones de la misma magnitud en diferentes tramos de la escala no tienen el mismo significado. Una variación de 10 puntos no supone lo mismo entre 50-60 que entre 80-90. Por otro lado, es relativamente insensible al cambio si solo se mide el cómputo global, pues los ratios son muy amplios. Los ítem de continencia pueden preguntarse al final del cuestionario.

Los resultados globales se interpretan como:

| | |
|-------|----------------------|
| <20 | Dependencia total |
| 20-35 | Dependencia grave |
| 40-55 | Dependencia moderada |
| ≥ 60 | Dependencia leve |
| 100 | Independiente |

A título orientativo:

| | |
|------------------------------|---|
| <i>Dependencia Leve:</i> | Aquella que precisa atención varias veces a la semana, pero no diariam«ente. |
| <i>Dependencia Moderada:</i> | Aquella que precisa atención diaria pero no constante. |
| <i>Dependencia Grave:</i> | Aquella que precisa de servicios frecuentes con periodicidad a intervalos cortos, constantes o casi constantes. |



Explicación práctica de las escalas de actividades de la vida diaria

Escala de Lawton

Es una escala hetero-administrada y diseñada para ser aplicada por asistentes sociales, enfermeras u otro personal de trato directo con los ancianos.

En muchos casos se utiliza la coetilla introductoria: “por cuestiones de salud, puede Vd. hacer o no hacer”, para salvar el margen de error que puede existir entre no poder hacer por incapacidad y no hacer por no querer.

El tiempo requerido para su cumplimentación es muy breve, cinco minutos.

Tiene un buen coeficiente de reproducibilidad de 0,94 entre los distintos observadores.

Es sensible para detectar deterioro del mayor cuando observamos la pérdida de ejecución de una actividad instrumental sin evidencia de motivo conocido.

La interpretación de los resultados debe darnos una idea de la capacidad óptima del anciano. En cada apartado el 0 es la puntuación que indica la máxima dependencia, el 1 es la independencia con variaciones cualitativas en esa tarea. El resultado final es la suma de los resultados parciales de cada ítem, interpretándose como:

| | |
|-----|----------------------|
| 8 | Independiente |
| 6-7 | Dependiente ligero |
| 4-5 | Dependiente moderado |
| 2-3 | Dependiente severo |
| 0 | Dependiente total |

Índice para las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton)

| Actividad evaluada | Puntuación | Fecha | Fecha | Fecha | Fecha | Fecha |
|---|------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Capacidad para usar el teléfono | | | | | | |
| 1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc. | 1 | | | | | |
| 2. Marca unos cuantos números bien conocidos. | 1 | | | | | |
| 3. Contesta al teléfono pero no marca. | 1 | | | | | |
| 4. No usa el teléfono en absoluto. | 0 | | | | | |
| Ir de compras | | | | | | |
| 1. Realiza todas las compras necesarias con independencia. | 1 | | | | | |
| 2. Compra con independencia pequeñas cosas. | 0 | | | | | |
| 3. Necesita compañía para realizar cualquier compra. | 0 | | | | | |
| 4. Completamente incapaz de ir de compras. | 0 | | | | | |
| Preparación de la comida | 0 | | | | | |
| 1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia. | 1 | | | | | |
| 2. Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes. | 0 | | | | | |
| 3. Calienta, sirve y prepara las comidas o las prepara pero no mantiene una dieta adecuada. | 0 | | | | | |
| 4. Necesita que se le prepare y sirva la comida. | 0 | | | | | |
| Cuidar la casa | | | | | | |
| 1. Cuida la casa sola o con ayuda ocasional (por ejemplo trabajos duros, ayuda doméstica). | 1 | | | | | |
| 2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer las camas. | 1 | | | | | |
| 3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable. | 1 | | | | | |
| 4. Necesita ayuda con todas las tareas de la casa. | 0 | | | | | |
| 5. No participa en ninguna tarea doméstica. | 0 | | | | | |



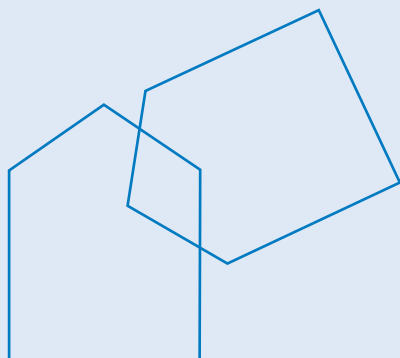
Índice para las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton)

| Actividad evaluada | Puntuación | Fecha | Fecha | Fecha | Fecha | Fecha |
|--|------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Lavado de ropa | | | | | | |
| 1. Realiza completamente el lavado de ropa personal. | 1 | | | | | |
| 2. Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc. | 1 | | | | | |
| 3. Necesita que otro se ocupe de todo el lavado. | 0 | | | | | |
| Medio de transporte | | | | | | |
| 1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche. | 1 | | | | | |
| 2. Capaz de organizar su transporte utilizando taxis, pero no usa otros transportes públicos. | 1 | | | | | |
| 3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona. | 1 | | | | | |
| 4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros. | 0 | | | | | |
| 5. No viaja en absoluto. | 0 | | | | | |
| Responsabilidad sobre la medicación | | | | | | |
| 1. Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas correctas. | 1 | | | | | |
| 2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas. | 0 | | | | | |
| 3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación. | 0 | | | | | |
| Capacidad de utilizar el dinero | | | | | | |
| 1. Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco, conoce sus ingresos). | 1 | | | | | |
| 2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc. | 1 | | | | | |
| 3. Incapaz de manejar dinero. | 0 | | | | | |
| Total | | | | | | |

Nombre y apellidos:

Edad Fecha:

| | Puntos |
|--|--------|
| Orientación | |
| Dígame el Día. Fecha Mes | |
| Estación Año | (5)* |
| Dígame el Hospital (o el lugar). Planta | |
| Ciudad Provincia Nación | (5)* |
| Fijación | |
| Repita estas tres palabras: Peseta-Caballo-Manzana (Repetirlas hasta que las aprenda) | (3)* |
| Concentración y calculo | |
| Si tiene 30 pesetas, y me va dando de 3 en 3. ¿Cuánto le va quedando? | (5)* |
| Repita estos números: 5-9-2. (Hasta que los aprenda) Ahora hacia atrás | (3)* |
| Memoria | |
| ¿Recuerda las 3 palabras que le dicho antes? | (3)* |
| Lenguaje y construcción | |
| Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? Repetir con el reloj | (2)* |
| Repita esta frase. "En un trival había cinco perros" | (1)* |
| Una manzana y una pera son frutas.¿Verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? | |
| ¿Qué son un perro y un gato? | (2)* |
| Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa | (3)* |
| Lea esto y haga lo que dice, CIERRE LOS OJOS: | (1)* |
| Escriba una frase | (1)* |
| Copie este dibujo: | (1)* |



Valoración de la función cognitiva: mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC)

El mini examen cognitivo de Lobo ha sido desarrollado a partir del Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein.

El objetivo de esta escala es cuantificar el potencial cognitivo y detectar los posibles desordenes funcionales a nivel clínico. Es útil para discriminar entre individuos con patología psiquiátrica funcional y orgánica, y sobre todo para el cribaje del deterioro cognitivo.

El test es fácil de interpretar y rápido de realizar. Explora las áreas de orientación, memoria inmediata y diferida, habilidad para el cálculo y la concentración, la denominación y repetición del lenguaje, las capacidades de lectura y escritura, capacidad de abstracción, praxias ideomotoras, ideatoria y constructiva gráfica.

Consta de 11 items, y la puntuación máxima es de 35 puntos, presenta un porcentaje de falsos positivos en sujetos de edad avanzada, bajo nivel educacional y déficits sensoriales.

No existen puntos de corte estandarizados de deterioro, debiendo interpretarse con cautela los resultados obtenidos y recomendando usarse otros instrumentos de valoración cuando se quiera descartar un deterioro cognitivo. Para la población geriátrica, mayor de 80 años, pueden considerarse los siguientes puntos de corte.

Limite de la normalidad 28 puntos
 Borderlaine entre 24 y 27 puntos
 Deterioro cognitivo leve/moderado de 17 a 23 puntos
 Deterioro cognitivo grave menos de 17 puntos

Explicación práctica de la aplicación del MEC

Orientación

Se puntuará 0 si es incorrecto y 1 si es correcto:

- Dígame el día de la semana que es hoy (se puede ayudar diciendo: ¿estamos a lunes, martes, miércoles,...?)
- ¿Qué fecha es hoy? (día correcto y numérico del mes).
- ¿En que mes estamos?
- ¿En que estación del año estamos? (se puede ayudar recordando el nombre de las cuatro estaciones, no diciendo la correcta ni en primer ni en último lugar) (se es flexible cuando estemos en época del cambio de estación).
- ¿En que año estamos?
- Dígame el lugar donde estamos
- ¿En que planta o piso estamos?
- ¿En que ciudad estamos?
- ¿En que provincia estamos?
- ¿En que país o nación estamos?

Fijación

A continuación se le nombra al anciano 3 objetos, después de nombrarlo se le ruega que los repita y se le hace hincapié insistiendo en que se les preguntará mas tarde. Debe repetirlos hasta que se las aprenda, y se puntuará el número de palabras que repita en el primer intento.

Ejemplo: PESETA, CABALLO Y MANZANA (pueden usarse otras palabras, pero anotándolas).

Concentración y cálculo

En esta área se examinará la capacidad de concentración y cálculo del anciano, realizándose las siguientes preguntas:

- Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? (se para después de 5 sustracciones), anotándose el nº de respuestas correctas. Se considera respuesta correcta cuando la sustracción del número anterior es la correcta independientemente de cuál sea éste.
- A continuación repita los números 5 - 9 - 2 hasta que los aprenda.

Memoria

- ¿Recuerda las palabras que le he dicho antes? En este caso no se le debe ayudar, dándole un amplio margen de tiempo para pensarlo

Lenguaje y Construcción

- Mostrar un bolígrafo y preguntar ¿Qué es esto?
- Mostrar un reloj y preguntar ¿Qué es esto?
- Repita la frase: "En un trigal había cinco perros". Leerle la frase despacio y correctamente articulada. Para conceder un punto tiene que repetirla a la primera y correctamente articulada. Un fallo en una palabra o letra es 0 puntos.
- Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? ¿Qué son el perro y el gato? Se aceptará colores, animales o bichos
- Darle un papel e indicar: "Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo o en la mesa", si coge el papel con la mano izquierda, es un fallo; lo mismo si lo dobla mas de una vez. Se da un punto por cada acción de las tres correctamente realizada.

Para los test de lectura y escritura, pedir al residente que se coloque sus gafas, si es preciso escribir la orden y los dibujos en la parte posterior del papel:

- *Enseñarle un papel o cartulina en el que esté escrito "CIERRE LOS OJOS" e indíquele Lea esto y haga lo que dice, Solo se le dará un punto en el caso de que cierre los ojos y los vuelva a abrir, independientemente de si lo hace en voz alta.
- Escriba una frase. Hay que instruirle en que no sea su nombre, se puede usar un ejemplo pero insistir en que tiene que escribir otra cosa.
- Copie este dibujo. Mostrarle en dibujo de los pentágonos e indicarle donde lo tiene que copiar.

Debe realizarse cuando el anciano está tranquilo y centrado, su repetición no debe exceder en 6 meses.

Si la puntuación teórica que puede obtener no es la total del test, por problemas sensoriales, analfabetismo etc. Es necesario hacer una reconversión mediante una sencilla regla de tres:

Puntuación obtenida * 35 (puntuación máxima del test) / Puntuación máxima que puede obtener.

Validez, fiabilidad y sensibilidad

Discrimina pacientes con deterioro cognitivo por psicosis exógenas o demencias, de controles sanos o neurológicos.

El MEC ha mostrado una buena capacidad diagnóstica para demencias moderadas y severas, es bastante insensible para casos leves. La versión adaptada a la población anciana española ha obtenido una sensibilidad del 90,7% y una especificidad del 69%



2.4. Brief Cognitive Rating Scale (BCRS)

| Nivel | Concentración | Memoria de fijación o reciente | Memoria de evocación o remota | Orientación | Lenguaje | Praxis | Cálculo |
|-------|--|--|--|---|--|---|--|
| 1 | No se evidencian déficit subjetivos ni objetivos | No se evidencian déficit subjetivos ni objetivos | No se evidencian alteraciones objetivas ni subjetivas | No existe déficit de memoria temporoespacial, auto y alopsíquica | No hay alteraciones objetivas | No hay cambios objetivos ni subjetivos | No hay cambios objetivos ni subjetivos |
| 2 | Defectos subjetivos. Se distrae fácilmente | Se evidencia un deterioro subjetivo (p. ej. olvidos de nombres con más frecuencia que antes) | Sólo existe un deterioro subjetivo (p. ej., recuerda el nombre de 2 o más maestros) | Existe únicamente un empeoramiento subjetivo (sabe aprox. la hora actual, la situación...) | Dificultad subjetiva para recordar nombres de personas y objetos | Puede dibujar un cubo | Puede restar 43 menos 17 |
| 3 | Signos objetivos menores de pobre concentración. Pequeños defectos (p. ej., resta de series de 7 a partir de 100) | Defecto para recordar detalles específicos. No hay déficit para recordar lo importante de hechos recientes | Aparecen algunos lapsus en relación con detalles (p. ej., recuerda un maestro y/o nombre de un amigo de la infancia) | Confusión de dos o más horas, en uno o más días, respecto al momento actual y en tres o mas días en relación con el día del mes | Dificultad manifiesta para encontrar las palabras adecuadas, con interrupciones frecuentes o un leve tartamudeo | Tiene dificultad para dibujar un cubo con una perspectiva adecuada. | Puede restar 39 menos 14 |
| 4 | Déficit moderado para personas de su nivel educacional (p. ej., marcada dificultad en las series de 7; frecuente en las de 4 a partir de 40) | No puede recordar hechos importantes ocurridos en la semana o fin de semana anteriores (pobreza de detalles) | Déficits claros. Existen también confusiones en la localización cronológica de sucesos pasados autobiográficos (no recuerda el nombre del profesor pero sí la escuela) | Confusión de 10 ó más días en el mes y de uno o mas meses con respecto al año actual y confusión en la estación del año | Defectos de verbalización evidentes para los familiares, pero generalmente no visibles en la entrevista clínica. Se hace más reticente o alternativamente presenta tendencia a divagar | Puede dibujar un rectángulo | Puede restar 15 menos 6 |

| Nivel | Concentración | Memoria de fijación o reciente | Memoria de evocación o remota | Orientación | Lenguaje | Praxis | Cálculo |
|-------|---|--|---|--|--|---|--|
| 5 | Marcadas deficiencias en la concentración (p.ej., diciendo los meses hacia atrás o series de 2 desde 20) | Inseguridad en la orientación temporoespacial No esta seguro del tiempo que hace Puede no conocer su dirección | Incapaz de recordar sucesos importantes de su pasado (escuela a la que asistió, dónde hizo el servicio militar, etc.) | Duda del mes, año o estación actuales; duda del lugar en que se encuentra | Marcada pobreza en el lenguaje espontáneo, evidente durante la entrevista. Puede completar un refrán | Puede dibujar dos circunferencias concéntricas | Puede restar 9 menos 4 |
| 6 | Olvida la consigna o tarea encomendada antes de completarla (empieza a contar de 1 a 10 cuando se le pide hacerlo al revés) | Ocasionalmente recuerda algunos hechos recientes. Desorientación temporoespacial absoluta o grave | Quedan algunos restos. Recuerda el país de origen, primera ocupación; puede recordar el nombre de sus padres | Desconoce la fecha; identifica a su cónyuge, pero no puede recordar su nombre aunque recuerda el suyo propio | Incapacidad para completar un refrán. Respuestas limitadas a una o escasas palabras | Puede dibujar una circunferencia, una línea, dibuja garabatos | Puede sumar: 8 más 7 3 más 1 |
| 7 | Marcada dificultad al contar de 1 en 1 hasta 10 | Desconocimiento de hechos recientes | Pérdida total | No puede reconocer a su cónyuge y puede estar inseguro de su propio nombre | Pérdida de las capacidades verbales o vocabulario limitado a 1 ó 2 palabras. Presenta logorrea. Se limita a gruñir o a gritar. | No es capaz de escribir nada pero coge adecuadamente el bolígrafo | Algunas veces puede sumar 1 más 1 No puede sumar 1 más 1. |

Fuente: Reisberg B y cols. (1983). Modificada por Tárraga L (1999).



Examina la memoria episódica tras forzar el procesamiento semántico de cada uno de los dibujos presentados en una secuencia de categorización, denominación y recuerdo inmediato por parte del sujeto.

Durante la presentación se proporciona una clave semántica (categoría del objeto) para cada ítem, que sirve como vía obligada de procesamiento para el almacenamiento en la **Fase de Aprendizaje** y como clave de acceso al material memorizado para su recuperación en la fase de **Recuerdo Facilitado**.

Se trata de un test perfectamente habilitado para su aplicación a individuos de bajo nivel cultural e incluso analfabetos.

Se realizan un máximo de dos ensayos de presentación y recuerdo.

Procedimiento

Se presentan 16 figuras pertenecientes a diferentes categorías, el test incluye 4 tareas, denominación, recuerdo inmediato, recuerdo libre y recuerdo facilitado:

- **Denominación y recuerdo inmediato:** se coloca la primera lámina delante del sujeto y se le pide que identifique y nombre cada objeto en respuesta a la categoría que se le indica: "En esta página hay una fruta ¿cuál es?". Si no da el nombre correcto se le corrige pero no se repite el proceso de denominación.
- **Recuerdo inmediato:** Una vez que los cuatro objetos han sido identificados, se le pide que los recuerde. "le mostré una fruta. ¿cuál era?"
Si denomina y recuerda las cuatro figuras se pasa a la lámina siguiente aplicando el mismo procedimiento. Una vez concluido el proceso se le pide que diga los meses del año (esto no se puntúa).
- **Recuerdo libre:** Se dice al sujeto "Hace unos minutos le mostré 4 páginas con dibujos de figuras, Dígame por favor los nombres de todos los dibujos que recuerde"
- **Recuerdo facilitado:** cuando el sujeto ya no es capaz de recordar más figuras (15 segundos sin respuesta) se le dice "voy a darle algunas pistas para ayudarlo. Le mostré el dibujo de una fruta, ¿cual era?"
- **Puntuación:** Se registra cada figura denominada y recordada inmediatamente pero no se puntúa. Se otorga un punto por cada figura recordada de forma libre y facilitada. Máximo 16 puntos (Libre+facilitada):
 - Punto de Corte: 12/16 de la puntuación máxima
 - Valor Predictivo positivo 0,90
 - Valor Predictivo negativo 0,96

Los sujetos no dementes que presentan alteraciones en el recuerdo libre significativos desarrollan demencia en los 5 años siguientes con una frecuencia altamente significativa.

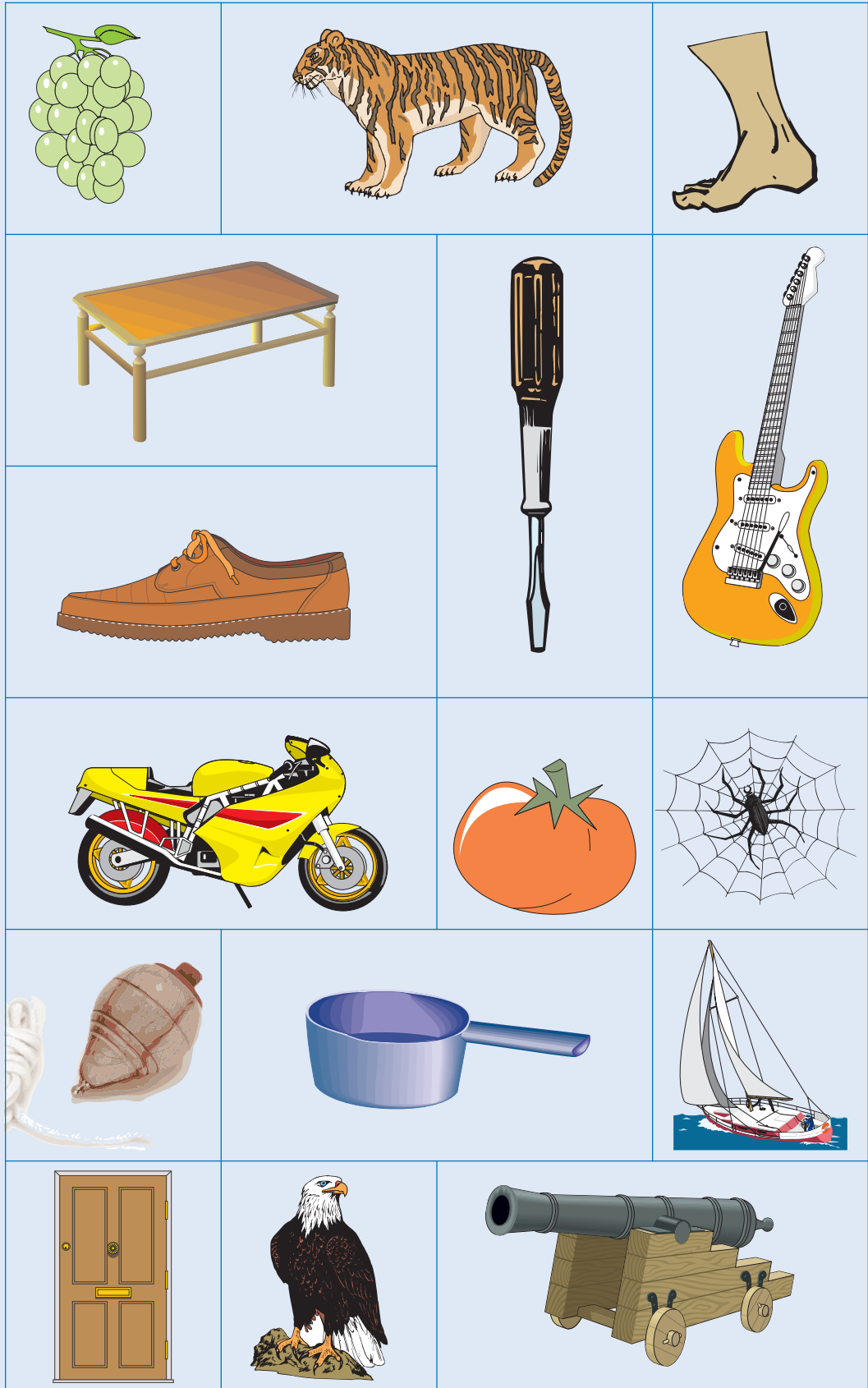
Test de fluidez categorial de Buschke

Nombre y apellidos:

Fecha:

| Categoría | Objeto | Denominación | Recuerdo inmediato | Recuerdo libre | Recuerdo facilitado | Puntuación |
|----------------------|------------------|--------------|--------------------|----------------|---------------------|------------|
| Fruta | Uvas | | | | | |
| Animal | Tigre | | | | | |
| Parte del cuerpo | Pie | | | | | |
| Mueble | Mesa | | | | | |
| Herramienta | Destornillador | | | | | |
| Prenda de vestir | Zapato | | | | | |
| Instrumento musical | Guitarra | | | | | |
| Vehículo | Moto | | | | | |
| Juguete | Trompo Peonza | | | | | |
| Verdura hortaliza | Tomate | | | | | |
| Insecto | Araña | | | | | |
| Utensilio de cocina | Cazo | | | | | |
| Barco | Velero, de vela | | | | | |
| Parte de un edificio | Puerta | | | | | |
| Ave | Águila | | | | | |
| Arma | Cañón | | | | | |





2.6. SET-Test

Centro:

Fecha

Nombre

Edad

SET-Test*

Se pide al paciente que nombre, sin parar, hasta que se le diga: colores, animales, frutas y ciudades. Se le da por cada categoría un minuto, pasando a la siguiente cuando haya dicho diez elementos de la misma sin repetir (aunque no haya agotado el minuto).

Anotaremos los nombres que dice, el número de errores y las repeticiones. Si en la evolución del paciente vamos comparando las respuestas veremos la disminución de aciertos y la simplicidad cada vez mayor de los nombres.

Colores

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

Animales

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

Frutas

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

Ciudades

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

Errores / repeticiones: Total:

Normalidad: Adultos ≥ 29 Ancianos ≥ 27

Sensibilidad 79% y especificidad 82%

* Isaacs B, Akhtar A.J. The SET Test: a rapid of mental funtion in old people. Age and Aging, 1972; 1: 222-226.



Nombre y apellidos

Fecha

Esfera del reloj (máximo 2 puntos)

| | | |
|--|----------|--|
| Dibujo normal. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor | 2 puntos | |
| Incompleto o con algunas distorsiones significativa. Esfera muy asimétrica | 1 punto | |
| Ausencia o dibujo totalmente distorsionado | 0 puntos | |

Manecillas del reloj (máximo 4 puntos)

| | | |
|---|------------|--|
| Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño | 4 puntos | |
| Las manecillas en posición correcta pero ambas de igual tamaño | 3,5 puntos | |
| Pequeños errores de localización de las manecillas | 3 puntos | |
| Aguja de los minutos más cortas que la de la hora, con pauta horaria correcta | 3 puntos | |
| Gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las 11 y 10) cuando los números presentan errores significativos en la localización | 2 puntos | |
| Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta | 2 puntos | |
| Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora incorrecta | 1 puntos | |
| Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos | 1 puntos | |
| Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas | 0 puntos | |
| Efecto en forma de rueda de carro | 0 puntos | |

Números del reloj (máximo 4 puntos)

| | | |
|--|------------|--|
| Todos los números presentes y en el orden correcto, solo pequeños errores en la localización espacial (menos de 4 números) | 4 puntos | |
| Cuando los pequeños errores en la localización se dan en 4 o más números | 3,5 puntos | |
| Todos presentes con error significativo en la localización espacial (el 3 en el espacio del 6) | 3 puntos | |
| Número con algún desorden de secuencia (menos de 4 números) | 3 puntos | |
| Omisión o adicción de algún número, pero sin grandes distorsiones en los restantes | 2 puntos | |
| Números con algún desorden de secuencia (más de 4 números) | 2 puntos | |
| Los doce números colocados en sentido antihorario | 2 puntos | |
| Todos presentes pero con gran distorsión espacial (número fuera de la esfera o dibujados en medio de la esfera) | 2 puntos | |
| Los doce números en una línea vertical, horizontal u oblicua | 2 puntos | |
| Ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial | 1 puntos | |
| Alineación numérica con falta o exceso de números | 1 puntos | |
| Rotación inversa con falta o exceso de números | 1 puntos | |
| Ausencia o escasa representación de números (menos de 6 dígitos dibujados) | 0 puntos | |

Test del reloj a la orden:

Test positivo si = 0 < 6 Test negativo si >6

Descartar la enfermedad puntuaciones muy altas >8

(sensibilidad del 92,8% y especificidad del 93,48%)

Test del reloj a la copia:

Test positivo si = 0 < 8 Test negativo si >8

(sensibilidad 73,11% y especificidad del 90,58%)

La rotación inversa o alineación numérica así como la perseveración de errores en las dos formas debe considerarse como sugerente de Deterioro Cognitivo]

Criterios de aplicación del test del reloj

1. Test del reloj a la orden.- se presenta al paciente una hoja en blanco, un lapicero y una goma de borrar, y se le da la siguiente instrucción: "me gustaría que dibujara un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en el todos los números y cuyas manecillas marquen las once y diez. En caso de que cometa algún error, no se preocupe, aquí tiene una goma de borrar para que pueda rectificarlo. Esta prueba no tiene tiempo límite, por lo que le pedimos que la haga con tranquilidad, prestandole toda la atención que sea posible".

A cada sujeto se le repite la indicación las veces que sea necesario, hasta que la comprenda. Si después de que ha terminado falta algún número hay que preguntarle si está seguro y darle oportunidad para que rectifique si se da cuenta de ello. Si no percibe el error se le avisará dándole de nuevo la instrucción de la pauta horaria.

Después de dibujar los números, se le debe recordar que debe ubicar las manecillas marcando las once y diez. Si transcurrido algún tiempo no las dibuja o falta alguna, se le pregunta si ha terminado su reloj. En caso afirmativo se le informa que pasa a una prueba más fácil, comenzando entonces el test del reloj a la copia. En caso contrario hay que darle el tiempo para corregir los errores.

2. Test del Reloj a la copia. debe entregarse al paciente un folio con un dibujo similar al que reflejamos abajo. Y se le pide que intente copiar el reloj del dibujo lo más parecido posible, tampoco disponen de límite de tiempo y pueden usar la goma de borrar. Antes de recoger la hoja hay que preguntarle si el dibujo ya está acabado, si es así pasaremos a corregirlo.



Modelo para la aplicación del Test del Reloj a la copia



2.8. Test de orientación de Benton

Instrucciones: "Voy a plantearle unas preguntas sencillas para analizar su concentración y su memoria"

| Fecha | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| ¿Qué día de la semana es hoy? | | | | | | |
| ¿Qué día del mes es hoy? | | | | | | |
| ¿En que mes estamos? | | | | | | |
| ¿En que año estamos? | | | | | | |
| ¿Qué hora es en este momento? | | | | | | |
| Puntuación total (113 -X) | | | | | | |

Puntuación:

Se puntúa la magnitud del error del modo siguiente:

- Día de la semana: 1 punto por cada día de error con un máximo de 3.
- Día del mes: 1 punto por cada día de error con máximo de 15.
- Mes: 5 puntos por cada mes de error con máximo de 30.
- Año: 10 puntos por cada año de error con máximo de 60.
- Hora: 1 punto por cada 30 minutos de error con máximo de 5.

Cuando el paciente no responde o responde "no lo sé" se le incita a dar una respuesta, y si no la da se le asigna la puntuación máxima en ese ítem. La puntuación obtenida se resta de 113 (acierto total), siendo 0 el error máximo.

A diferencia de otras pruebas de orientación, no solo evalúa el acierto-error de las respuestas sino que además cuantifica el grado de desviación respecto a la respuesta correcta.

2.9. Inventario neuropsiquiátrico (NPI)

Centro:

Fecha

Nombre

Edad

| Síntoma | N.E. | Frecuencia | | | | Severidad | | | Fxs | Trastorno | | | | |
|------------------------------------|------|------------|---|---|---|-----------|---|---|-----|-----------|--|--|--|--|
| Síntomas neuropsiquiátricos | | | | | | | | | | | | | | |
| Delirios | X | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| Alucinación | X | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| Agitación / Agresividad | X | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| Depresión / Disforia | X | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| Ansiedad | X | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| Euforia / Regocijo | X | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| Apatía / Indiferencia | X | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| Desinhibición | X | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| Irritabilidad / Labilidad | X | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| Actividad Motora Aberrante | X | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| Síntomas neurovegetativos | | | | | | | | | | | | | | |
| Sueño | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| Apetito y Hábitos Alimentarios | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| Síntomas extrapiramidales | | | | | | | | | | | | | | |
| Rigidez | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| Temblor | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| Otros | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | |

N.E.: No explorado

Frecuencia: 0 = No Presente; 1 = Ocasionalmente; 2 = A Menudo; 3 = Frecuentemente; 4 = Muy Frecuente

Severidad: 1 = Leve; 2 = Moderado; 3 = Grave

FxS: Frecuencia por Severidad

Trastorno: [Impresión de la repercusión en el Cuidador]

0 = Nada; 1 = Mínimamente; 2 = Ligeramente; 3 = Moderadamente; 4 = Severamente; 5 = Extremadamente

Nombre y apellidos

Fecha

Puntuación global:

Parte I. Sintomatología**a) Ideación delirante y paranoide**

1. Delirio de "la gente me roba cosas":
- = Ausente.
 ① = La gente oculta objetos.
 ② = La gente entra en casa y esconde o roba objetos.
 ③ = Habla y escucha a gente que entra en casa.
2. Delirio de "esta no es mi casa":
- = Ausente.
 ① = Convencimiento de que el lugar en el que vive no es su hogar (p.e. hacer las maletas para irse a su casa; quejas, mientras está en su casa, de "quiero irme a mi casa").
 ② = Intentos de huida del domicilio por querer volver al suyo.
 ③ = Violencia en respuesta a los intentos de retenerle en su propio hogar.
3. Delirio de "el cónyuge (u otro cuidador) es un impostor":
- = Ausente.
 ① = Convicción de que el cónyuge (u otro cuidador) es un impostor.
 ② = Ira o cólera contra el cónyuge (u otro cuidador) por ser un impostor.
 ③ = Violencia contra el cónyuge (u otro cuidador) por ser un impostor.
4. "Delirio de abandono" (p.e. en una institución):
- = Ausente.
 ① = Sospecha que el cuidador tiene un complot para abandonarlo o institucionalizarlo (p.e. por teléfono)
 ② = Acusación de una conspiración para abandonarlo o institucionalizarlo.
 ③ = Acusación de la amenaza inminente de abandonarlo o institucionalización.
5. "Delirio de infidelidad":
- = Ausente.
 ① = Convicción de que el cónyuge y/o los hijos y/o otros cuidadores le son infieles.
 ② = Ira contra el cónyuge, pariente u otro cuidador por su infidelidad.
 ③ = Violencia contra el cónyuge, pariente u otro cuidador por su supuesta infidelidad.
6. "Suspiciacia/paranoia" (diferentes de 1-5):
- = Ausente.
 ① = Suspiciacia (p.e. esconder objetos que después él/ella no será capaz de encontrar).
 ② = Paranoia (p.e. convencimiento respecto a las sospechas y/o ira como resultado de las sospechas).
 ③ = Violencia como resultado de sus sospechas.
- ¿No se ha especificado?
- Describir:

7. Delirios (diferentes de 1-5):

○ = Ausentes.

① = Estado delusional.

② = Manifestaciones verbales o emocionales como resultado del estado delirante.

③ = Acciones físicas o violencia como resultado de las ideas delirantes.

¿No ha sido especificado?

Describir:

b) Alucinaciones

8. Alucinaciones Visuales:

○ = Ausentes.

① = Vagas o indefinidas.

② = Alucinaciones claramente definidas sobre objetos o personas (p.e. ve otras personas en la mesa).

③ = Acciones físicas, verbales o respuestas emocionales como resultado de las alucinaciones.

9. Alucinaciones Auditivas:

○ = Ausentes.

① = Vagas o indefinidas.

② = Alucinaciones claramente definidas de palabras o frases.

③ = Acciones físicas, verbales o respuestas emocionales como resultado de las alucinaciones.

10. Alucinaciones Olfatorias:

○ = Ausentes.

① = Vagas o indefinidas.

② = Claramente definidas.

③ = Acciones físicas, verbales o respuestas emocionales como resultado de las alucinaciones.

11. Alucinaciones somáticas o táctiles:

○ = Ausentes.

① = Vagas o indefinidas.

② = Claramente definidas.

③ = Acciones físicas, verbales o respuestas emocionales como resultado de las alucinaciones.

12. Otras alucinaciones:

○ = Ausentes.

① = Vagas o indefinidas.

② = Claramente definidas.

③ = Acciones físicas, verbales o respuestas emocionales como resultado de las alucinaciones.

¿No han sido especificadas?

Describir:



c) Actividad anómala

13. Conducta de deambulaci3n y huida:
- = Ausente.
 - ① = Algunas veces, pero no suficiente para necesitar sujeci3n.
 - ② = Frecuente, suficiente para necesitar sujeci3n.
 - ③ = Acciones verbales, f3sicas o respuestas emocionales a los intentos de prevenir la deambulaci3n.
14. Actividad sin objetivo (abulia cognitiva):
- = Ausentes
 - ① = Actividad repetitiva, sin objetivo (p.e. abrir y cerrar cajones, abrir y cerrar el monedero, poner y sacar ropa, abrir y cerrar puertas, repetic3n insistente de demandas o preguntas).
 - ② = Deambulaci3n u otra actividad sin objetivo suficiente para necesitar sujeci3n.
 - ③ = Autolesiones como resultado de la actividad sin objetivo.
15. Actividad inadecuada:
- = Ausente.
 - ① = Actividades inapropiadas (p.e. guardar u ocultar objetos en lugares inadecuados, como tirar la ropa a la basura o colocar platos vac3os en el horno; conductas sexuales inapropiadas, como exhibicionismo).
 - ② = Presencia de conductas inapropiadas que requieren contenci3n.
 - ③ = Presencia de conductas inapropiadas, que requieren contenci3n, y acompa1adas de ira o violencia ante la contenci3n.

d) Agresividad

16. Agresividad verbal:
- = Ausente.
 - ① = Presente (incluyendo uso no habitual en 3l/ella de lenguaje abusivo).
 - ② = Presente, acompa1ada de ira.
 - ③ = Presente, suficiente para necesitar contenci3n, acompa1ada de ira y dirigida a personas concretas.
17. Amenaza f3sica y violencia:
- = Ausente.
 - ① = Conducta amenazante.
 - ② = Violencia f3sica.
 - ③ = Violencia f3sica con vehemencia.
18. Agitaci3n (diferente de 16-17):
- = Ausente.
 - ① = Presente.
 - ② = Presente con componente emocional.
 - ③ = Presente con componente emocional y f3sico.
- ¿No han sido especificadas?
 Describir:

e) Trastornos de los ritmos diurnos

19. Trastornos día/noche:

○ = Ausente.

① = Despertar nocturno repetitivo durante la noche.

② = De un 50% a un 75% de ciclo del sueño durante la noche.

③ = Alteración completa del ritmo diurno (p.e. menos de un 50% del ciclo del sueño durante la noche).

f) Trastornos afectivos

20. Llanto:

○ = Ausente.

① = Presente.

② = Presente, acompañado de un claro componente afectivo.

③ = Presente, acompañado de un claro componente afectivo y físico (con gestos).

21. Humor depresivo:

○ = Ausente.

① = Presente (p.e. afirmaciones ocasionales como "desearía estar muerto/a")

② = Presente, con ideas de muerte.

③ = Presente, con componente emocional y físico (p.e. actos suicidas)

g) Ansiedad y fobia

22. Ansiedad relacionada con eventos programados (Síndrome de Godot):

○ = Ausente.

① = Presente repetidas quejas y/u otras actividades relacionadas con citas y/o eventos programados.

② = Presente y perturbadora para los cuidadores.

③ = Presente e intolerable para los cuidadores.

23. Otras formas de ansiedad:

○ = Ausente.

① = Presente.

② = Presente y perturbadora para los cuidadores.

③ = Presente e intolerable para los cuidadores.

24. Miedo a ser dejado solo:

○ = Ausente.

① = Presente: vocalización del miedo de estar solo.

② = Presente y vocalizado, suficiente para requerir acción específica por parte del cuidador.

③ = Vocalizado y suficiente para que el paciente deba estar acompañado a todas horas.

25. Otras fobias:

○ = Ausente.

① = Presente.

② = Presente y de suficiente magnitud para requerir acciones específicas por parte del cuidador.

③ = Presentes y suficientes para que la actividad del paciente necesite ser prevenida

¿No se ha especificado?

Describir:



Parte II. Evaluación global

Respecto a los síntomas reseñados de 1 a 25, son de la suficiente magnitud como para ser considerados:

- = No alteran la vida de la familia ni son peligrosos para el paciente.
- ① = Alteran ligeramente la vida de la familia o de los cuidadores y son ligeramente peligrosos para el enfermo.
- ② = Alteran moderadamente la vida de la familia y son peligrosos para el enfermo.
- ③ = Son muy problemáticos o intolerables para la familia y gravemente peligrosos para el enfermo.

2.11. Cumplimiento terapéutico

1. Prueba de Morisky-Green

Valora la actitud del paciente ante el cumplimiento terapéutico.

¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos? Sí
 No

¿Toma los medicamentos a la hora indicada? Sí
 No

Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? Sí
 No

Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? Sí
 No

Se considera no cumplidor si se observa un incumplimiento en cualquiera de las preguntas realizadas en la prueba.

2. Otras preguntas

¿Sabe para qué toma sus medicamentos? Sí
 No
 Algunos

¿Necesita ayuda para preparar su medicación? Sí
 No

¿Quién lo hace habitualmente? Farmacéutico
 Familiar
 Cuidador
 Otros



2.12. Escala de Norton

Evaluación del riesgo de U.P.P. Escala de Norton

(Muy alto riesgo [5-11] Riesgo evidente [12-14] Mínimo/no riesgo >14)

Nombre y apellidos

| | | | | | | |
|------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| Fecha | | | | | | |
| Estado físico general | | | | | | |
| Bueno | 4 | | | | | |
| Regular | 3 | | | | | |
| Malo | 2 | | | | | |
| Muy malo | 1 | | | | | |
| Estado mental | | | | | | |
| Alerta | 4 | | | | | |
| Apático | 3 | | | | | |
| Confuso | 2 | | | | | |
| Estuporoso | 1 | | | | | |
| Actividad | | | | | | |
| Ambulante | 4 | | | | | |
| Deambula con ayuda | 3 | | | | | |
| Confinado a silla de ruedas | 2 | | | | | |
| Encamado | 1 | | | | | |
| Movilidad | | | | | | |
| Plena | 4 | | | | | |
| Algo limitada | 3 | | | | | |
| Muy limitada | 2 | | | | | |
| Nula | 1 | | | | | |
| Incontinencia | | | | | | |
| No presenta | 4 | | | | | |
| Ocasional | 3 | | | | | |
| Incontinencia vesical | 2 | | | | | |
| Incontinencia doble | 1 | | | | | |
| Totales | | | | | | |
| Observaciones | | | | | | |

| Estadio de la escala de deterioro global | Diagnóstico Clínico | Características en el FAST | Comentarios |
|---|---|--|--|
| 1. Sin deterioro cognoscitivo | Normal | No se aprecian déficit objetivos ni subjetivos | Las capacidades funcionales en las áreas ocupacional, social o familiar permanecen intactas (como hace 5 o 10 años). |
| 2. Deterioro cognoscitivo muy leve | Normal para su edad | Verbaliza dificultades para encontrar las palabras adecuadas, para recordar la ubicación de objetos... | Se queja de dificultad para recordar citas, nombres, ubicación de objetos... no evidentes para los familiares y compañeros de trabajo. No hay compromiso de su vida sociolaboral. |
| 3. Deterioro cognoscitivo leve | Deterioro límite | Hay deterioro del rendimiento laboral evidente para sus compañeros y dificultad para viajar a lugares desconocidos | Por primera vez olvida citas importantes. Presenta dificultad para realizar tareas psicomotoras complejas. Conserva la capacidad de realizar las tareas rutinarias (compras, economía doméstica, viajes a lugares conocidos...). Abandona determinadas actividades sociales y ocupacionales, aunque los déficit en estas áreas pueden no ser evidentes durante mucho tiempo. Aunque clínicamente sutiles, estos síntomas pueden alterar la vida del enfermo, e incluso llevarlo a la consulta por vez primera. |
| 4. Déficit cognoscitivo moderado | Enfermedad de Alzheimer leve | Hay pérdida de la capacidad para realizar tareas complejas (compras, economía doméstica...) | Presenta dificultades en la realización de tareas complejas (financieras, organización de actividades domésticas...). Olvida detalles importantes de su vida diaria. Mantiene su independencia (es capaz de afeitarse, elegir su ropa., viajar a lugares conocidos...). En determinadas ocasiones (asuntos financieros se observan déficit, que alertan a la familia. |
| 5. Déficit cognoscitivo moderadamente grave | Enfermedad de Alzheimer moderada | Requiere asistencia en la elección de su ropa. Puede ser necesaria la ayuda para bañarse | Requiere asistencia en las actividades económicas, elección de ropa (este último dato es patognomónico de este estadio). Presentan dificultades para conducir automóviles, olvidan su baño... Aparecen trastornos emocionales, episodios de gritos, hiperactividad y trastornos del sueño. |
| 6. Déficit cognoscitivo grave | Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave | a) Hay dificultad para vestir b) Necesita asistencia para el baño, aparece miedo al baño c) Pierde la capacidad para afeitarse | Dificultad para calzarse, abotonarse. Presenta inicialmente miedo al baño y más tarde es incapaz de bañarse. Olvida el aseo personal. |



| Estadio de la escala de deterioro global | Diagnóstico Clínico | Características en el FAST | Comentarios |
|--|-----------------------------------|--|---|
| 6. Déficit cognoscitivo grave <i>(cont.)</i> | | <p>d) Incontinencia urinaria</p> <p>e) Incontinencia fecal</p> | <p>A veces ocurre conjuntamente con el estadio 6 c), pero lo más frecuente es que exista un periodo de meses entre ambos. No hay infecciones o patología incontinencia resulta de la disminución genitourinaria acompañantes. La de la capacidad cognoscitiva para responder adecuadamente a la urgencia miccional.</p> <p>Puede aparecer simultáneamente con el estadio anterior, y su causa es también la disminución de la capacidad cognoscitiva.</p> <p>Es esta etapa la agresividad o la incontinencia urinaria pueden llevar al paciente a la institucionalización.</p> |
| 7. Déficit cognoscitivo muy grave | Enfermedad de Alzheimer muy grave | <p>a) La capacidad de lenguaje se limita a un vocabulario de seis palabras</p> <p>b) El vocabulario es ininteligible y limitado a una única palabra</p> <p>c) Hay pérdida de la capacidad deambulatoria</p> <p>d) Presenta pérdida de la capacidad para sentarse</p> <p>e) Pierde la capacidad de sonreír</p> <p>f) Estupor y coma</p> | <p>La pérdida del vocabulario marca la progresión de la demencia. La reticencia y la pobreza del lenguaje se ven ya en los estadios 4 y 5 de la escala de Deterioro Global. En el estadio 6 pierde la capacidad para complementar refranes, y ahora el vocabulario se limita a frases cortas o a un reducido número de palabras.</p> <p>La última palabra que conserva varía de unos enfermos a otros: "sí", "no". Posteriormente queda reducido a gruñidos o gritos.</p> <p>La corteza motora permanece intacta salvo en estadios finales. El deterioro cortical final explica la pérdida de la capacidad deambulatoria en este estadio. En estadios precoces se observan alteraciones motoras en la deambulación. Estos leves trastornos psicomotores resultan de un deterioro cognoscitivo, más que de una destrucción del córtex motor per se. El inicio de la alteración deambulatoria es variado (pasos pequeños y lentos, desplazamientos laterales...) Tras la pérdida de la capacidad deambulatoria se alteran otras funciones voluntarias motoras. Tras varios meses o años aparecen contracturas que quizás sean evitables por medios físicos.</p> <p>Tras la pérdida de la deambulación son capaces de sentarse sin ayuda. Varios meses después, pierden esta capacidad. Son todavía capaces de agarrarse...</p> <p>Conservan la función oculomotora y parecen responden a los estímulos con movimientos oculares. Se conserva el reflejo de grasping.</p> <p>Se relacionan con el enlentecimiento electrofisiológico progresivo y el deterioro del metabolismo cerebral. La pasividad patológica reemplaza con frecuencia a la agitación temprana.</p> |

2.14. Escala GDS para demencias

| Estadio | Deterioro cognitivo | Características clínicas |
|---------|--|--|
| GDS 1 | Inexistente. | No existe deterioro cognitivo, subjetivo ni objetivo |
| GDS 2 | Disminución cognitiva muy leve. | Quejas subjetivas de déficit de memoria especialmente en: <ul style="list-style-type: none"> ○ Olvido de objetos. ○ Olvido de nombres y citas. ○ No se objetiva el déficit en el examen clínico ni en el entorno sociolaboral. ○ Es consciente de sus síntomas. |
| GDS 3 | Deterioro cognitivo leve. | Primeros defectos claros. Manifestaciones en una o más de las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Desorientación espacial. ○ Evidencia de bajo rendimiento laboral. ○ Dificultad para recordar nombres, evidentes para los familiares. ○ Tras la lectura retiene relativamente escaso material. ○ Olvida la ubicación de los objetos de valor. ○ El déficit de concentración es evidente para el clínico. ○ Ansiedad leve o moderada. ○ Se inicia la negación como mecanismo de defensa. |
| GDS 4 | Deterioro cognitivo moderado. Demencia leve. | Déficit manifiestos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Olvido de hechos cotidianos o recientes. ○ Puede presentar déficit en la memoria de su historia personal. ○ Dificultad de concentración evidente en operaciones de resta. ○ Incapacidad para planificar viajes, vida sociolaboral o realizar tareas complejas. ○ Embotamiento o labilidad afectivos. ○ Mecanismo de negación domina el cuadro. ○ Conserva la orientación en tiempo y persona, el reconocimiento de rostros, y personas familiares y la capacidad de viajar a lugares conocidos. |
| GDS 5 | Deterioro cognitivo grave. Demencia moderada. | Necesita asistencia en determinadas tareas (no necesita ayuda para el aseo y comida, pero sí para seleccionar sus ropas). Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana. Con frecuencia hay desorientación temporoespacial. Presenta dificultad para contar en orden inverso desde 40, de 4 en 4 o desde 20, de 2 en 2. Es capaz de retener su nombre y los de su esposa e hijos. |
| GDS 6 | Demencia moderadamente grave. | Olvida el nombre de la esposa y los sucesos recientes. Retiene datos del pasado. Hay desorientación temporoespacial. Tiene dificultad para contar de 10 en 10 en orden directo o inverso. Puede necesitar asistencia en actividades de la vida diaria y presentar incontinencia. Recuerda su nombre y distingue a los familiares de los desconocidos. Hay trastornos del ritmo diurno. Presenta cambios en la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognitiva). |
| GDS 7 | Deterioro cognitivo muy grave. Demencia grave. | Pérdida de todas las capacidades verbales (el lenguaje puede quedar reducido a gritos o gruñidos). Incontinencia urinaria. Necesidad de asistencia en el aseo personal. Pérdida de las funciones psicomotoras. |



2.15. Mini Nutritional Assessment. MNA

Nombre

Nº Historia: Fecha:

Índices antropométricos

1. Índice de masa corporal

<19 = 0
 19 a <21 = 1
 21 a <23 = 2
 ≥23 = 3

2. Circunferencia del brazo (cm)

<21 = 0
 21 a ≥22 = 0,5
 >22 = 1

3. Circunferencia de la pierna (cm)

<31 = 0
 ≥31 = 1

4. Pérdida de peso en 3 m

>3 Kg = 0
 Desconocido = 1
 Entre 1 y 3 = 2
 Sin pérdida = 3

Evaluación global

5. Vive en su domicilio

No = 0 Sí = 1

6. Más de 3 medicinas / día

Sí = 0 No = 1

7. Enfermedad aguda o estrés psicológico en los últimos 3 meses

Sí = 0 No = 1

8. Movilidad

Encamado o silla = 0
 Autonomía en el interior = 1
 Sale del domicilio = 2

9. Problema neuropsicológico

Demencia o depresión severa = 0
 Demencia o depresión moderada = 1
 No problemas psicológicos = 2

10. Úlceras o lesiones cutáneas

Sí = 0 No = 1

Parámetros dietéticos

11. ¿Cuántas comidas completas hace al día? (Equivalente a dos platos y postre)

1 comida = 0 2 comidas = 1 3 comidas = 2

12. Consumo de marcadores de ingesta de proteínas

Al menos un derivado de la leche al día Sí No

Huevos o legumbres una o dos veces

por semana Sí No

Carne, pescado, pollo cada día Sí No

0 a 1 Sí = 0,0 2 Sí = 0,5 3 Sí = 1,0

13. Consume frutas o verduras dos veces por día

No = 0 Sí = 1

14. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, por problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación en los últimos tres meses?

Anorexia severa = 0 Anorexia moderada = 1

Sin anorexia = 2

15. Ingesta líquida al día (se incluye zumos, agua, café, leche, vino, cerveza)

Menos de 3 vasos = 0 De 3 a 5 vasos = 0,5

Mas de 5 vasos = 1

16. Forma de alimentarse

Incapaz sin ayuda = 0 Solo con dificultad = 1

Solo sin problemas = 2

Valoración subjetiva

17. ¿El paciente se considera a sí mismo, bien nutrido?

Malnutrición severa = 0

No sabe o moderada = 1

Sin problemas = 2

18. En relación con otra gente de la misma edad, cómo considera su estado de salud

Peor = 0

No sabe = 0,5

Tan buena = 1

Evaluación cribaje

≥ 12 Normal, no es necesario continuar

≤ 11 Posible Malnutrición, continuar la evaluación

Evaluación global (cribaje + resto)

17-23,5 = Riesgo de malnutrición

< 17 = Mal estado nutricional

2.16. Cuestionario de Zarit

0 = Nunca 1 = Rara Vez 2 = Algunas veces 3 = Bastantes Veces 4 = Casi Siempre

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. ¿Se siente agobiado/a por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo o familia)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ¿Se siente enfadado/a cuando está cerca de su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. ¿Piensa que cuidar a su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. ¿Piensa que su familiar depende de usted? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría desde que cuida a su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. ¿Siente que se ha distanciado de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. ¿Se siente indeciso/a sobre qué hacer con su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Para la siguiente pregunta se debe utilizar la siguiente categoría de respuesta:

0 = Nada 1 = Poco 2 = Moderado 3 = Mucho 4 = Extremado

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 22. Globalmente ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|

| | | |
|-------------------------|---------|-------|
| Carga ausente o ligera | 0 - 20 | |
| Carga ligera a moderada | 21 - 40 | |
| Carga moderada a severa | 41 - 60 | |
| Carga severa | 61 - 84 | |

Nota: Adaptada al castellano por Izai y Montorio (1994). Evaluación del medio y del cuidador de la persona con demencia. En T. Del Ser. Y J. Peña.



Parte I: Equilibrio

| | Fecha | | | | |
|--|-------|---|---|---|---|
| Equilibrio sentado | | | | | |
| Se inclina o desliza en la silla | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| No vacilante | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Levantarse | | | | | |
| Incapaz sin ayuda | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Capaz utilizando los brazos como ayuda | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Capaz sin utilizar los brazos | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Intentos de levantarse | | | | | |
| Incapaz sin ayuda | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Capaz, pero necesita más de un intento | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Capaz de levantarse con un intento | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Equilibrio inmediato (5") al levantarse | | | | | |
| Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Estable, pero una andador, bastón, muletas u otros objetos de soporte | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Estable sin usar bastón u otros soportes | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Equilibrio en bipedestación | | | | | |
| Inestable | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cm), o usa bastón, andador u otro soporte | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Base de sustentación estrecha sin ningún soporte | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Empujón (sujeto en posición firme con los pies tan juntos como sea posible, el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces) | | | | | |
| Tiende a caerse | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Firme | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Ojos cerrados (en la posición anterior) | | | | | |
| Inestable | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Estable | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Giro de 360° | | | | | |
| Pasos discontinuos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pasos continuos | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Inestable (se agarra o tambalea) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Estable | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Sentarse | | | | | |
| Inseguro (calcula mal la distancia, cae en la silla) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Usa los brazos o no tiene un movimiento suave | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Seguro, movimiento suave | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Total equilibrio / 16 | | | | | |

Parte II: Marcha

Instrucciones: El sujeto de pie con el examinador camina primero con su paso habitual, regresando con "paso rápido, pero seguro" (usando sus ayuda habituales para la marcha, como bastón o andador).

| | Fecha | | | | |
|---|-------|---|---|---|---|
| Inicio de la marcha (inmediatamente después de decir "camine") | | | | | |
| Duda o vacila, o múltiples intentos para comenzar | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| No vacilante | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Longitud y altura del paso | | | | | |
| El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| El pie derecho sobrepasa al izquierdo | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| El pie derecho se levanta completamente | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase de balanceo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| El pie izquierdo se levanta completamente | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Simetría del paso | | | | | |
| La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimada) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Los pasos son iguales en longitud | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Continuidad de los pasos | | | | | |
| Para o hay discontinuidad entre los pasos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Los pasos son continuos | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Trayectoria (estimada en relación a los baldosines del suelo de 30 cm de diámetro; se observa la desviación de un pie en 3 m de distancia) | | | | | |
| Marcada desviación | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| No balanceo, pero hay flexión de rodillas o espalda o extensión hacia fuera de los brazos | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| No balanceo ni flexión, ni utiliza ayudas | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Tronco | | | | | |
| Balanceo marcado o usa ayudas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| No balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| No se balancea, no flexiona, no usa los brazos ni otras ayudas | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Postura en la marcha | | | | | |
| Talones separados | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Talones casi se tocan mientras camina | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Total marcha / 12 | | | | | |
| Total general / 28 | | | | | |



3. Anexo III. Hojas de registro

3.1. Carta de comunicación

Dº/Dª acude al Centro de Día Municipal Se le ha realizado una revisión de su estado de salud físico y/o cognitivo en el que se ha detectado lo siguiente:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lo que pongo en su conocimiento. Por todo lo anterior:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gracias por anticipado

Fdo.

3.2. Recomendación de dieta triturada

Estimada familia:

El equipo sanitario del Centro de Día al que acude su familiar le informa que:

Tras la valoración de D^o/D^a ,se ha detectado un importante riesgo de atragantamiento que conlleva la aparición de posibles complicaciones como son la neumonía por aspiración e incluso el fallacimient. Por este motivo se recomienda tomar las siguientes medidas:

- Adoptar una postura correcta para la ingesta.
- Utilizar espesantes para los líquidos.
- Pautar una dieta equilibrada triturada (turmix).
- Evitar la mezcla de texturas (líquidos y sólidos).

La elección de alguna o todas estas medidas ha sido previamente consensuada con el objetivo de prestar una correcta atención a su familiar y evitar riesgos innecesarios.

Fdo. Equipo del Centro de Día



3.3. Documento de traslado independiente

Madrid a de de

D/D.^a

con DNI nº diagnosticada de

acude al Centro de Día especializado de

del Ayuntamiento de Madrid y regresa a su domicilio por sus propios medios sin acompañamiento.

D/D.^a

con DNI nº en calidad de familiar de D/D.^a, reconoce haber sido informado/a por el equipo técnico del Centro de Día acerca de los problemas que pueden derivarse del traslado centro-domicilio de su familiar, debido a la enfermedad que presenta y exime a este centro y a todo el personal que en el trabaja de aquellos percances que pueda sufrir el usuario durante dicho trayecto.

Firma Guardador de hecho

3.4. Consentimiento informado para SNG

En Madrid a de de

Reunidos el departamento médico, la dirección del Centros de Día la familia de D/D.^a, quiere dejar constancia de que D/D.^a en calidad de guardador de hecho/Tutor legal de D.^a ha entendido y acepta las consecuencias que se pueden derivar del cuidado de un paciente portador de SNG/ Gastrostomía en el Centro de Día

FDO: Tutor legal / Guardador de hecho

FDO: Departamento médico

pág.
210-211



3.5. Prescripción médica de restricciones físicas

Centro de Día de

Nombre y apellidos del usuario

Fecha de la prescripción

Motivo

.....

.....

.....

Tipo de sujeción:

Muñequeras

Cinturón

Chaleco

Tabla

Descripción del uso de la sujeción (horario):

En silla

Continuo

Horario

Nombre y parentesco

Fecha comunicación

Tipo de comunicación:

Por escrito

Personal

Telefónica

Firma del familiar

Facultativo

D.

Colegiado

Firma y sello

Director/a C.D. (firma)

Revisiones

Mantenimiento (motivo)

Retirada Motivo

Fecha de la revisión

Firma

3.6. Informe para traslado de usuarios de Centros de Día

Nombres y apellidos

Fecha de nacimiento Estado civil

Nombre cuidador/es principal/es

Teléfonos de contacto

Motivo de Derivación

DE:

A:

Valoración social

Antecedentes de interés (enfermedades, alergias, hábitos tóxicos):

Familiares:

Personales:

Valoración clínica: (enfermedades, alergias, hábitos tóxicos)

Diagnósticos médicos conocidos:

Síndromes geriátricos:

Tratamiento farmacológicos actualizado

Valoración de enfermería: (patrones de valoración)

Patrón nutrición / Integridad de la piel

Patrón: eliminación

Patrón: sueño / reposo:

Patrón cognitivo / perceptivo:

Diagnóstico de enfermería:

Valoración funcional (test de Barthel y Lawton recientes):

Valoración cognitiva (MEC reciente):

Evolución (Dinámica y problemas surgidos en el centro):

Fecha y firma:



3.7. Control de material sanitario básico

| Material inventariable | Medicación |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Camilla exploración ○ Peso, Tallímetro, Cinta métrica, Calculadora ○ Optotipos, Rejilla de Amsler ○ Otoscopio con pilas, Conos desechables para otoscopio ○ Termómetro ○ Nevera pequeña para medicación ○ Linterna de exploración ○ Esfignomanometro, Fonendoscopio ○ Aparato para Glucemia ○ Ambú con mascarilla y dispositivo de acople a oxígeno ○ Cánulas de intubación de Guedel para adultos ○ Armario para medicación y material de cura. ○ Pinza de Pean o Kocher ○ Pinza disección con y sin dientes ○ Tijeras | <ul style="list-style-type: none"> ○ Adrenalina ampolla precargada 1 unidad ○ Urbason 40 mg. ampollas 1 ○ Glucagon ○ Glucogen hipokit iny. 1 dosis ○ Solnitrina spray 1 ○ Cafinitrina sublingual ○ Captopril de 25 mg 1 caja ○ Ibuprofeno 400 comp ○ Efferalgan 1 gr. o Paracetamol genérico ○ Risperidona bucodispersable o solución (centros de Alzheimer) ○ Suero fisiológico estéril 100 cc. ○ Algodón y Gasas estériles ○ Betadine sol. monodosis ○ Alcohol y Agua oxigenada ○ Vaselina estéril ○ Trombocid pomada ○ Furacín pomada ○ Jeringas ○ Stire-strip ○ Esparadrapos de varios tamaños ○ Vendas de gasa y elásticas ○ Bisturí desechable ○ Apósito Op-site ○ Guantes látex desechables ○ Botes para agujas desechables ○ Depresores ○ Tiras específicas para Aparato de Glucemia |

3.8. Hoja de registros de medicación

Medicación Centro de Día

Nombre y apellidos

Edad Alergias

| Fármaco | Desayuno | Comida | Cena | Otros |
|---------|----------|--------|------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

3.9. Informe social

Junta Municipal de Distrito

Centro de Día

Informe social

1. Datos de referencia

Objeto del informe:

Destinatario (persona/institución):

Trabajador/a Social:

Fecha: Fecha ingreso en el centro:

2. Datos del Mayor

2.1. Domicilio

Dirección

Código Postal Población Teléfono

2.2. Cuadro Familiar que convive con el Mayor

| Apellidos y nombre | Parentesco | Fecha de nacimiento | Profesión/ ocupación | Observaciones |
|--------------------|------------|---------------------|----------------------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

3. Descripción de otros datos de interés –situación laboral, de salud...- relacionados con el objeto del Informe

.....

4. Valoración social de la situación(Valoración profesional de los elementos descritos anteriormente, de acuerdo al objeto del Informe)

.....

Fdo.:

Trabajador/a social del Centro de Día

Código

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C | D | 0 | 3 | 0 | 0 | A |
| 2 | 8 | 0 | 7 | 9 | 2 | 7 |

Fecha:
 Centro de Día Fecha de ingreso: Fecha máxima valoración:
 Nombre y apellidos: Nº expediente:

Valoración de equipo

| T. Social | Dpto. Médico | D.U.E. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------|---|----|-------|--|--|-----------|--|--|------|-------|--------|--|-------|--|------|--|---|---|----|---|--------|--|--|--------|--|--|-------|-----|-------|----------|--|--|
| F. de nacimiento: E. Civil: Principal cuidador: Familiar referencia: Incapacitación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº hijos: Nº nietos: Apoyo familiar: <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Inexistente Recursos de apoyo: <input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> TAD <input type="checkbox"/> Voluntariado Sol. Residencia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Principales diagnósticos: Alergias: Síndromes geriátricos: <input type="checkbox"/> Inmovilidad <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Riesgo de caídas <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Deshidratación <input type="checkbox"/> Plurifarmacia /Yatrogenia Dieta: <table border="1"> <tr> <td>E</td> <td>B</td> <td>Tx</td> </tr> <tr> <td>Basal</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diabética</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>Org.</td> <td>Prot.</td> </tr> <tr> <td>Visión</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Audio</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Masc</td> <td></td> </tr> </table> | E | B | Tx | Basal | | | Diabética | | | Org. | Prot. | Visión | | Audio | | Masc | | Integridad piel: <input type="checkbox"/> Preven. UPP <input type="checkbox"/> C. posturales <input type="checkbox"/> Pulsiones Exist. UPP: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Localización: Precisa: <input type="checkbox"/> Curas <input type="checkbox"/> Hidratación <input type="checkbox"/> Elevación MMII <input type="checkbox"/> Otras Cuidados Enfer.: <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Colostomía Control Esfínteres: <table border="1"> <tr> <td>C</td> <td>AC</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td>Micci.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Depos.</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>Pañal</td> <td>Día</td> <td>Noche</td> </tr> <tr> <td>Compresa</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | C | AC | I | Micci. | | | Depos. | | | Pañal | Día | Noche | Compresa | | |
| E | B | Tx | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Basal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diabética | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Org. | Prot. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visión | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Audio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Masc | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | AC | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Micci. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Depos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pañal | Día | Noche | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Compresa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha y firma | Fecha y firma | Fecha y firma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



| Psicología | Fisioterapia | T.O | Auxiliares | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------|---------------|-------|--------|-------|--|--|--|-------|--|--|--|---|--|---|---|-----|--------------|--|--|--|---------|--|--|--|------|--|--|--|------------|--|--|--|--------|--|--|--|----------------|--|--|--|--------------|--|--|--|-------|--|--|--|---|
| MEC: SPMSQ: GDS: Deterioro Cognitivo: <input type="checkbox"/> No deterioro <input type="checkbox"/> DCAE <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo Probl. Conductuales: <input type="checkbox"/> Agitación <input type="checkbox"/> Deambulación <input type="checkbox"/> Agresividad <input type="checkbox"/> Aluc/Delirios <input type="checkbox"/> Riesgo de Fuga <input type="checkbox"/> Dem. Atención <input type="checkbox"/> Otros Funcionamiento afectivo: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Depresión Labilidad emocional: <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Otros Comprensión: <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala Lenguaje: <input type="checkbox"/> Coherente <input type="checkbox"/> Incoherente <input type="checkbox"/> Mutismo | Tinetti: Diagnostico: Puesta en Bipedestación: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Asistido <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ind.</th> <th>Ayuda</th> <th>Depen.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Largo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Corto</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | Ind. | Ayuda | Depen. | Largo | | | | Corto | | | | Barthel: <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>D</th> <th>I</th> <th>N/A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alimentación</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vestido</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aseo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ducha/baño</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Uso WC</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Transferencias</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deambulación</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Ayudas Técnicas: <input type="checkbox"/> Silla Ruedas <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Bastón/muleta <input type="checkbox"/> S. Geriátrico <input type="checkbox"/> Cojín antiescaras <input type="checkbox"/> Otros Sujeciones Mecánicas: <input type="checkbox"/> Muñequera <input type="checkbox"/> Cincha P/Abd <input type="checkbox"/> Chaleco P/Abd <input type="checkbox"/> Tabla <input type="checkbox"/> Otros | | D | I | N/A | Alimentación | | | | Vestido | | | | Aseo | | | | Ducha/baño | | | | Uso WC | | | | Transferencias | | | | Deambulación | | | | Otros | | | | Observaciones: Sueño/Descanso: <input type="checkbox"/> Somnoliento <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Dormita Higiene: <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Regular Ducha: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Valorar Apetito: <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo Babero: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación con usuarios: <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Escasa <input type="checkbox"/> Normal Relación con el personal: <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala |
| | Ind. | Ayuda | Depen. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Largo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Corto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | I | N/A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alimentación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vestido | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aseo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ducha/baño | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uso WC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Transferencias | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Deambulación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha y firma | Fecha y firma | Fecha y firma | Fecha y firma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| T. Social | Dpto. Médico | Psicología | Fisioterapia | T.O | Auxiliares |
|--|--|--|---|--|---|
| Programas: <input type="checkbox"/> Participación Socio. <input type="checkbox"/> Excursiones <input type="checkbox"/> Ingreso y acogida <input type="checkbox"/> Atención social <input type="checkbox"/> Atención Psic. a F. <input type="checkbox"/> Vol. domiciliaria | Programas: <input type="checkbox"/> P. Diabetes <input type="checkbox"/> P. Hipertensión <input type="checkbox"/> P. Incontinencia <input type="checkbox"/> Prt. Medicación | Programas: <input type="checkbox"/> P. Diabetes <input type="checkbox"/> P. Hipertensión <input type="checkbox"/> P. Incontinencia <input type="checkbox"/> Prt. Medicación | Programas: <input type="checkbox"/> P. Psicoestimulación <input type="checkbox"/> P. Atención Psic. F. | Programas: <input type="checkbox"/> P. Neurológicos. <input type="checkbox"/> P. Mante. Colect. <input type="checkbox"/> P. Musc.- Esquelet. <input type="checkbox"/> P. Cardioresp. <input type="checkbox"/> P. Reedu. marcha | Programas: <input type="checkbox"/> P. T. Funcional <input type="checkbox"/> P. Ortois <input type="checkbox"/> P. Est. Cognitiva <input type="checkbox"/> P. Reed. AVD <input type="checkbox"/> P. Psicomotricidad <input type="checkbox"/> Valor. Domiciliaria <input type="checkbox"/> P. Sociorecreativa <input type="checkbox"/> P. Excursiones |
| Observaciones: | Observaciones: | Observaciones: | Observaciones: | Observaciones: | Observaciones: |



3.11. Plan de atención personalizada (PAP)

Nombre y apellidos Fecha de valoración inicial

| | Problemas / priorización | Actividades / responsabilidades | Revisión 6 meses | Revisión 1 año |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|------------------|----------------|
| Área clínica | | | | |
| Área funcional | | | | |
| Área cognitiva / afectiva | | | | |
| Área social | | | | |
| Observaciones | | | | |

3.12. Control mensual de participación de terapias

Registro de asistencia y de participación en programas de terapia ocupacional.....
 Nombre del programa:

| Usuarios | Calendario mensual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Este documento refleja mensualmente la asistencia y el nivel de participación de los usuarios en los programas.

NC: No colabora.

A: Activo.

F: Falta (No)



4. Anexo IV. Documentos

4.1. Consideraciones generales para la alimentación en usuarios de Centros de Día

Hoja 1/4

Conocemos la relación existente entre el estado de nutrición y el estado de salud de un individuo, pero es en la población anciana donde se hace más patente pues concurren con más intensidad todas aquellas situaciones de riesgo que favorecen la aparición de enfermedades.

Los usuarios de Centros de Día presentan en general las dos caras del síndrome de Malnutrición, así tendremos un grupo que va a padecer de la situación de “país económicamente desarrollado” con problemas de dietas hipercalóricas, excesos de azúcares y grasas, sedentarios y polimedcados que nos darán el perfil del paciente con riesgo vascular (HTA, Hiperlipemia, Diabetes no insulino dependiente, Obesidad), y posiblemente con defectos de micronutrientes, enmarcado dentro del cuadro conocido como Hipernutrición. En la otra cara de la moneda la situación de “país no desarrollado” con problemas de baja ingesta calórico- proteica y de micronutrientes, pluripatología, soledad, reingresos hospitalarios, bajos ingresos económicos e incapacidad física, estando todo incluido dentro del cuadro de Desnutrición. Entre ambos extremos existen múltiples situaciones intermedias que se tiene que valorar sistemáticamente en el ámbito de la actuación cotidiana de cualquier profesional relacionado con la salud y calidad de vida de los ancianos.

Conocemos la importancia del sobrepeso en el estado de salud del individuo, la mortalidad más baja relacionada con la enfermedad cardiovascular se produce en individuos que se mantienen en normopeso toda la vida. El Síndrome de obesidad abdominal se asocia a DMNID, HTA, Hiperlipemia, aumento de morbilidad cardiovascular, microalbuminuria e insuficiencia renal. Sabemos que pérdidas modesta de 5% al 10% del peso, pueden conducir a una mejora significativa en la Diabetes, HTA, perfiles lipídicos, enfermedad cardiovascular y apnea del sueño, en suma se desciende la morbimortalidad secundaria a patología vascular.

El otro tipo de malnutrición no menos frecuente, es la malnutrición proteicoenergética, que suele instaurarse de modo insidioso, es menos sospechada y evoluciona hacia la cronicidad. No solo esta relacionada con un aumento de la morbimortalidad sino también con la dependencia funcional e institucional. Los factores etiológicos son múltiples: aislamiento social, los bajos ingresos económicos, la pluripatología, la polimedicación y los estados hipercatabólicos.

Estrategias para incrementar la ingesta alimentaria

Uno de los principales problemas que tiene la alimentación destinada a los ancianos es la falta de adecuación a sus requerimientos energéticos y proteicos. Esta situación es especialmente preocupante en los individuos que presentan o se encuentran en una situación avanzada de deterioro físico o cognitivo. Varios estudios han puesto de manifiesto como los ancianos institucionalizados desechan entre el 20-70% de lo que se les sirve en los platos. Con frecuencia los ancianos encuentran las raciones demasiado abundantes para su apetito. Todo ello se traduce en unas ingestiones de proteínas y energía reducidas (65-70% de sus requerimientos diarios).

Las necesidades energéticas se estiman aproximadamente en 30 Kcal por kg. Para ambos sexos y una ingestión de proteínas de 1 gr./kg/día para mantener un balance nitrogenado adecuado. Obviamente, estas estimaciones necesitan incrementarse cuando el anciano sufre un proceso intercurrente llegando a necesitar hasta 30-35 kcal/kg/día y de 1-1,5 gr/kg/día de proteínas.

Así pues, podemos recurrir a diferentes estrategias nutricionales para evitar o retrasar el deterioro nutricional como las enumeradas a continuación:

- Aumentar la densidad energética y proteica de las raciones de comidas servidas.
- Incrementar las colaciones de alimentos ricos en proteínas y calorías.
- Servir la comida delante del paciente, donde se percate de los olores y sabores próximos.

- Incrementar los sabores de la comida (con saborizantes, hierbas y especias) para hacer la comida más apetitosa.
- Utilizar suplementos dietéticos comerciales (nunca en sustitución de la adecuada comida habitual).

Dietas que se precisan en un Centro de Día

1. Normal

Debe tener en cuenta los siguientes principios:

- Los alimentos deben ser frescos y congelados naturales.
- La elaboración de los mismos debe ser fundamentalmente cocido, horno, plancha ocasional y solo excepcionalmente fritos.
- En general la dieta normal debe ser una dieta sosa.
- **Carnes:** preparaciones culinarias de fácil masticación (filetes rusos, tiras de pechuga de pollo, etc.).
- **Pescados:** preparaciones al vapor, cocido, plancha acompañada con crema de verduras o ensalada de verduras. Elegir pescados o trozos de pescado sin espinas.
- **Huevos:** preferibles cocidos o como tortilla de verduras.
- **Lácteos:** preferiblemente yogur descremado, queso fresco o leche semidesnatada.
- **Legumbres:** en forma de purés y con un 25% de verduras añadidas en la preparación.
- **Cereales y patatas:** deben ser el elemento central de la dieta de las personas mayores.
- **Verduras y hortalizas:** las ensaladas deben estar bien troceadas y cuidar su presentación. Las verduras cocidas, como puré o en forma de sopa.
- **Frutas:** pueden presentarse en compota, fruta asada o cocida bien pelada o troceada.
- **Aceites:** procurar utilizar aceite de oliva, deben moderarse las frituras y las preparaciones en salsa y los alimentos fritos deben reposar en papel absorbente.
- **Dulces y bollería:** su consumo debe ser excepcional.
- **Bebidas no alcohólicas:** agua.

2. Dieta para diabéticos

Debe ser lo más parecida posible a la dieta normal teniendo en cuenta que entre los hidratos de carbono deben primar los de absorción lenta (patatas, legumbres, arroz, cereales) sobre los de absorción rápida (glucosa, fructosa y sacarosa, presentes en azúcar, galletas, bollería industrial y dulces), se deben usar alimentos integrales ricos en fibras naturales. Las frutas deben ser frescas, no en compota o en almíbar o asadas.

En las pastas y el pan (harina de trigo refinada) se disminuirá la cantidad y se complementará con ensalada.

3. Normal sin sal

- Sólo una indicación expresa del médico recomienda la dieta estricta sin sal, en general el anciano debe tomar una dieta sosa.
- No utilizar en su preparación alimentos ahumados, salados, curados (charcutería, quesos,...) precocinados o en conserva.
- Ni tampoco condimentos salados, cubitos de caldo concentrados, salsas comerciales (mahonesa, ketchup, mostaza,...).



- Utilizar hierbas aromáticas y especias (tomillo, orégano, perejil, ajo, estragón, comino, romero, canela, azafrán,...) para mejorar el sabor de los platos en ausencia de sal.

3. Hipocalórica

- Se deben disminuir las fuentes calóricas más concentradas, como por ejemplo, patatas fritas, frutos secos, aperitivos, productos de bollería y pastelería, salsas, mayonesa, etc.
- Evitar los azúcares sencillos, emplear edulcorantes acalóricos en lugar de azúcar.
- Disminuir las grasas evitando alimentos grasos (embutidos, carnes muy grasas).
- Preparar los alimentos cocidos, al vapor, asados y plancha. Evitar los fritos, rebozados o empanados.

4. Triturada

Las dietas trituradas o mecánicamente blandas constituyen una modificación de la textura de la alimentación del anciano que, por problemas de masticación y/o deglución, no pueden acceder al consumo de alimentos sólidos. Por tanto una dieta triturada debe cumplir necesariamente con los requerimientos energéticos y de proteínas.

Debe buscarse una homogeneización correcta del puré para evitar que sean demasiado pastosos o demasiado claros, así mismo evitar los grumos. Se debe contar con los aparatos necesarios que cumplan esta función.

Muchas de las vitaminas hidrosolubles se pierden con la cocción; se recomendaría la utilización después del puré de zumos de frutas.

Se debe tener de reserva tarros de alimentos triturados para adultos (nunca potitos de niños).

5. Astringente con disponibilidad en el día

6. Dieta especial para celíacos

El postre a utilizar en los Centros de Día será siempre la fruta, de fácil masticación.

Características semanales de una dieta equilibrada

Carnes: 2-3 veces en semana.

Pescados: 3-4 veces en semana, alternándose con la carne.

Huevos: 2-3 semana.

Lácteos: 2-3 raciones/día.

Legumbres: 2-3 veces/seman.

Cereales, pan, arroz, pasta y patatas: base de la alimentación del anciano, preferiblemente integrales.

Verduras y hortalizas: 2 raciones al día (1 ración cocida y otra cruda).

Fruta: 2-3 raciones al día.

Grasas: 4 cucharadas de aceite al día.

Dulces y bollería: alimentos de inclusión excepcional en la dieta.

Agua: ingesta de 1500 ml/día.

Consideraciones que deben exigirse a una empresa de catering

Las empresas encargadas de proporcionar las comidas a los Centros de Día deben disponer de un dietista titulado que realice el estudio calórico y en nutrientes de la comida diaria. Los menús elaborados siguiendo las indicaciones antes mencionadas deben ofrecerse a los usuarios y sus familias con una periodicidad mensual y una antelación suficiente. Estos menús mensuales deben ir firmados por el Dietista de la empresa de catering o de la cocina que elabore los menús.

Los profesionales sanitarios del Centro de Día (médico y enfermera) tienen la obligación de supervisar que la dieta se adapte a las necesidades individuales de cada usuario del Centro de Día.

Por lo tanto las dietas del Centro de Día serán:

- Normal sosa y sin sal.
- Antidiabética (dieta normal con las modificaciones oportunas).
- Triturada.
- Astringente.
- Especial para celíacos.

A los ancianos diabéticos se les dará la dieta normal con las modificaciones necesarias, observando las recomendaciones antes expuestas para una dieta diabética.

Consideraciones a tener en cuenta en el cuidado de un paciente portador de una SNG/ Gastrostomía en un Centro de Día específico para pacientes con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias

Ante un paciente portador de SNG/Gastrostomía que acude a Centro de Día se deben tener en cuenta a una serie de consideraciones:

- El paciente puede intentar arrancarse la SNG/Gastrostomía, para evitar esto se deberán utilizar succiones mecánicas en forma de muñequeras o manoplas, que ya existen comercializadas.
- Tanto la SNG como la Gastrostomía pueden ser manipuladas e incluso arrancadas por los compañeros, para lo cual se intentará que el paciente esté siempre en un lugar discreto, controlado y relativamente apartado para así disminuir la probabilidad de manipulación por otros pacientes.
- Si la SNG/ gastronomía se sale o no está en su sitio, el riesgo de aspiración aumenta por lo que se deberá derivar al hospital correspondiente para nueva implantación de la misma.
- El alimento que se debe tomar a través de la SNG/Gastrostomía debe ser prescrito por el nutricionista de hospital en forma de preparados farmacéutico, al igual que la pauta de alimentación.
- En ningún momento se le dará alimento por vía oral, salvo que esté pautado por el facultativo correspondiente.
- El uso de la sujeción mecánica puede provocar lesiones por roce, que de aparecer serán curadas por atención primaria o el departamento médico del Centro de Día.
- No se pueden descartar la aparición de otras complicaciones, de ocurrir esto rápidamente en contacto con la familia.



El bienestar depende en gran medida de la forma de alimentarse. Para las personas con E.A este bienestar se ve comprometido por un deterioro progresivo de sus capacidades físicas y mentales, que pueden situar al enfermo en una situación de riesgo nutricional a lo largo de la evolución de la enfermedad. Por lo tanto, resulta fundamental la prevención, intervención precoz y asegurar un adecuado soporte nutricional del enfermo. Proporcionar una alimentación equilibrada, conocer la forma mas adecuada de adaptarla a la evolución del enfermo y aprovechar los mejores momentos para alimentar a este serán pilares básicos en el plan de cuidados del enfermo. Nuestro papel en la consecución de este plan de cuidados es clave y de nosotros depende en gran medida la trasmisión de conocimientos a la familia y su implicación activa en el plan de cuidados de su familiar.

Paradójicamente, las personas con EA a consecuencia de los trastornos cognitivos y alteraciones de la conducta alimentaria tienden a la disminución de la ingesta de alimentos, perdida de peso y malnutrición severa cuando requerirían una nutrición de alta calidad. Por lo tanto, cuidar con mimo la preparación de la comida y el entorno donde van a ser consumidas serán objetivos prioritarios para mantener esta actividad.

Se hace necesario antes de conocer las recomendaciones para esta actividad entender que ocurre en las diferentes fases de la enfermedad y las causas por las que una persona afectada de demencia puede dejar de comer.

4.2.1. ¿Que dificultades encontramos en las distintas fases de la enfermedad?

Los problemas mas frecuentes en las diferentes fases de la enfermedad son:

Fase leve

- El deterioro de la memoria y del juicio pueden interferir con la compra, almacenamiento y cocinado de la comida (se olvidan de la comida, de los horarios, reúnen en una misma toma alimentos repetidos, etc). La falta de atención hace que no lleguen a completar las tomas de alimentos.
- No suele presentar desnutrición, en algunos casos puede producirse un comportamiento bulímico, pero es mas frecuente una cierta aversión hacia la comida.

Fase moderada

- Existe dependencia parcial para la alimentación, la persona necesita ayuda para comer y beber y en ocasiones mastica y deglute insuficientemente los alimentos.
- Puede aparecer rechazo a la comida.
- Disminución de la percepción de los olores y sabores.
- Disminución de la salivación, sequedad de boca y riesgo de infecciones.
- Puede presentarse disfagia a líquidos y progresivamente también a sólidos.
- Disminución de la capacidad para realizar movimientos coordinados (praxias) como utilizar correctamente cubiertos u otros objetos habituales.
- El no reconocimiento de objetos (agnosias) o incluso la no percepción de los mismos (inatenCIÓN, agnosia visual) impiden que la persona pueda identificar alimentos.
- Pueden deambular durante largos periodos de tiempo. Este incremento de la actividad puede aumentar sus necesidades energéticas hasta 1.600 calorías extras al día.
- Pueden no reconocer las comidas familiares y algunos simplemente se niegan a comer.

Fase severa

- Existe una dependencia absoluta del cuidador para la alimentación.
- Aparecen trastornos graves de la deglución, presentándose disfagia tanto a sólidos como a líquidos y riesgo de aspiración de alimentos, lo que provoca una actitud negativa del enfermo hacia la comida o un rechazo total a ingerir alimentos.
- El aparato digestivo puede tener sus funciones enlentecidas.
- Anorexia senil o indiferencia total ante los alimentos.
- Dificultad de evacuación intestinal por estreñimiento o fecalomas.

4.2.2. Causas por las que una persona con demencia puede dejar de comer

Las causas son múltiples y están relacionadas entre si:

4.2.2.1. Trastornos sensoriales

- Pérdida de papilas gustativas, lo que provocara una disminución del sentido del gusto.
- Disminución de la percepción de olores (elemento incitador del apetito) provocado por la atrofia del bulbo olfatorio.
- Disminución de la salivación que provocara sequedad de boca y favorecerá las infecciones gingivales.
- Pérdida de discriminación de sabores.
- Otras pérdidas y/o disminución de los sentidos.

Estos trastornos sensoriales sumadas a la pérdida de memoria, pobreza del lenguaje hará difícil que el usuario pueda explicarnos lo que le sucede o lo que le gustaría. Esto se manifiesta con rechazo, oposicionismo o negación a la comida e incluso podrían inducir a la ideación paranoide “me han cambiado el sabor de mi plato favorito” “me están envenenado” “me están dando pastillas con la comida” “mi comida es diferente a la de los demás”.

¿Que podemos hacer en los centros y/o recomendar a las familias para compensar los trastornos sensoriales?

- Favorecer la salivación: utilización de agua acidulada, refrescos de limón, caramelos ácidos, sorbetes de frutas ácidas y terrones de ácido cítrico.
- Mitigar el dolor de la deglución secundario a sequedad por deshidratación ingesta de fármacos o presencia de aftas bucales: Mantener una correcta higiene bucal, anestesiarse con frío las papilas (sorber líquidos muy fríos o sorbetes helados antes de las comidas).
- Potenciar el aroma y el sabor de los alimentos: especiendo la comida, utilización de caldos reducidos, utilización de ayudas técnicas.
- Modificar texturas para hacerlas de fácil masticación, suaves y fluidas.
- Presentación de los platos de forma que distraiga el sentido de la vista: contraste plato/ comida, alimentos de diferentes colores...].

4.2.2.2. Problemas mecánicos

- Problemas dentales y periodontales (pérdida de piezas dentales, periodontitis, gingivitis, sequedad de boca, aftas bucales, rozaduras gingivales por mala adaptación de las prótesis dentales).
- Neuralgia del trigémino y del glossofaríngeo.
- Dolor mandibular.



- Problemas articulares (subluxación/ artrosis temporomaxilar) limitando la apertura de la boca e imposibilitando la masticación.
- Movimientos anormales bucolinguales al tratamiento con neurolépticos, a la administración de L-dopa.
- Paresias, hemiplejías, procesos artríticos, artrosicos, deformidad articular en MMSS, disminución del arco articular del hombro.

¿Que podemos hacer en los centros y/o recomendar a las familias para compensar los problemas mecánicos?

- Mantener una buena higiene bucal.
- Modificar las texturas de los platos para hacerlos de fácil masticación suaves y fluidas.
- Utilización de ayudas técnicas.
- Modificación del contexto.
- Disminución del dolor.
- Entrenamiento en ABVD.

4.2.2.3. Problemas funcionales de origen neurológico

Nos centraremos exclusivamente en los provocados por la Demencia:

- **Pérdida de memoria** que provocara elaboración de comidas repetitivas, monótonas, no variadas, olvidos de comer, comer a todas horas cualquier tipo de alimento.
- **Apraxia:** incorrecta utilización de cubiertos, no saber limpiarse con una servilleta, mantener los alimentos en la boca.
- **Agnosia:** no reconocimiento de objetos y personas, no identificación de platos, vasos, cubiertos, tipos de alimentos (beber lejía en vez de agua).

Además en las demencias de tipo frontal o frontotemporal puede darse:

- **Desinhibición:** no atención a las normas sociales (inquietud, compulsividad e ideas obsesivas que pueden llevar a la hiperoralidad (meterse productos incomedibles en la boca).

4.2.2.4. Trastornos de la conducta alimentaria

- **Estados depresivos o ansiedad:** estos estados pueden provocar inapetencia, rechazo a los alimentos, somatizaciones (saciedad, dispepsia).
- **Flatulencia, vómitos y diarreas** que pueden llegar a la negación total de cualquier tipo de ingesta (líquidos y/o sólidos).
- **Estados de inquietud psicomotora:** que pueden provocar distracción, inatención, levantarse constantemente, comer de pie, comer a ratos, rechazo de alimentos, cerrar la boca, escupirlos, mantenerlos en la boca durante horas, tirar la suelo la comida, golpear y morder al cuidador si están en estado de agitación.
- **Estados sedativos:** pueden provocar atragantamiento, caérsele la comida de la boca, no masticar ni engullir la comida.

4.2.3. Recomendaciones generales

Una vez reconocidos cuando y por que una persona afectada de demencia puede dejar de comer, se presentan una serie de recomendaciones generales que nos pueden servir, para en la medida de lo posible, utilizarlas en los Centros de Día así como posibles recomendaciones a las fami-

lias. Las recomendaciones se dividen en recomendaciones que afectan al contexto, usuario, personal y dieta.

4.2.3.1. Recomendaciones sobre el contexto

- Proporcionar un ambiente sosegado y lo mas relajado posible evitando el exceso de estimulación (TV, radio, timbre de voz elevado y/o cualquier factor que pueda repercutir un incremento de la distracción).
- Listados accesibles para todo el personal con información necesaria sobre los usuarios (usuarios con diabetes, usuarios preceptivos de uso de gelatinas y espesantes, diferente pautas multidisciplinarias...).
- En fases avanzadas se evitara el uso de servilletas de papel.
- Utilización en fases avanzadas de utensilios agradables e inofensivos (que no se rompan) y que llamen la atención por su colorido. Los cubiertos se deben usar según el grado de deterioro de cada usuario.
- Menaje adecuado a cada tipo de usuario (mangos engrosados para cubiertos, vasos estrechos para facilitar el agarre, utilización de antideslizantes para debajo del plato, vasos antivuelco, cuchillos basculantes...).
- Utilización exclusiva en la mesa de los utensilios necesarios, evitando floreros, servilleteros, velas, flores...
- Favorecer en la medida de lo posible la disposición de los usuarios por grupos homogéneos, usuarios que inciten a otros a comer.
- Mobiliario adecuado: sillas altas que permitan llegar bien a la mesa y que permitan una postura correcta del usuario.
- Iluminación uniforme en toda la estancia.
- Utilización en la medida de lo posible de la estancia para uso exclusivo de comedor.
- Realizarlas las comidas a la misma hora.
- Suelo antideslizante.
- Temperatura adecuada en la estancia.

4.2.3.2. Recomendaciones sobre el usuario

- En estados avanzados priorizar alimentos de fácil manejo (croquetas, empanadillas, pequeños bocadillos, verdura cortada en juliana..) que el usuario pueda coger con los dedos o con un solo cubierto.
- En personas con actitud compulsiva y para evitar atragantamientos y facilitar la masticación se preparan raciones pequeñas y muy troceadas.
- Cuando el usuario retenga comida en la boca se prepararan recetas jugosas y/ o gelatinosas.
- Mantener al enfermo sentado siempre que sea posible.
- En fases avanzadas procurar una correcta inclinación del usuario para favorecer la deglución, no mezclar alimentos de diferentes texturas (de diferentes consistencias: líquidos y sólidos en el mismo plato) ya que no podrán discriminarlas y evitaremos así atragantamientos y/o bronco-aspiraciones. En estos casos se recomienda la utilización de espesantes y gelatinas.
- En fases avanzadas asegurarnos el estado de alerta del usuario a la hora de tomar líquidos
- Priorizar la ingesta de líquidos durante el día y no al final de la tarde ni durante la noche.
- Si el usuario es obeso y quiere comer con frecuencia trocear mas la comida, se puede recurrir a zanahorias, pepinillos...



4.2. La alimentación y la nutrición en los Centros de Día de atención especializada

- Mantener una buena higiene bucal (debe limpiarse al menos tres veces al día después de cada ingesta).
- Si el usuario no abre la boca o tiene problemas para masticar masajear la mandíbula, ponerse enfrente para que pueda imitar nuestros actos...
- Si el usuario padece Parkinson si es posible comerá cuando no exista rigidez, alteraciones motoras ni disfagia es decir en la fase ON. Para evitar el derrame de líquidos de la cuchara debido al movimiento incontrolado de la mano, puede espesarse con productos espesantes. Para mejorar la deglución pueden ser útiles ciertos ejercicios respiratorios (succionar y soplar a través de un tubo de plástico, tragar saliva conscientemente y a menudo, cerrar los labios con firmeza).

4.2.3.3. Recomendaciones sobre el personal

- Cumplir las normas de higiene y prevención de riesgos laborales.
- Disponer del tiempo suficiente para permitir al usuario consumir todo el plato.
- Animar al usuario que coma solo manteniendo así su autonomía todo el tiempo posible.
- Animar al usuario a masticar bien los alimentos.
- Permitir que el usuario termine un plato para presentar el otro (incluido el postre).
- Comunicación adecuada al grado de deterioro del usuario.
- Promover la educación en salud.
- Refuerzo de las conductas sociales.
- Mantener una supervisión constante para detectar los cambios relativos a la actividad de comer. Se recomienda utilizar un libro de registros de comedor en los que anotar usuarios que han comido mal, poco, incidencias y favorecer así el trabajo interdisciplinar.
- Asegurarse que el usuario antes de comer disponga de los utensilios necesarios.
- Favorecer un ambiente relajado.
- Atender en la medida de lo posible los gustos del usuario y aprovechar estos para compensar otros alimentos no atractivos.
- Servir la comida a temperatura adecuada ni fría ni demasiado caliente sobre todo en fases avanzadas de la enfermedad en el que el usuario no distinguirá la temperatura y estaría expuesto a lesiones.
- Esperar a presentar la comida cuando todos los usuarios estén sentados.
- Si es posible utilizar dos turnos de comedor para separar grupos mas severos de otros (deambuladores, con alteraciones comportamentales...).

4.2.3.4. Recomendaciones sobre la dieta

- Debe ser equilibrada, individualizada (en la medida de lo posible), variada y de sabor agradable.
- Utilizar alimentos con alta densidad nutricional. Si no se llega a aportar los nutrientes necesarios es útil utilizar purés y papillas enriquecidas. Si aun así come poco se debe plantear el uso de suplementos nutricionales o vitamínicos.
- En fases avanzadas se evitara la presencia de espinas, huesos, grumos o filamentos. Triturar y pasar por el chino los alimentos preparados para obtener texturas homogéneas.
- No añadir mas liquido del necesario en el triturado ya que reduciría el valor nutritivo de la dieta.
- Debe procurarse una administración adecuada de líquidos (1-1,5 litros diarios) en forma de agua, zumos, infusiones, sopas, etc.

- Si existe alteración de la deglución, se modificara la consistencia de sólidos y/o líquidos haciendo uso de espesantes.
- Ingesta de alimentos ricos en fibra que favorezcan la actividad intestinal y eviten estreñimiento. El estreñimiento es un problema común en los pacientes con poca movilidad. La sensación de plenitud y malestar que produce conduce a una pérdida del apetito. La movilización del paciente, el replanteamiento del aporte de líquidos y el cuidado de la dieta que debe ser rica en fibra y residuos mediante la incorporación de legumbres, frutas y verduras pueden disminuir este problema.
- La grasa mejora el sabor de los alimentos y son vehículo de vitaminas liposolubles y ácidos grasos esenciales. Se debe aumentar el aporte de insaturadas y poliinsaturadas (aceites de oliva, girasol, soja, pescado, etc y disminuir las saturadas (grasas animales).
- Asegurar la ingesta de proteínas tanto de origen vegetal como animal, entre 1-1.gramo/kg peso/día. En usuarios con Parkinson se recomienda 0,8 gramos/kg/día preferentemente en las cenas restringiendo durante el día (< 10 g). Es importante la interacción fármaco-nutriente entre L-Dopa y las proteínas ya que compromete la eficacia del tratamiento. Por tanto, debe tenerse en cuenta que:
 - Algunos alimentos de origen vegetal combinados entre si (cereales y legumbres/ leche y cereales) proporcionan un valor proteico parecido al de los productos animales. Así mismo, se debe tener en cuenta que la ingesta de determinados alimentos pueden ser fuentes naturales L-Dopa (100 g de habas equivalen a 1 cc de Sinemet 25/250).
 - Uso de gelatinas para personas con problemas de disfagia para aportar agua y mejorar la administración (enmascarando la pastilla dentro de la gelatina).



Los Centros de Día ofrecen una atención integral durante el período diurno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores.

El principal objetivo del servicio es cubrir desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

4.3.1. Descripción del Centro de Día

El Centro de Día se define como un equipamiento destinado a prestar atención socio –sanitaria preventiva y rehabilitadora al colectivo de mayores en régimen diurno.

La tipología de centros incluirá los Centros de Día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen, adecuándose a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia.

Dispone de diferentes espacios y salas destinados a la realización de las actividades, así como servicios adaptados (WC, ducha).

El funcionamiento del Centro de Día es de lunes a viernes, en días laborables y en horario de 8,15 a 18 horas.

a) Objetivos

Objetivos con el usuario

- Proporcionar una atención socio-sanitaria que prevenga y compense la pérdida de autonomía personal.
- Mejorar las condiciones de atención en situaciones precarias.
- Facilitar la permanencia en su medio habitual.
- Limitar la institucionalización a los casos estrictamente necesarios.
- Apoyo a los familiares y/o cuidadores informales.
- Fomentar relaciones interpersonales.
- Fomentar la ayuda mutua y la participación.
- Favorecer la integración de grupos de personas que por su situación de dependencia, presentan dificultades para disfrutar de actividades comunitarias.

Objetivos con la familia

- Servir de apoyo en la sobrecarga que conlleva la atención a una persona dependiente, facilitando información, formación y apoyo emocional.
- Fomentar grupos de auto-ayuda entre los familiares con apoyo psicológico (especialmente en los centros destinados a personas con deterioro cognitivo).

b) Servicios básicos

- Servicios socio-sanitarios de atención técnica al usuario, su familia o sus cuidadores.
 - Valoración individual de necesidades y elaboración plan de atención integral y seguimiento.
 - Actividades culturales y recreativas, con entrenamiento de habilidades sociales.
 - Actividades educativas, dirigidas a incrementar el autocuidado y el fomento de hábitos saludables.
 - Actividades de fisioterapia y terapia ocupacional, encaminadas a mantener las capacidades funcionales en las mejores condiciones posibles.
 - Actividades de estimulación cognitiva, adecuadas a la situación del usuario.

- Apoyo emocional al usuario y el cuidador.
- Todas cuantas se estimen necesarias para mantener la autonomía del usuario y sus familiares o cuidadores.
- Transporte adaptado.
- Alimentación.
- Higiene personal.

4.3.2. Régimen de altas y bajas

a) Altas

La valoración social e idoneidad de este recurso, será realizada por el Trabajador Social Municipal:

- Una vez determinado el alta del usuario, donde se indicará: modalidad de asistencia, pertinencia de utilización del transporte y la aportación económica que le corresponda según baremo. El ingreso en el centro se producirá en las fechas 1 ó 16 del mes.
- En el momento del ingreso se procederá a realizar un estudio y valoración interdisciplinar para elaborar el Plan de Atención Individual.
- Toda la información y documentación, así como el seguimiento y evolución, estará recogida en un único expediente por usuario.
- Los usuarios tendrán un período de adaptación al centro de 30 días naturales, desde el siguiente al de su incorporación.
- Una vez incorporado y durante el período que permanezca como usuario, éste o su familia/cuidador, deberá proporcionar información documental sobre cualquier modificación que afecte a su situación sanitaria (con informe médico) social y económica.

b) Bajas

- Temporal:
 - Por enfermedad documental justificada. (Con antelación a la reincorporación en el Centro de Día deberá aportar informe médico).
 - Por vacaciones, en este último supuesto deberá comunicarlo a los responsables del centro con una antelación de al menos quince días laborables.
 - En el caso de sufrir una enfermedad infectocontagiosa en proceso activo (gastroenteritis, gripes, pediculosis) y aquellas otras en la que el contacto con el resto de usuarios propague la enfermedad.
- Definitiva:
 - Voluntaria a petición del interesado o su familia/cuidador.
 - Por cumplimiento de los objetivos fijados al ingreso.
 - Cambios y/o circunstancias sobrevenidas que constituyan la pérdida de los requisitos establecidos para ser usuario de este servicio avalado con la emisión de informe firmado por el equipo multidisciplinar del centro.
 - Ingreso en un centro residencial.
 - Incumplimiento de las obligaciones de aportación económica que le corresponde efectuar según baremo.
 - La no asistencia al centro voluntaria y sin justificar superior a 1 mes consecutivo.

c) Horario

- El centro estará abierto desde las 8,15h hasta las 18h.
- La franja horaria de actividad terapéutica se realizará entre las 10 y las 18 h. Durante esta jornada los usuarios permanecerán en las instalaciones del centro salvo, cuando desde el mismo se



organice una actividad externa, y en ese supuesto, saldrán siempre acompañados por el personal adscrito a dicho servicio, que son los responsables de su guarda durante el horario del mismo.

- Existe la posibilidad de que, aquél usuario que lo demande, pueda acogerse al horario flexible. Esta flexibilidad se establecerá por la mañana o por la tarde, pero siempre garantizando que al usuario le permita, aprovechar y hacer uso de las actividades que en el centro se ofertan. Dicha utilización no tendrá efectos sobre la aportación económica, que según baremo corresponda realizar al usuario de acuerdo a la modalidad y días de asistencia fijados. Se le podrá proporcionar servicio de transporte cuando coincida con el horario de entrada o salida del centro.
- Solo en casos excepcionales y justificados, el usuario podrá ausentarse del centro durante su horario y siempre acompañado de un familiar/cuidador, cuando el perfil que el usuario padece es de deterioro cognitivo. Quedará registrado el motivo, hora de salida, identificación de la persona responsable y su firma. En caso de usuarios sin deterioro cognitivo, será el propio usuario el que firmará el documento citado. La firma de este documento será imprescindible en el caso en que el usuario use transporte y en alguna ocasión se marche por sus propios medios.
- La no asistencia al centro motivada por vacaciones, enfermedad o cualquier otra causa, deberá ser comunicada siempre a los responsables del centro una antelación de 15 días, salvo por fallecimiento ó causa mayor.

d) Transporte

- Cada Centro de Día dispondrá del número establecido de vehículos adaptados y debidamente autorizados y serigrafiados, con la imagen corporativa del Ayuntamiento de Madrid, para efectuar el traslado de los usuarios de su domicilio al centro y viceversa.
- Los usuarios que utilicen este servicio para acudir al centro, habrán de estar preparados a la hora prevista de recogida. Cuando el usuario padezca deterioro cognitivo o no sea capaz de autogobernarse, siempre deberá estar presente tanto en la recogida, como a su regreso, una persona responsable del mismo. En ningún caso, el personal de ruta será el responsable del usuario, antes o después de las horas de recogida y entrega.

e) Alimentación

- En el centro se facilitará el desayuno, la comida y la merienda.
- Los menús serán supervisados por el personal sanitario y deberán garantizar el aporte calórico y dietético adecuado a la edad de los usuarios, incorporando y adecuando menús específicos (menú ordinario, menú de régimen sin sal, para diabéticos, astringente y menú triturado) para los usuarios que presenten patologías concretas.
- El personal del centro prestará la ayuda necesaria a los usuarios que no puedan comer por sí mismos, utilizando para ello los medios técnicos o personales que precisen.
- Los menús serán de conocimiento público de los usuarios y familiares, con una antelación semanal.
- No se permitirá sacar o aportar comida para el usuario del centro.

4.3.3. Financiación / aportación del usuario

- La aportación económica mensual del usuario lo determinarán los Servicios Sociales Municipales a partir de la aplicación del baremo vigente, a la Renta Mensual per Cápita que resulte.
- Los usuarios abonarán la aportación correspondiente en los 5 primeros días del mes, a la entidad adjudicataria de la gestión del centro y que emitirá los recibos a tal efecto.
- La aportación de los usuarios se calculará mensual o quincenalmente, no pudiendo prorratearse en ningún caso por días asistencia, sean o no justificadas las ausencias.

- El usuario tiene derecho a disfrutar de un mes de vacaciones al año sin efectuar la aportación económica que le corresponde; si desea disfrutar de un segundo mes por este concepto, abonará el 50% de su aportación en concepto de reserva de plaza.
- Quedarán excluidos de abonar la aportación económica mensual que les corresponda, a aquellos usuarios que no acudan al centro durante el máximo de un mes consecutivo como consecuencia de enfermedad documentalmente justificada.
- Los usuarios que convivan con varios hijos rotando de domicilio, sólo abonarán la aportación económica correspondiente los meses de asistencia, no pudiendo garantizarse la reserva de plaza. No obstante, se priorizará a la hora de la reincorporación.
- El usuario facilitará a la entidad que gestiona el centro, los datos bancarios a efectos del cobro de la aportación.

4.3.4. Normas generales

El Centro de Día se constituye como centro abierto a la comunidad y por tanto, su dinámica y funcionamiento deben favorecer actuaciones coordinadas con los servicios y recursos existentes en la zona, o territorio donde aquél este ubicado.

Los familiares y/o cuidadores principales serán informados y requeridos en cualquier caso por los profesionales del centro con el objetivo de coordinar y actuar conjuntamente en favor del cuidado que el interesado requiera.

La comunicación será diaria, escrita y bidireccional (familia-centro) cuando el usuario presenta deterioro cognitivo.

Los usuarios, el personal adscrito al centro y en su caso, los familiares, deben observar las normas de convivencia, respeto mutuo, seguridad e higiene en todas las dependencias del centro, así como en todas las actividades que se desarrollen.

El usuario de un Centro de Día para mayores con deterioro físico al que se le diagnostique un deterioro cognitivo sobrevenido, le será facilitado el traslado a un centro especializado.

4.3.5. Normas relativas a las instalaciones

a) Mobiliario

El centro estará equipado con el mobiliario adecuado y necesario para dar la mayor confortabilidad a los usuarios, así mismo, se dispone de aparatos específicos y necesarios para facilitar la realización de actividades terapéuticas y asistenciales propias de este servicio.

Los usuarios, trabajadores, familiares y cuidadores, cuidarán de las instalaciones y su mobiliario.

b) Seguridad

Los centros destinados a la atención de personas afectadas por un diagnóstico de Alzheimer / demencia, están dotados de un sistema de seguridad y control de accesos en las puertas que tienen salida a la calle y/o escaleras y ascensores que garanticen su guarda y eviten riesgos de fuga y sus posibles consecuencias.

4.3.6. Derechos y responsabilidades

a) Derechos

1. A ser informados de las características del servicio. Este derecho se ejerce recibiendo, al ingresar, la documentación sobre el funcionamiento, el objeto, los requisitos, y las responsabilidades del Centro de Día.



2. A la atención correcta y respetuosa que precise, sin discriminación por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
3. A ser informado y consultado en el diseño de su Plan de Atención Individualizado, así como en cualquier otro asunto que le afecte.
4. A que su historial y evolución quede reflejado, de manera confidencial, en su expediente personal y a recibir un informe cuando lo solicite.
5. A elevar a la dirección del centro propuestas o reclamaciones concernientes al funcionamiento o a la mejora de los servicios, así como a recibir respuesta sobre las mismas.
6. A cesar en la utilización de los servicios o en la permanencia en el centro por voluntad propia.
7. A que la información que se facilite, tanto verbal como por escrito, sea en un lenguaje fácilmente inteligible.
8. A la exención de aportación económica durante un mes al año por vacaciones y durante periodos de quince días a un mes por enfermedad, debidamente justificada con informe médico.
9. A ser atendido en un Centro de Día Especializado, cuando presente un grado de deterioro cognitivo u otras circunstancias que así lo aconseje. Este derecho requiere la existencia de un informe escrito de los profesionales del Centro.

b) Responsabilidades

1. Conocer y cumplir las normas de utilización del Centro, establecidas en la documentación sobre el funcionamiento, el objeto, los requisitos, y las responsabilidades del Centro de Día y demás instrucciones dadas por escrito. Esta responsabilidad se ejerce, inicialmente, firmando el "recibí" de la entrega de documentación a la que tiene derecho.
2. Tener una conducta adecuada, basada en el respeto, a los profesionales y a los demás usuarios.
3. Utilizar y cuidar las instalaciones y materiales del centro.
4. Colaborar en el cumplimiento del Plan de Atención Individualizado.
5. Abonar el precio establecido por la utilización de los servicios del centro, en los plazos fijados en este reglamento.
6. Entregar al Centro de Día el material de higiene y uso personal, así como la medicación que deba utilizar durante su estancia en el Centro de Día.
7. Acudir al Centro de Día, la familia y/o cuidador, cuando sean citados por los profesionales.
8. Aceptar el cambio a un Centro de Día Especializado, cuando el grado deterioro cognitivo que padezca u otras circunstancias así lo aconsejen. Este cambio exige la existencia de un informe escrito de los profesionales del Centro.
9. Informar sobre las circunstancias personales, familiares, clínicas (informe médico) y sociales que puedan afectar a la atención que se da en el Centro, así como de los cambios que se produzcan a lo largo del tiempo.

4.3.7. Sistema de sugerencias y reclamaciones

El Ayuntamiento de Madrid pone a disposición de la ciudadanía un Sistema de Sugerencias y Reclamaciones a través del cual la ciudadanía e instituciones públicas o privadas pueden ejercer su derecho a presentar sugerencias relativas a la creación, ampliación o mejora de los servicios prestados por el Ayuntamiento de Madrid y reclamaciones por tardanzas, desatenciones, incidencias o cualquier otra anomalía en el funcionamiento de los mismos.

Se podrán presentar sugerencias y reclamaciones a través de:

- www.munimadrid.es/contactar.
- El Teléfono 010 Línea Madrid.

- Las Oficinas de Atención al Ciudadano Línea Madrid.
- Las Oficinas de Registro.
- El correo postal dirigido a la Dirección General de Mayores. c/ José Ortega y Gasset nº 100 5ª planta. (28006 Madrid).
- El fax dirigido a la Dirección Gral. de Mayores (91 588 07 52).
- El Centro de Día al que acuda como usuario, así como en el propio vehículo en que se realice el transporte de los usuarios.

La Dirección General de Mayores contestará de forma adecuada y con la mayor celeridad posible, procurando que se lleve a cabo dentro del plazo de los 15 días hábiles siguientes a la recepción de la sugerencia o reclamación. Dicho plazo de contestación no podrá ser superior en ningún caso a 3 meses, tal como establece el Reglamento Orgánico de Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Madrid.

Los Centros disponen de *impresos de solicitud normalizada*, donde los interesados podrán realizar sus reclamaciones y sugerencias. Los Centros cursarán por registro municipal las reclamaciones en el plazo de **24 horas naturales desde la fecha de recepción**.

Se garantiza así que las reclamaciones recibidas en los Centros de Día, pasan a engrosar el sistema municipal de Sugerencias y reclamaciones, pudiendo mantener el control y la constancia de las mismas desde el Departamento Municipal correspondiente.

4.3.8. Protección de datos de carácter personal

La entidad gestora del centro, respetará las prescripciones de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en relación con los datos que se obtengan con motivo de la ejecución del contrato, así como lo dispuesto por la Ley 8/2001, de 13 de julio, de Protección de Datos de Carácter Personal en la Comunidad de Madrid.

Todos los datos manejados por la entidad gestora del centro a causa de la prestación de los servicios, serán propiedad del Ayuntamiento de Madrid, sin que la entidad gestora pueda utilizarlos con un fin distinto al que figura como prestadora de servicios del centro.

4.3.9. Régimen disciplinario

Las infracciones o actuaciones anómalas de los usuarios en el Centro o en las actividades desarrolladas por el mismo se clasificarán en leves, graves y muy graves.

Dichas infracciones podrán ser cometidas por usuarios y familiares y tendrán consecuencias para los usuarios.

Infracciones leves

Son infracciones leves:

1. Irregularidades en la observación de las prescripciones contenidas en el presente documento que no tengan trascendencia directa sobre los derechos de las persona, de su salud y su seguridad.
2. Alterar las normas de convivencia y respeto mutuo, creando en el Centro situaciones de malestar de carácter leve.
3. Incumplir las instrucciones dadas por los responsables del Centro para el buen desarrollo de las actividades organizadas.
4. Utilizar inadecuadamente las instalaciones y equipamiento del Centro o perturbar las actividades del mismo.



Infracciones graves

Son infracciones graves:

1. La reiteración de faltas leves.
2. Alterar las normas de convivencia de forma habitual, creando situaciones de malestar de carácter grave en el Centro.
3. No comunicar formalmente los cambios o modificaciones que hayan tenido lugar en su situación sanitaria, social y económica y que puedan afectar a la atención que recibe en el Centro.
4. Promover y participar en altercados, riñas, peleas de cualquier tipo, con usuarios y/o personal del Centro, siempre que no deriven daños graves a terceros.
5. Faltar al respeto o insultar al personal o a los demás usuarios del Centro.
6. Falsear u ocultar datos, en relación con el disfrute de cualquier prestación o servicio.
7. No acatar ni cumplir las sanciones firmes impuestas por la comisión de infracciones.

Infracciones muy graves

Son infracciones muy graves:

1. La reiteración de faltas graves, desde la tercera cometida.
2. Agresiones físicas o malos tratos psicológicos graves a otros usuarios o personal del Centro o a terceros que estuvieran en el mismo.
3. Demora injustificada de mas de tres meses en el pago de la aportación económica fijada.
4. Falsear u ocultar información o aportar datos inexactos y que sean relevantes en relación con su condición de usuario.
5. Sustraer bienes o deteriorar intencionadamente cualquier clase de objeto o aparato del centro, de otros usuarios o del personal del mismo.

Sanciones

Sin perjuicio de las demás responsabilidades a que hubiera lugar, las sanciones que se podrán imponer a los usuarios que incurran en alguna de las faltas mencionadas en el apartado anterior serán las siguientes:

- a) Por infracciones leves:
 1. Amonestación verbal privada.
 2. Amonestación individual escrita.
 3. Prohibición del derecho al disfrute de actividades lúdicas previstas, por un periodo de hasta 2 meses.
- b) Por infracciones graves:
 1. Suspender la asistencia al Centro por un periodo de hasta 15 días naturales.
- c) Por infracciones muy graves:
 1. Suspender la asistencia al Centro por un periodo de hasta dos meses.
 2. Lo acordado en su caso por los responsables del Centro y de servicios sociales municipales.

La prescripción de las infracciones y sanciones se regirá por lo dispuesto en la Ley 30/92 del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por la Ley 4/99.

4.3.10. Disposición adicional

Corresponde así mismo al centro, la realización de aquellas actividades que, no habiendo sido mencionadas en sus respectivos artículos sean necesarias o coadyuven para la mejor realización de los objetivos atribuidos.

4.4.1. Introducción

Desde la Dirección General de Mayores, del Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, se dirigen, gestionan y evalúan los servicios de atención a personas mayores, entre los que se encuentra el Servicio de Centros de Día, objeto de esta Carta de Servicios.

Los Centros de Día son servicios dirigidos a proporcionar una atención integral, en régimen diurno, a las personas mayores de 60 años con deterioro físico y relacional, y sin límite de edad, a las personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias.

La Dirección General de Mayores se ha comprometido con la calidad en la prestación de los servicios a las personas mayores, adecuados a las diversas situaciones personales y familiares, para que se evalúen periódicamente y estén en constante mejora.

En el año 2008, se aprobó la Carta de Servicios del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria, por lo que ésta es la segunda Carta de Servicios que se define, estando prevista la referente al Servicio de Ayuda a Domicilio, para el año 2010.

Por otro lado, en el Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales, están en fase de aprobación las Cartas de los Centros de Servicios Sociales –Atención Social Primaria– y del Samur Social.

Con esta Carta de Servicios la Dirección General de Mayores pretende hacer más visible el Servicio de Centros de Día entre la ciudadanía de Madrid y las condiciones en que se presta, dar a conocer las responsabilidades y compromisos que se adquieren al prestarlo con unos determinados niveles de calidad, así como difundir los derechos de la ciudadanía en relación con este servicio y las responsabilidades y obligaciones que contraen al recibirlo.

Por otra parte, el objetivo es aumentar el grado de satisfacción de la ciudadanía con este servicio y mostrar y aportar transparencia en la prestación del mismo.

Finalmente, se desea hacer patente el valor del trabajo de todas y cada una de las personas implicadas en la prestación del Servicio de Centros de Día y su esfuerzo constante por mejorarlo.

4.4.2. Datos de carácter general

Órgano Directivo responsable

El Órgano directivo responsable del Servicio de Centros de Día es la Dirección General de Mayores del Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales.

Según el artículo 8 del Acuerdo de 18 de junio de 2007, modificado por acuerdo de 24 de septiembre de 2009 de la Junta de Gobierno de la Ciudad de Madrid, entre las competencias que corresponden a esta Dirección General están:

- Dirección, planificación y evaluación de los programas que tengan como objetivo incrementar el bienestar de las personas mayores y que amplíen la oferta de recursos para su cuidado.
- Impulsar equipamientos de atención sociosanitaria en régimen diurno en todos y cada uno de los Distritos, procurando el equilibrio territorial y una justa distribución de recursos destinados a las personas mayores.
- Implantar y evaluar periódicamente los criterios y estándares de calidad en relación con los Programas destinados a las personas mayores.
- Adoptar cuantas resoluciones resulten pertinentes en relación a los Centros de Día para mayores, propios o concertados, Centros Residenciales y al Servicio de Ayuda a Domicilio, en las



modalidades de suministro a domicilio de alimentos preparados o servicios análogos y de lavado, planchado y repaso de ropa fuera del hogar, en los términos previstos en la Ordenanza municipal por la que se regula el acceso a los servicios de Ayuda a Domicilio para mayores y/o personas con discapacidad en la modalidad de atención personal y atención doméstica, de Centros de Día, propios o concertados y Centros Residenciales, para mayores, del Ayuntamiento de Madrid.

Los Centros de Día son equipamientos diurnos de atención sociosanitaria donde las personas mayores con algún grado de deterioro físico o cognitivo (tipo Alzheimer), reciben atención especializada con una finalidad preventiva y rehabilitadora. Los usuarios disponen de seguimiento individualizado y actividades programadas en función de sus necesidades.

El Servicio de Centros de Día se presta en centros municipales y privados, a través de entidades colaboradoras, adjudicatarias de contratos de gestión de servicio público.

Las unidades prestadoras del servicio son cada uno de los Centros de Día, distribuidos entre los 21 Distritos de la ciudad de Madrid.

El Departamento de Centros de Día y Residenciales, de la Dirección General de Mayores, es la unidad responsable de la gestión, control y seguimiento de estos centros.

4.4.3. Normativa

A continuación se relaciona la normativa, tanto general como específica, que regula el servicio de Centros de Día.

Normativa General

- Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local.
- Ley 57/2003 de 16 de diciembre, de Medidas para la Modernización del Gobierno Local.
- Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
- Texto Refundido de la Ley Reguladora de las Haciendas Locales, aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2004, de 5 de marzo.
- Ley 22/2006, de 4 de julio, de Capitalidad y de Régimen Especial de Madrid.
- Reglamento Orgánico del Gobierno y de la Administración del Ayuntamiento de Madrid de 31 de mayo de 2004.

Normativa Específica

- Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y de Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Decreto 72/2001, de 31 de mayo, del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, por el que se regula el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Residencias, Centros de Atención de Día y Pisos Tutelados.
- Orden 613/1990, de 6 de noviembre, de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, de Creación del Registro de Entidades que desarrollan Acción Social.

- Orden 597/1999, de 23 de diciembre de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid por la que se regula la Naturaleza y Objetivos del Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Centro de Día y Aprueba el Procedimiento para la Tramitación de Solicitudes de Adjudicación de Plazas en dichos Centros.
- Orden 2386/2008, de 17 de diciembre, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia, para la elaboración del programa individual de atención, las prestaciones económicas y servicios y el régimen de incompatibilidades.

Normativa específica directamente relacionada con el servicio de Centros de Día en el Ayuntamiento de Madrid

- Ordenanza Municipal por la que se regula el Acceso a los Servicios de Ayuda a Domicilio para Mayores y/o Personas con Discapacidad en la modalidad de Atención Personal y Atención Doméstica, de Centros de Día, propios o concertados, y Centros Residenciales, para mayores, del Ayuntamiento de Madrid aprobada por el Pleno del Ayuntamiento de Madrid el 29 de julio de 2009.

4.4.4. Derechos y responsabilidades

Derechos de los usuarios/as

- A ser informados de las características del servicio. Este derecho se ejerce recibiendo, al ingresar, la documentación sobre el funcionamiento, el objeto, los requisitos, y las responsabilidades en el Centro de Día.
- A la atención correcta y respetuosa que precise, sin discriminación por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- A participar en el diseño de su Plan de Atención Personalizado, así como en cualquier otro asunto que le afecte.
- A que su historial y evolución en el centro quede reflejado, de manera confidencial, en su expediente personal y a recibir un informe pormenorizado siempre que lo requiera.
- A presentar, a la dirección del centro, propuestas o reclamaciones concernientes al funcionamiento o a la mejora de los servicios, así como a recibir respuesta sobre las mismas.
- A cesar en la utilización de los servicios o en la permanencia en el centro por voluntad propia.
- A que la información que se facilite, tanto verbal como por escrito, sea en un lenguaje fácilmente inteligible.
- A que le sea reservada la plaza durante dos meses de ausencia al año por vacaciones. El primero sin aportación económica y el segundo aportando el 50% del importe mensual, previa comunicación al centro.
- A que le sea reservada la plaza durante periodos de quince días a un mes por enfermedad, debidamente justificada mediante informe médico, sin aportación económica.
- A ser atendido con carácter prioritario en un Centro de Día para enfermos de Alzheimer, cuando estando en un Centro de Día para personas mayores con deterioro físico, presente un grado de deterioro cognitivo que así lo aconsejen y siempre que haya plazas disponibles. Este derecho requerirá un informe escrito de los profesionales del centro en el que se justifique la necesidad.
- A la confidencialidad y protección de datos respecto a la información, datos clínicos o personales, o intervención profesional proporcionada que se desarrollen en un Centro de Día.



Responsabilidades de los usuarios/as

- Conocer y cumplir las normas de funcionamiento del centro.
- Mostrar una conducta adecuada y basada en el respeto a los demás usuarios y a los profesionales.
- Utilizar y cuidar las instalaciones y materiales del centro.
- Colaborar en el cumplimiento del Plan de Atención Personalizado acordado.
- Abonar el precio establecido por la utilización de los servicios del centro.
- Entregar en el Centro de Día el material de higiene y uso personal, así como la medicación que deba utilizar durante su estancia en el Centro de Día.
- Acudir al Centro de Día, la familia, cuidador y/o representante legal, cuando sean citados por los profesionales.
- Aceptar el cambio a un Centro de Día para enfermos de Alzheimer, cuando el grado deterioro que padezca u otras circunstancias así lo aconsejen. Este cambio exige la existencia de un informe escrito de los profesionales del centro que justifique la necesidad.
- Informar sobre las circunstancias personales, familiares, clínicas (informe médico) y sociales que puedan afectar a la atención que se da en el centro, así como de los cambios que se produzcan a lo largo del tiempo de estancia.

4.4.5. Mecanismos y modalidades de participación

La ciudadanía y los usuarios/as del Servicio de Centros de Día, tienen a su disposición los órganos y canales de participación normalizados establecidos por el Ayuntamiento de Madrid en cumplimiento de su Reglamento Orgánico de Participación Ciudadana, entre los que destacan:

- El Sistema de Sugerencias y Reclamaciones.
- Los ruegos y preguntas en las sesiones plenarias del Distrito correspondiente.
- Las proposiciones en los Plenos de los Distritos y en el Pleno del Ayuntamiento.
- El Consejo Director de la Ciudad.
- El Consejo Sectorial de Personas Mayores de la Ciudad de Madrid.
- Otros Consejos Sectoriales y los Consejos Territoriales.
- Las peticiones, iniciativas, audiencias públicas y consultas.
- Los foros temáticos, paneles ciudadanos y sondeos de opinión.

Además se realizarán de forma periódica por parte de la Dirección General de Mayores, encuestas de satisfacción a los usuarios/as del Servicio de Centro de Día, con el fin de conocer su opinión y grado de satisfacción con el servicio recibido.

4.4.6. Sistema de Sugerencias y Reclamaciones

El Ayuntamiento de Madrid pone a disposición de la ciudadanía un Sistema de Sugerencias y Reclamaciones a través del cual la ciudadanía e instituciones públicas o privadas pueden ejercer su derecho a presentar sugerencias relativas a la creación, ampliación o mejora de los servicios prestados por el Ayuntamiento de Madrid y reclamaciones por tardanzas, desatenciones, incidencias o cualquier otra anomalía en el funcionamiento de los mismos.

Se podrán presentar sugerencias y reclamaciones a través de:

- www.munimadrid.es/contactar.
- El Teléfono 010 Línea Madrid.
- Las Oficinas de Atención al Ciudadano Línea Madrid.

- Las Oficinas de Registro de todas las administraciones públicas.
- El correo postal dirigido a la Dirección General de Mayores, c/ José Ortega y Gasset nº 100, 5ª planta. (28006 Madrid).
- El fax dirigido a la Dirección General de Mayores (91 588 07 52).
- El Centro de Día al que acuda como usuario, así como en el propio vehículo en que se realice el transporte de los usuarios.

La Dirección General de Mayores contestará de forma adecuada y con la mayor celeridad posible, procurando que se lleve a cabo dentro del plazo de los 15 días hábiles siguientes a la recepción de la sugerencia o reclamación. Dicho plazo de contestación no podrá ser superior en ningún caso a 3 meses, tal como establece el Reglamento Orgánico de Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Madrid.

Los Centros disponen de *impresos normalizados*, donde los interesados podrán realizar sus reclamaciones y sugerencias. Los Centros cursarán por registro municipal las reclamaciones en el plazo de **24 horas naturales desde la fecha de recepción**.

Se garantiza así que las reclamaciones recibidas en los Centros de Día, pasan a engrosar el sistema municipal de Sugerencias y reclamaciones, pudiendo mantener el control y la constancia de las mismas desde el Departamento Municipal correspondiente.

4.4.7. Servicios prestados

Los servicios que a continuación se describen están dirigidos a proporcionar una atención integral, en régimen diurno, a las personas mayores de 60 años con deterioro físico y relacional, y sin límite de edad, a las personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias.

El acceso a estos servicios se solicita en los Centros de Servicios Sociales de la ciudad de Madrid.

El trabajador/a social del Centro de Servicios Sociales correspondiente al domicilio del solicitante, realizará un estudio previo de las necesidades individuales de la persona mayor, así como comprobará el cumplimiento de los requisitos necesarios, para derivarle al centro que mejor se adecue a sus circunstancias: Centro de Día para enfermos de Alzheimer, o Centro de Día para mayores con deterioro físico (incluyendo deficiencias visuales, auditivas, y de la movilidad) o relacional, y elaborará un Plan de Atención Personalizado, consensuado por el equipo multidisciplinar con la persona atendida y su familia o cuidadores.

Estos servicios se prestan siempre con el objetivo de promover la independencia y autonomía personal. Se pretende lograr el mantenimiento de los mayores en su medio habitual, retrasando o evitando el ingreso en un centro residencial.

El usuario/a participa del coste de los servicios del Centro de Día, y su aportación económica variará en función de los días de asistencia y de si utiliza o no transporte adaptado. Por otra parte, su aportación se calcula en función de la capacidad económica y se actualiza anualmente. Se adjunta cuadro relativo a copago de los usuarios/as en el apartado de Datos Complementarios.

Relación de servicios prestados

1. Atención social, sanitaria, preventiva y rehabilitadora.

Este Servicio incluye como principales actividades:

- Acoger en el Centro e informar del funcionamiento del mismo.
- Realizar una valoración integral de la situación personal y familiar.



- Detectar situaciones de riesgo socio-sanitario.
- Realizar un seguimiento de patologías crónicas (diabetes, hipertensión arterial).
- Educación para la salud.
- Fisioterapia grupal.
- Entrenamiento para las actividades de la vida diaria.
- Entrenamiento de las capacidades intelectuales (memoria, atención,...).
- Apoyo, información y asesoramiento social sobre otros recursos que permitan mejorar su atención.
- Realizar actividades culturales, recreativas y de relación social.
- Seguimiento de la evolución del usuario.

2. Apoyo a la familia.

Este Servicio incluye como principales actividades:

- Apoyar el proceso de cuidado y atención que presta la familia o cuidador al usuario en el domicilio.
- Realizar actividades formativas e informativas sobre temas vinculados a la atención que se presta en el Centro de Día.
- Ofrecer a la familia la posibilidad de participar en las actividades del centro (fiestas, celebraciones, excursiones,...).
- Promover la participación en los programas municipales de atención a la familia: "Respiro Familiar de fin de semana" y "Cuidar al Cuidador".

3. Aseo y cuidado personal.

Incluye como principal actividad la ayuda en el aseo y cuidado personal siempre que lo necesite.

4. Transporte adaptado.

Este Servicio incluye como principales actividades:

- Realizar el traslado en vehículo desde el domicilio hasta el Centro de Día y viceversa de los usuarios que lo demanden y dentro del horario establecido.
- Ayudarles a subir, bajar y a situarse en el vehículo.

5. Alimentación y nutrición.

- Este Servicio incluye el proporcionar desayuno, comida y merienda, adaptados a las necesidades nutricionales, con menú ordinario y menú de régimen (sin sal, para diabéticos, astrin-gente, triturada y para celíacos).

4.4.8. Compromisos de calidad

La Dirección General de Mayores se compromete a mejorar la calidad del servicio de Centros de Día de forma permanente, a través de los siguientes compromisos, y sus correspondientes indicadores, que permitirán medir el cumplimiento de los estándares y compromisos establecidos en la presente Carta.

Los compromisos que se relacionan a continuación se refieren a los servicios que se prestan desde el momento en que los usuarios se incorporan al Centro de Día y durante el período de permanencia en el mismo.

1. Todos los usuarios/as y familiares serán informados, en el momento de su incorporación, de los programas y actividades que se desarrollan en el Centro de Día y en los que van a poder participar. Esta información se facilitará en una entrevista personal y por escrito.

Indicador asociado:

- 1.1. Porcentaje de usuarios y familiares informados de los programas y actividades que se desarrollan en el Centro de Día. (Estándar: 100%).
2. Para cada uno de los usuarios/as se elabora un Plan de Atención Personalizado adaptado a sus necesidades, que incluye los servicios contemplados en la atención social, sanitaria, preventiva y rehabilitadora y se va adaptando a la evolución de aquellas. El 90% de los usuarios y familiares se mostrará satisfecho con la prestación de estos servicios, con una puntuación igual o superior a 8 en una escala de 1 a 10.

Indicadores asociados:

- 2.1. Porcentaje de usuarios de los Centros de Día con Plan de Atención Personalizado (100%).
- 2.2. Porcentaje de usuarios que están satisfechos con los servicios que recibe, otorgando una puntuación de 8 sobre 10.
3. El Plan de Atención Personalizada de cada usuario se revisará, al menos cada seis meses, en reunión interdisciplinar y dejando constancia por escrito. Esta información se remitirá por escrito al usuario/familia o cuidador.

Indicador asociado:

- 3.1. Porcentaje de usuarios con su plan de atención personalizado revisado, y que reciben por escrito el correspondiente informe de revisión. (Estándar: 100%).
4. La permanencia del usuario en el Centro de Día está garantizada en el tiempo. El servicio se suspenderá por deseo expreso del usuario/a, baja en el padrón municipal, cambio en las condiciones que motivaron la concesión, superar el plazo de tres meses de ausencia consecutiva, o incumplimiento de las obligaciones o responsabilidades de los usuarios/as.

Indicador asociado:

- 4.1. Porcentaje de bajas de usuarios del Centro de Día debidamente justificadas por los motivos señalados. (Estándar: 100%).
5. Todo el personal que presta el servicio atiende a los usuarios de una manera adecuada, amable y respetuosa, utilizando un lenguaje comprensible. El 90% de los usuarios valorará la satisfacción con el trato recibido, con una puntuación igual o superior a 8 en una escala de 1 a 10.

Indicador asociado:

- 5.1. Porcentaje de usuarios que valoran con 8 o más la satisfacción con el trato recibido. (Estándar: 90%).
6. Todas las familias y los cuidadores de los usuarios de los Centros de Día tienen a su disposición las actividades formativas, informativas y de apoyo al cuidado mencionadas en el apartado 7.

Indicador asociado:

- 6.1. Porcentaje de familias de los Centros de Día que reciben servicios de información y apoyo a las familias. (Estándar: 100%).



7. Todo el personal técnico del servicio tiene la titulación y capacitación exigida para el desempeño de sus funciones (Trabajador/a social, Psicólogo/a, Enfermero/a, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Médico/a).

Indicador asociado:

7.1. Porcentaje de técnicos de los Centros de Día con titulación exigida (Estándar: 100%).

8. El servicio se presta en un horario conveniente para responder de manera personalizada y flexible a las necesidades de los usuarios y sus familias. El 80% de los usuarios expresará su satisfacción con el horario con una puntuación igual o superior a 8 en una escala de 1 a 10.

Indicador asociado:

8.1. Porcentaje de usuarios-familiares satisfechos con el horario de los Centros de Día. (Estándar 80% por encima de 8).

9. El equipamiento y la confortabilidad de las instalaciones físicas de todos los Centros de Día son adecuados para el servicio que se presta. El 80% de los usuarios valorará la satisfacción con las mismas, con una puntuación igual o superior a 8 en una escala de 1 a 10.

Indicador asociado:

9.1. Porcentaje de usuarios que valoran con 8 o más la satisfacción con el equipamiento y la confortabilidad (Estándar: 80%).

10. Los menús de todos los Centros de Día son nutricionalmente adecuados y están adaptados a las necesidades personales de cada uno de los usuarios.

Indicador asociado:

10.1. Porcentaje de Centros de Día que ofrecen menús adaptados a las necesidades personales de los usuarios (Estándar: 100%).

11. Todos los Centros de Día disponen de aseos adaptados y baños geriátricos para facilitar el adecuado servicio de aseo y cuidado personal.

Indicador asociado:

11.1. Porcentaje de Centros de Día dotados con aseos adaptados y baños geriátricos (Estándar: 100%).

12. Todos los vehículos destinados al traslado de los usuarios de todos los Centros de Día están adaptados para facilitar el acceso de los usuarios a los mismos y su seguridad durante el trayecto.

Indicador asociado:

12.1. Porcentaje de vehículos adaptados para el traslado de los usuarios a los Centros de Día (Estándar: 100%).

13. Todos los Centros de Día para usuarios con Alzheimer u otras demencias cuentan con medidas de seguridad en las puertas de acceso (sistema de control electrónico) para protección de los usuarios.

Indicador asociado:

13.1. Porcentaje de Centros de Día para enfermos de Alzheimer dotados con sistema electrónico de control de acceso (Estándar 100%).

14. Todo el personal que presta los diferentes servicios del Centro de Día lleva una indumentaria adecuada para el desarrollo de cada una de las actividades del centro y llevará en lugar visible la correspondiente tarjeta de identificación.

Indicador asociado:

14.1. Porcentaje de trabajadores de los Centros de Día con la indumentaria adecuada. (Estándar: 100%).

14.2. Porcentaje de trabajadores de los Centros de Día con tarjeta de identificación. (Estándar: 100%).

15. Las sugerencias y reclamaciones pueden presentarse en cada Centro de Día, además de en las formas previstas en el apartado correspondiente, y serán contestadas de forma adecuada y con la mayor celeridad posible y, a partir de ellas, poner en marcha acciones de mejora del servicio. El 100% de las sugerencias y reclamaciones tramitadas se contestarán en el plazo máximo de 1 mes.

Indicador asociado:

15.1. Porcentaje de sugerencias o reclamaciones tramitadas en relación a los servicios prestados.

15.2. Porcentaje de sugerencias o reclamaciones contestadas en 15 días o menos.

15.3. Porcentaje de sugerencias o reclamaciones contestadas en el plazo máximo de un mes.

4.4.9. Datos de carácter complementario

Cuadro de copago del servicio del Centro de Día

| Baremo Centros de Día. 2010 | | | | |
|-----------------------------|--------------------|---------------------------------|------------------------------|--------------|
| Transporte | Días de asistencia | Renta mensual per cápita (RMPC) | Físicos | Alzheimer |
| | | | Límite aportación sobre RMPC | |
| Con | 5 días semanales | Hasta 531,96 € | 32,00% | |
| | | Desde 531,97 € hasta 709,29 € | 37,00% | |
| | | Desde 709,30 € en adelante | 43,00% | |
| | | Aportación mínima | 91,46 €/mes | |
| | | Aportación máxima | 650,19 €/mes | 780,21 €/mes |
| | 3 días semanales | Hasta 531,96 € | 19,20% | |
| | | Desde 531,97 € hasta 709,29 € | 22,20% | |
| | | Desde 709,30 € en adelante | 25,80% | |
| | | Aportación mínima | 54,87 €/mes | |
| | | Aportación máxima | 390,11 €/mes | 468,12 €/mes |
| | 2 días semanales | Hasta 531,96 € | 12,80% | |
| | | Desde 531,97 € hasta 709,29 € | 14,80% | |
| | | Desde 709,30 € en adelante | 17,20% | |
| | | Aportación mínima | 36,58 €/mes | |
| | | Aportación máxima | 260,06 €/mes | 312,08 €/mes |



4.4. Carta de Servicios de los Centros de Día del Ayuntamiento de Madrid

Hoja 10/13

| Transporte | Días de asistencia | Baremo Centros de Día. 2010 | | |
|------------|--------------------|---------------------------------|------------------------------|--------------|
| | | Renta mensual per cápita (RMPC) | Físicos | Alzheimer |
| | | | Límite aportación sobre RMPC | |
| Sin | 5 días semanales | Hasta 531,96 € | 16,00% | |
| | | Desde 531,97 € hasta 709,29 € | 18,00% | |
| | | Desde 709,30 € en adelante | 20,00% | |
| | | Aportación mínima | 91,46 €/mes | |
| | | Aportación máxima | 461,04 €/mes | 555,62 €/mes |
| | 3 días semanales | Hasta 531,96 € | 9,60% | |
| | | Desde 531,97 € hasta 709,29 € | 10,80% | |
| | | Desde 709,30 € en adelante | 12,00% | |
| | | Aportación mínima | 54,87 €/mes | |
| | | Aportación máxima | 276,62 €/mes | 333,36 €/mes |
| | 2 días semanales | Hasta 531,96 € | 6,40% | |
| | | Desde 531,97 € hasta 709,29 € | 7,20% | |
| | | Desde 709,30 € en adelante | 8,00% | |
| | | Aportación mínima | 36,58 €/mes | |
| | | Aportación máxima | 184,41 €/mes | 222,24 €/mes |

Acceso a la información del Servicio de Centros de Día:

- Teléfono de información del Ayuntamiento de Madrid: 010
- Internet: www.munimadrid.es

4.4. Carta de Servicios de los Centros de Día del Ayuntamiento de Madrid

Hoja 11/13

Solicitud de forma presencial en los Centros Municipales de Servicios Sociales de cada uno de los distritos de la Ciudad de Madrid.

| Distritos | Oficinas atención al ciudadano línea Madrid | Atención a mayores |
|-------------------|--|---|
| Centro | C/ Plaza Mayor, 3 28012 Madrid 010 | Centro de Servicios Sociales "Puerta de Toledo" C/ La Paloma, 39. 28005 Madrid 91 588 50 67 / 68 / 69 Centro de Servicios Sociales "Divino Pastor" C/ Divino Pastor, 7. 28004 Madrid 91 588 88 18 / 97 |
| Arganzuela | Paseo de la Chopera, 10 28045 Madrid 010 | Centro de Servicios Sociales "José de Villarreal" C/ Guillermo de Osma, 14. 28045 Madrid 91 517 52 17 |
| Retiro | Avda. Ciudad de Barcelona, 162 (edificio nuevo) 28007 Madrid 010 | Centro de Servicios Sociales "Retiro" C/ José Martínez Velasco, 22. 28007 Madrid 91 557 13 00 / 05 |
| Salamanca | C/ Velázquez, 52. 28001 Madrid 010 | Centro de Servicios Sociales "Guindalera" C/ Pilar de Zaragoza, 28. 28028 Madrid 91 713 07 01 / 02 /04 |
| Chamartín | C/ Príncipe de Vergara, 142 28005 Madrid 010 | Centro de Servicios Sociales "Santa Hortensia" C/ Santa Hortensia, 15. 28002 Madrid 91 510 68 66 / 50 / 51 |
| Tetuán | Avda. Asturias, 45 y 47 28020 Madrid 010 | Centro de Servicios Sociales "María Zayas" Travesía María Zayas, s/n. 28039 Madrid 91 449 21 40 / 41 |
| Chamberí | Pza. de Chamberí, 4 28010 Madrid 010 | Centro de Servicios Sociales "Pontevedra" C/ Pontevedra, 2. 28015 Madrid 91 549 99 33 |
| Fuencarral | Avda. Monforte de Lemos, 40 28029 Madrid 010 | Centro de Servicios Sociales "Fuencarral" C/ Badalona, 122. 28034 Madrid 91 735 55 10 / 11 |
| Moncloa | Pza. de la Moncloa, 1 28008 Madrid 010 | Centro de Servicios Sociales "Dehesa de la Villa" C/ Antonio Machado, 22. 28035 Madrid 91 373 02 24 / 91 373 25 64 |
| Latina | C/ General Fanjul, 2-A 28044 Madrid 010 | Centro de Servicios Sociales "Yébenes" C/ Yébenes, 241 bis. 28047 Madrid 91 719 65 00 / 05 Centro de Servicios Sociales "Gallur" C/ Gallur, 24. 28047 Madrid 91 422 03 40 |

pág.
248-249



4.4. Carta de Servicios de los Centros de Día del Ayuntamiento de Madrid

Hoja 12/13

| Distritos | Oficinas atención al ciudadano línea Madrid | Atención a mayores |
|---------------|--|--|
| Carabanchel | Avda. Plaza de los Toros, 17-B 28025 Madrid 010 | <p>Centro de Servicios Sociales “Monseñor Oscar Romero” C/ Monseñor Oscar Romero, 42. 28025 Madrid 91 360 29 80 / 81</p> <p>Centro de Servicios Sociales “Plaza Elíptica” C/ Antonio Leyva, 86 – B. 28019 Madrid 91 565 56 60 / 61</p> <p>Centro de Servicios Sociales “Zaida” C/ Zaida, 36. 28025 Madrid 91 525 61 00</p> |
| Usera | Avda. de Rafaela Ibarra, 41 28026 Madrid 010 | <p>Centro de Servicios Sociales “San Filiberto” C/ San Filiberto, 7. 28026 Madrid 91 565 60 20 / 21</p> <p>Centro de Servicios Sociales “Loyola de Palacio” C/ Silvina, 16. 28041 Madrid. 91 500 68 46 / 37 / 38</p> |
| Pte. Vallecas | Avda. de la Albufera, 42 28038 Madrid 010 | <p>Centro de Servicios Sociales “San Diego” C/ Javier de Miguel, 10. 28018 Madrid 91 757 19 00</p> <p>Centro de Servicios Sociales “Entrevías” C/ Yuste, 8. 28018 Madrid 91 507 92 70</p> <p>Centro de Servicios Sociales “Pablo Neruda” C/ Gerardo Diego, 8. 28038 Madrid 91 380 68 40</p> <p>Centro de Servicios Sociales “Ramón Pérez de Ayala” C/ Ramón Pérez de Ayala, s/n. 28038 Madrid 91 502 19 11</p> |
| Moratalaz | C/ Fuente Carrantona, 8 28030 Madrid 010 | Centro de Servicios Sociales “Fuente Carrantona” C/ Fuente Carrantona, 12. 28030 Madrid 91 588 74 62 / 04 62 |
| Ciudad Lineal | C/ Hermanos García Noblejas, 14 28037 Madrid 010 | Centro de Servicios Sociales “Luis Vives” C/ Hermanos García Noblejas, 16. 28037 Madrid 91 440 23 60 |
| Hortaleza | Carretera de Canillas, 2 28043 Madrid 010 | Centro de Servicios Sociales “Concepción Arenal” C/ Javier del Quinto, s/n. 28043 Madrid 91 382 15 63 |

| Districtos | Oficinas atención al ciudadano línea Madrid | Atención a mayores |
|-------------------|--|--|
| Villaverde | C/ Arroyo Bueno, 53 28021 Madrid | Centro de Servicios Sociales "Villalonso" C/ Villalonso, 12. 28021 Madrid 91 588 89 00 / 21 / 33 Centro de Servicios Sociales "Huerta de Villaverde" C/ Huerta de Villaverde, 16. 28021 Madrid 91 588 77 94 / 89 00 |
| Villa de Vallecas | C/ Federico García Lorca, 12 28031 Madrid 010 | Centro de Servicios Sociales "Villa de Vallecas" C/ Peña Veiga, s/n. 28031 Madrid 91 380 79 40 / 75 68 / 75 99 |
| Vicálvaro | Pza. Don Antonio de Andrés, s/n 28032 Madrid 010 | Centro de Servicios Sociales "Vicálvaro" C/ Calahorra, 11. 28032 Madrid 91 775 31 50 Centro de Servicios Sociales "Valdebernardo" C/ Ladera de los Almendros, 6. 28032 Madrid 91 301 67 14 |
| San Blas | Avda. Arcentales, 28 28022 Madrid 010 | Centro de Servicios Sociales "San Blas" C/ Torre Arias, nº 2. 28022 Madrid 91 743 73 84 / 26 06 Centro de Servicios Sociales "Pablo Casals" C/ Pobladura del Valle, 13. 28036 Madrid 91 760 98 40 / 97 86 |
| Barajas | Pza. del Mercurio, 1 28042 Madrid 010 | Centro de Servicios Sociales "Teresa de Calcuta" Pza. del Navío, 4. 28042 Madrid 91 329 59 20 |

Otros servicios para personas mayores del Ayuntamiento de Madrid:

- Centros Municipales de Mayores (Tarjeta madridmayor.es).
- Centros residenciales.
- Servicio de Ayuda a Domicilio:
 - Auxiliar domiciliario.
 - Lavandería domiciliaria.
- Comidas a domicilio.
- Teleasistencia.
- Ayudas técnicas.
- Adaptaciones geriátricas del domicilio (ayudas).
- Programas de apoyo a cuidadores familiares, prevención de la dependencia, convivencia intergeneracional, detección de mayores en situación de riesgo, respiro familiar de fin de semana (en Centros de Día).



capítulo 5

bibliografía



1. Valoración Geriátrica. John R. Hodges. Editorial Proas Science. Barcelona 1996.
2. Guía de Actualización en la Enfermedad de Alzheimer. Publicación coordinada por la SEGG. Natural Ediciones, Madrid 2003.
3. Manual de Geriatria Salgado Alba, F. Guillén LLera, Isidoro Ruiperez. Editorial Masson. Barcelona 2002.
4. Tratado de Geriatria para Residentes. Publicación coordinada por la SEGG. Madrid 2006.
5. Centros de Día y dependencia. Publicación del Ayuntamiento de Madrid. Madrid 2005.
6. Centros de Día de Alzheimer. Puesta en marcha y gestión. CEAFA, 2002.
7. Los Centros de Día. Aproximación a la experiencia internacional y española. Fundación Pfizer. Universidad de Alcalá. Ayuntamiento de Madrid. Madrid 2005.
8. Fundación Matía: Centros de Día. Atención e intervención integral a mayores dependientes y con deterioro cognitivo. Diputación Foral de Guipúzcoa.
9. Modelo de Centro de Día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer. CEAFA, publicación del IMSERSO 2008.
10. Terapia Ocupacional en Geriatria: Principios y prácticas. Autores: Pilar Durante Molina y Pilar Pedro Tarrés.
11. Terapia Ocupacional en los servicios de atención diurna en psicogeriatría. Autor: S Guzmán Lozano.
12. La malnutrición en las personas mayores. Publicación del Ayuntamiento de Madrid. Madrid 2004.
13. Guía de nutrición para las personas mayores. Publicación del Ayuntamiento de Madrid. Madrid 2004.
14. Una cocina para el enfermo de Alzheimer. Publicación de la Fundación ACE.L Tárrega y M. Boada. Ediciones Glosa. Barcelona 1999.
15. Manual de recomendaciones nutricionales en Pacientes Geriátricos. Carmen Gómez Candela y José Manuel Reuss Fernández. Novartis Consumer Health S.A.
16. Manual de alimentación del paciente Neurológico. Antonio Ibazó Monreal. Novartis Consumer Health, S.A.
17. Cuadernos del Cuidador. Fundación Alzheimer España. 2002.
18. La alimentación del enfermo de Alzheimer en el ámbito familiar. J.J. Botella Trelis y M^a I. Ferrero López. Nutrición Hospitalaria 2004, 19:154-159.
19. Guía de Higiene Integral en Residencias de personas mayores. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Madrid 2004.
20. Recomendaciones en RCP Básica (S.E.M.E. subcomité de RCP).

Coordinadores de grupos de trabajo

Biela Fernández, Alberto (Ayuntamiento de Madrid)
Martínez Simancas, Ana M.^a (Ayuntamiento de Madrid)
Méndez Baquero, M.^a del Rosario (Ayuntamiento de Madrid)
Mirones Fernández, Consuelo (Ayuntamiento de Madrid)

Pastor Manzano, Francisca (Ayuntamiento de Madrid)
Pinedo Crespo, Cristina (Ayuntamiento de Madrid)
Puente Andrés, Pilar (Ayuntamiento de Madrid)

Autores

Arana Mendoza, Esther (Ayuntamiento de Madrid)
Bermejo Coca, Paloma (Ayuntamiento de Madrid)
Biela Fernández, Alberto (Ayuntamiento de Madrid)
Blanc Atienza, Pilar (Tomillo)
Blanco Castro, Ana (Mapfre Quavitae)
Cañeque del Río, Susana (Grupo Norte)
Cava Preciado, M.^a Teresa (Ayuntamiento de Madrid)
de la Nogal Morillas, Pilar (Ayuntamiento de Madrid)
del Buey Bernal, Ramón (Ucalsa)
Díaz Roncero, Gabriela (Ayuntamiento de Madrid)
Dorrego Carlon, M.^a Jesús (SAR Residencial)
Eraña Villa, Yolanda (Mapfre Quavitae)
Fernández Luis, M.^a Isabel (Ayuntamiento de Madrid)
Fernández Sánchez, Alba Libertad (Ayuntamiento de Madrid)
García Añez, Encarnación (Ayuntamiento de Madrid)
García Martínez, Daniela (Grupo Norte)
García Sordo, Juan (Mapfre Quavitae)
García Tiscar, Ángeles (SAR Residencial)
García Villa, Javier (SAR Residencial)
González Docavo, Francisca (Ayuntamiento de Madrid)
González Sáez, Marta (SAR Residencial)
Guerrero Moreno, Cristina (SAR Residencial)
Heras Montesinos, María (Ayuntamiento de Madrid)
Herrero Blanco, Fátima (Mapfre Quavitae)
Herrero Martínez-Conde, Marta (Eulen)
Hidalgo Hoyos, M.^a Luz (Eulen)
Jiménez López, Francisca M.^a (Ayuntamiento de Madrid)
Juan Muela, Rosa (La Casona)
López Guinea, Raquel (Ucalsa)
Lozano Viqué, Isabel (SAR Residencial)
Marín Ojea, Itziar (Ucalsa)
Martín Hernández, Elena (Ayuntamiento de Madrid)
Martínez Juanas, M.^a Antonia (Ayuntamiento de Madrid)
Martínez Navarro, Encarnación (SAR Residencial)
Martínez Simancas, Ana M.^a (Ayuntamiento de Madrid)

Méndez Baquero, M.^a del Rosario (Ayuntamiento de Madrid)
Miguel Sánchez, Mayla (Mapfre Quavitae)
Mirones Fernández, Consuelo (Ayuntamiento de Madrid)
Moreno Sánchez, Fátima (Mapfre Quavitae)
Mouchet Grande, Noelia (Ucalsa)
Napal Suárez, Bárbara (Asispa)
Ortiz Doncel, Nuria (Ayuntamiento de Madrid)
Pastor Manzano, Francisca (Ayuntamiento de Madrid)
Pinedo Crespo, Cristina (Ayuntamiento de Madrid)
Prados Sanz, Paloma (Ayuntamiento de Madrid)
Puente Andrés, Pilar (Ayuntamiento de Madrid)
Ramos Alcázar, Javier (Asispa)
Ramos Guerrero, Yolanda (Aser)
Rioja Luján, Raúl (Clece)
Rodríguez Afuera, Ángela (Tomillo)
Rodríguez Rodríguez, Pilar (Asispa)
Rodríguez Román, Verónica (Ayuntamiento de Madrid)
Romeo Puolakka, Carlos (Ayuntamiento de Madrid)
Rufo Ramos, Silvia (Mapfre Quavitae)
Salinero López, Francisco (Tomillo)
San Justo Martínez, Susana (SAR Residencial)
Sánchez Alonso, Mónica (Ucalsa)
Sánchez Gil, Javier (SAR Residencial)
Sánchez Pérez, Gema (SAR Residencial)
Seco García, Rosa Gema (SAR Residencial)
Serrano Roncero, Gema (Ucalsa)
Serrano Ruiz, Beatriz (Clece)
Soler Moreno, Irene (Ucalsa)
Suárez Fernández, Jorge (Asispa)
Tomeno Pacheco, Laura (Mapfre Quavitae)
Trejo Arroyo, Esther (Ayuntamiento de Madrid)
Vera Avelino, Ida Dora (Ayuntamiento de Madrid)
Vicente Sánchez, Asunción (Ayuntamiento de Madrid)
Yagüe Rodríguez, Alicia (Ayuntamiento de Madrid)

centros de día
municipales
modelos de atención

protocolo
medicina
historia
valoración
informe
test centro