

**EVALUACIÓN EXTERNA DE CALIDAD DE LOS
CENTROS DEL ICASS**
(Institut C atala d'Assistència i Serveis Socials)

**Recomendaciones para la elaboración
de planes de mejora continua en
residencias asistidas para personas
mayores.**

Indicadores de evaluación de calidad

Documento original en catalán propiedad de la Generalitat de Catalunya
elaborado con el apoyo metodológico de la Fundació Avedis Donabediam.
Código CIP 364.65-053.9(467.1) Depósito Legal B.4088-00
Traducido al castellano por cortesía de www.inforesidencias.com

Índice

	Pág.
Introducción-----	3
1. Sugerencias y reclamaciones-----	5
2. Protocolos-----	9
3. Reuniones del equipo Interdisciplinario-----	12
4. Planes de atención individualizada interdisciplinaria---	15
5. Formación en el proceso de la muerte-----	18
6. Formación continuada-----	21
7. Persona de referencia del residente-----	24
8. Normas de confidencialidad-----	25
9. Dossier y documental-----	29
10. Tratamiento farmacológico-----	32

Introducción

El Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS) tiene como una de sus principales líneas estratégicas la mejora de la calidad de los servicios.

Desde el año 1998 se han llevado a cabo Evaluaciones externas de calidad de centros concertados, colaboradores y propios del ICASS, con el objetivo de garantizar una oferta de servicios adecuada a las necesidades y expectativas de los ciudadanos mediante un proceso participativo y consensuado entre ICASS, centros proveedores de servicios y profesionales, todo ello con el fin de promover objetivos comunes de mejora de la calidad.

En el análisis de los resultados de las evaluaciones se han detectado diferentes posibilidades de mejora, llevando esto a la constitución de un grupo de trabajo sobre mejoras de calidad del sector.

Este grupo, formado por profesionales de reconocido prestigio, se planteó como objetivo final elaborar una serie de recomendaciones que facilitasen las actuaciones de mejora a llevar a cabo en las residencias asistidas para personas mayores. Estas recomendaciones han recibido el soporte metodológico y técnico de la Fundación Avedis Donabedian.

La metodología utilizada ha sido la determinación de los puntos de actuación con posibilidades de mejora y la prioridad de los aspectos con más posibilidades de impacto en los centros. El proyecto final contiene un total de diez recomendaciones, sobre:

- Sugerencias y reclamaciones
- Protocolos
- Reuniones del equipo interdisciplinario
- Plan de atención individualizado interdisciplinario
- Formación en el proceso de muerte
- Persona de referencia del residente
- Normas de confidencialidad
- Dossier documental
- Tratamiento farmacológico

Las diferentes recomendaciones pretenden servir de guía de trabajo para todas las entidades que quieran utilizar y recoger la experiencia de los autores en diferentes campos.

Cada recomendación contiene especificados diferentes apartados, que sirven de guía para la puesta en funcionamiento, en cada centro, del tema específico de que se trata.

Las recomendaciones se presentan en un formato único a fin de facilitar su uso. En cada una de las recomendaciones se encuentran los apartados siguientes:

- **Justificación:** breve explicación de los motivos e importancia del tema. Por qué se trata y qué implicación directa tiene en la atención al residente.
- **Aspectos legales/ referentes normativos:** explicar algún aspecto legal/ referente normativo que refuerce la importancia del tema.
- **Documentación mínima:** documentos mínimos que a den constar.
- **Qué:** En qué tiene que consistir, actuación de los profesionales....
- **Cuándo:** Cuándo se a de hacer, en que momento...
- **Cómo:** cómo ha de constar traducido, hecho...
- **Quién:** quién lo a de hacer, diferentes posibilidades que existen...
- **Propuesta:** nuevos documentos, guiones, sistema de obtención de información...

Estas recomendaciones fueron presentadas, en primer lugar, en forma de ficha que el centro podría incluir en sus libros de protocolo, y, actualmente, se recogen en esta publicación para facilitar la difusión.

Sugerencias y Reclamaciones

Justificación

Para la mejora de la satisfacción de los residentes y sus familiares, el centro debería tener establecido un sistema de recepción, seguimiento y resolución de las sugerencias y las reclamaciones, de tal manera que pueda quedar en constancia escrita del motivo y también de las actuaciones tomadas para solucionar el problema.

De esta manera es propicia la generación de ideas y sugerencias por parte de los residentes y de sus familiares y se fomenta la predisposición receptiva de los profesionales, así como la visión positiva de la sugerencia y la reclamación, como herramientas de mejora en el centro.

Aspectos legales

En el decreto 284/1996¹, queda legislado que las personas mayores que viven en residencias tiene derecho a presentar sugerencias o reclamaciones sobre el funcionamiento del establecimiento.

Documentación mínima

- Hoja de reclamaciones
- Buzón de sugerencias
- Registro interno para sugerencias/ reclamaciones verbales.

Qué

Explicación por escrito del sistema de actuación, es decir, de cómo se hará la gestión del tema.

Cuándo

- Recogida de las sugerencias o las reclamaciones en cualquier momento o tener establecida la periodicidad del buzón.
- Inicio de la gestión si es posible el mismo día.
- Análisis de la sugerencia o de la reclamación, a criterio de la dirección, como mínimo una vez al mes.

¹ Nota de Inforesidencias.com: Este punto contiene un pequeño error. La obligación que se contiene en el artículo 18.9 del Decreto 284/1996 modificado por el 176/2000 (que se puede encontrar en el capítulo de reglamentación de www.inforesidencias.com) no aparece como un derecho a presentar reclamaciones sino como una obligación del titular de la residencia de tener a disposición de los residentes unas hojas de reclamaciones. En la Orden de convocatoria de centros colaboradores (punto 3.1b) se repite la obligación y además aparece como obligación del director (punto 5.3) la de responder por escrito las sugerencias de familiares y residentes y cómo derecho (punto 8.3.i) el presentar sugerencias y reclamaciones.

Cómo

La dirección del centro, o el responsable asignado, hará una primera valoración de las sugerencias/reclamaciones y las clasificará por orden de urgencia. A causa de la diversidad de reclamaciones y sugerencias que se pueden producir es difícil establecer una metodología específica para cada caso; por lo tanto, se deberían determinar unas líneas de actuación genéricas que sirvan para facilitar y guiar el proceso de actuación, pero que siempre se adapten al caso concreto.

Ante una sugerencia/ reclamación se debería activar el sistema de gestión propia de cada centro y la dirección debería tener conocimiento de forma diaria. Se debería dar respuesta a la sugerencia/ reclamación lo más pronto posible en un plazo máximo de un mes. Cada centro determina si la respuesta tiene que ser por escrito en el caso de las sugerencias²; ahora bien, siempre en el caso de reclamaciones se debería utilizar una hoja identificativa del centro.

Todos los profesionales que trabajan el centro son una posible vía de entrada de sugerencias y reclamaciones verbales. Por este motivo es necesario que sean conocedores del registro establecido al centro para recoger la información.

Una vez registrada la sugerencia o reclamación se hará llegar al responsable de sugerencias y reclamaciones, en la periodicidad establecida en el centro.

Quién

- Es necesario determinar una persona responsable del tema con una visión global del centro, designado por la dirección, esta función podría ser asumida por el/la propio/a director/a.
- La información (número de reclamaciones, temas, etc...) y las propuestas de mejora se presentarán de forma conjunta, con representación de todos los profesionales del centro.

Propuesta de obtención de información

Información procedente de encuestas: Todas aquellas observaciones o respuestas abiertas que se obtengan de los diversos controles de calidad o entrevistas llevadas a cabo en el centro y que supongan un manifiesto de queja o sugerencia, serán en registradas como tales en el modelo de estandarización del cual dispone el centro.

Comité del residente: Debería establecerse una dinámica de reuniones con residentes voluntarios, con el fin de que puedan manifestar sus quejas así como las posibles vías de solución que ellos encuentren más satisfactorias. El/la trabajador/a social se encarga de registrarlas y de efectuar un primer

² Nota de inforesidencias.com: Atención a la normativa, el punto 5.3f de la convocatoria de centros colaboradores 2003, obliga a dar respuesta escrita a quejas y sugerencias.

filtrado; también enviará una copia a la persona responsable de la gestión de sugerencias/ reclamaciones y a la dirección.

Consejo asesor: Debería existir un consejo asesor y de seguimiento así como un órgano de participación, con una composición y unas funciones específicas (Decreto 108/1998, del 12 de mayo).

Protocolos

los residentes, ya que sistematizan la metodología del trabajo y evitan la
precisa y detallada de las actuaciones profesionales en favor de los usuarios.
es la mejor manera de hacer las cosas y ayuda a la integración del equipo en
información para el personal de nueva incorporación.

Referentes Normativos

En la orden del 21 de enero de 1999 (o en la orden que la sustituya) de
residencial para la gente grande, se hace referencia al hecho que habrán de
disponer de los protocolos adecuados, comprobados por e
funcionamiento, que deberán de recoger la práctica diaria y real del
establecimiento ,.

Protocolos Mínimos

- Alimentación	- Higiene del centro	- Asistencia espiritual
- Acogida	- Incontinencia	- Lavandería
- Emergencia sanitaria	- Lesiones po	
Higiene del residente	Caídas	

haber sido elaborado, o antes si se observa que no se cumplen del todo.
vigencia máxima de 5 años
posteriormente los miembros que lo han elaborado revisarán el contenido.

Cómo

Antes delaborar un protocolo se recomienda hacer una búsqueda bibliográfica

aborar un protocolo.

En el año 2003 ha sido la Orden BEF/108/2003, de 6 de marzo publicada en el DOGC 3844. En esta Orden,
aboradores los protocolos de limpieza,
lavandería, alimentación, atención asistencial y acompañamiento de la muerte. El artículo 18.10 del Decreto 284/1996,
e acogida y
adaptación, incontinencias, caídas, contenciones, lesiones por presión, higiene y administración de medicación.

- *Definición:* Se ha de explicar y definir el tema del cual hablamos.
- *Objetivo:* Explicar por qué y con qué finalidad necesitan elaborar estos protocolos. Hacer constar si es de prevención, tratamiento o actuación ante el residente.
- *Población a quien va dirigido:* Ha de constar si es un protocolo aplicable a todos los residentes, o únicamente a algunos (decir cuáles).
- *Profesionales implicados:* Decir que profesionales actuarán con este protocolo.
- *Descripción de la actuación:* Ha de constar qué pasos hay que dar para cumplirlos. Deben estar especificados de forma lógica, es decir, los pasos que se han de seguir tienen que estar descritos por orden (primero habrá que decir qué explicaremos al residente, cuál es el motivo, preparación del residente, material necesario, realización de la labor concreta, material necesario..).
- Recordar que si el protocolo es de prevención se ha de hacer referencia al *sistema que se debe utilizar para detectar* al residente de riesgo (por ejemplo, en protocolos de lesiones por presión, incontinencia...).
- También deben mencionar las medidas de prevención y de tratamiento o actuación de los profesionales.
- Hacer constar de forma explícita quién es el *profesional responsable* en cada etapa del proceso.
- *Observaciones y recomendaciones:* En este apartado se dirá el nivel de cumplimiento deseado, las advertencias, los consejos y las excepciones. También en qué registros⁴ se deben anotar las actividades llevadas a cabo y especificar que se registrará y como.
- *Elaboración:* Se hará constar la fecha de realización, los profesionales que la han elaborado, la vigencia del protocolo, la fecha prevista de

⁴ En el artículo 18.11 del Decreto 284/1996 modificado por el 176/2000 se establecen unos registros mínimos obligatorios de los que debe disponer cada residencia:

a) Registro de residentes con incontinencia de esfínteres y medida o dispositivo idóneo para su correcta atención. b) Registro de residentes con lesiones por presión, con indicación de la causa originaria, el tratamiento, la fecha de aparición y la fecha de curación. c) Registro actualizado de caídas de los residentes, con indicación de las circunstancias o sistemas de prevención de las mismas. d) Registro actualizado de residentes que requieren medidas de contención, con indicación de la medida más idónea para llevarla a cabo, previa prescripción médica, con indicación de la duración y pautas de movilización. e) Registro actualizado de las actividades encaminadas al mantenimiento de la higiene personal de los residentes. f) Registro de medicación que ha de tomar el usuario, con constancia de la persona que la administra. g) Registro del seguimiento de la participación de los usuarios en el programa de actividades donde conste el nombre de los usuarios que participen.

análisis (valoración) del funcionamiento y la firma de la dirección y de quien lo ha elaborado.

- **Fecha de revisión y firma:** La revisión se llevará a cabo en la fecha prevista o antes si se considera necesario. Tanto si hay modificaciones como si no, tendrá que constar que profesionales la han revisado (se recomienda que sean los mismos que la han elaborado), fecha y firma.

Sistema a seguir para **implantar un protocolo**

Difusión escrita del nuevo protocolo a todas las áreas del centro. Explicando el contenido del protocolo a todos los profesionales que en potencia lo pueden utilizar.

Seguimiento de la aplicación del protocolo hasta estar consolidado en el trabajo habitual de los profesionales.

Evaluación del cumplimiento del protocolo a los tres años o antes si se observa que no se cumplen del todo.

Bibliografía: Si se a de utilizar bibliografía para su elaboración, se hará constar al final del protocolo.

Quién

Los protocolos deben estar elaborados por los profesionales involucrados en el proceso, de forma interdisciplinaria, dándoles la formación previa si es necesario.

El contenido debe ser consensuado y aprobado, tanto por todo el equipo como la dirección.

Propuesta

A continuación mostramos una relación de protocolos que pueden ser de utilidad en los centros, para poder ofrecer una atención integral a los residentes.

- Administrador de fármacos	- Actuación delante del dolor	- Actuación delante infecciones (MARSA/ SARM)
- Documentación de registros	- Medidas de aislamiento	- Esterilización de material
- Confidencialidad	- Servicios generales y mantenimiento	- Precauciones universales
- Alta del centro	- Salidas de los residentes	- Lavarse las manos
- Atención asistencial		

CASO PRÁCTICO

Protocolo de prevención y mejora de la incontinencia urinaria

Definición: Se debe explicar y definir de que hablamos. Que queremos decir Cuándo hablamos de incontinencia urinaria. Qué es la incontinencia urinaria.

Objetivo: Se debe explicar por qué y con qué finalidad necesitamos elaborar este protocolo; en este caso diremos: hay un porcentaje elevado de población entre los residentes que sufren el problema, queremos evitar lesiones cutáneas en la zona perianal, reconocer posibles incontinencias reversibles, adecuar a cada residente el método mas idóneo a sus características, etc.

Población a quien va dirigida: En este protocolo incluiremos el 100% de los residentes, tanto los continentes (prevención), como los incontinentes (mejora).

Profesionales implicados: Los profesionales que estarán implicados en este protocolo serán: personal de enfermería, (DUEs y auxiliares/ cuidadores), médico y fisioterapeuta.

Descripción de la actuación: ¿Cómo actuaremos? En primer lugar debemos detectar qué necesidad hay mediante la supervisión y valoración de los hábitos de eliminación; seguiremos con la higiene cuidadosa de los genitales y el mantenimiento de la integridad de la piel de la zona, con una correcta manipulación de los dispositivos utilizados ya sean externos o internos (educación vesical, pañales, ondas vesicales...), cada una de ellas requerirá unas acciones específicas. Ha de constar de forma explícita qué profesional es responsable en cada etapa de este proceso.

Observaciones y recomendaciones: En las observaciones pondremos el nivel de cumplimiento deseado, así como las posibles excepciones en su *aplicación*. También se recordará que se tiene que anotar en el registro del residente (número de micciones, diuresis, características de la micción para prevenir posibles infecciones o nuevos problemas, etc...)

Fecha de elaboración y firma: En el protocolo debe figurar la fecha de finalización y firma para saber cuándo y quién la ha elaborado; se tiene que establecer una periodicidad para su evaluación y revisión.

Fecha de revisión y firma: La revisión se llevará a cabo en la fecha prevista o antes si es necesario. En algunos casos no hará falta hacer modificaciones y en otras se puede consensuar y elaborar incluso un nuevo protocolo. Debe constar la decisión tomada (no hay cambios, los cambios son...) y han de firmar los profesionales que lo han revisado.

Reuniones del equipo interdisciplinario

Justificación

Con la finalidad de dar al residente una atención integral, personalizada y de calidad, es importante que los profesionales de las diferentes disciplinas del centro trabajen en equipo interdisciplinario.

Las actividades del equipo interdisciplinario se basan en la comunicación, con la aportación de información y opiniones de los diferentes profesionales orientadas a un objetivo común, el de ofrecer una asistencia integral y individualizada, con actuaciones diferenciadas y priorizadas de acuerdo con las necesidades de las personas atendidas.

Esto implica para los profesionales, colaboración, apoyo mutuo, interrelación y participación en actividades conjuntas para conseguir los objetivos propuestos, sin dejar de asumir la responsabilidad de estos trabajos. Así como la utilización de unas técnicas e instrumentos de evaluación comunes a todas las disciplinas para poder partir de un lenguaje común.

Qué

Los objetivos de trabajo del equipo interdisciplinario pueden ser:

- Atención integral y individualizada (adecuación de los cuidados a las características de las personas y no en función de los trabajos habituales de cada clase).
- Seguimiento del estado de los residentes y adaptación continuada de atención, según las necesidades.
- Evaluación de los resultados de la atención.
- Unificación de los criterios asistenciales para evitar la variabilidad en la práctica.
- Conocimiento mutuo del trabajo de cada profesional, para potenciar el trabajo en equipo.

Además, el equipo puede establecer líneas de actuación en los campos de la formación, búsqueda, información y educación.

Cuándo

El responsable del centro o coordinador del equipo interdisciplinario programará las reuniones de acuerdo con el nombre de valoraciones, los planes de atención a efectuar y las necesidades de organización y coordinación del centro (se a de recordar que el plan se a de llevar a cabo antes de los 60 días desde el ingreso, y el seguimiento se a de hacer cada 6 meses). Como mínimo se reunirá una vez al mes.

Cómo

La sistemática del trabajo se debe basar en reuniones periódicas de planificación y seguimiento de la atención integral, y también en la valoración

de cuestiones de organización general, se deben evaluar los resultados y proponer las medidas correctoras alientes.

- Reuniones de planificación: valoración completa de cada residente, hecha previamente por cada profesional, teniendo en cuenta los datos bio-psicosociales. Elaboración del Plan de atención personalizado, en el cual se fijen objetivos y acciones. Seguimiento y evaluación del Plan de actuación personalizada.
- Reuniones de organización y coordinación de la atención en general del centro y establecimiento de canales de comunicación entre los profesionales.
-

El marco de las reuniones se hará de acuerdo con los parámetros siguientes:

- Determinar el lugar de la reunión.
- Duración, hora de inicio y hora de finalización.
- Establecer un orden del día.
- Determinar la persona que hará la recogida o recopilación de la información por escrito, a modo de secretario.
- Acordar un conductor de la reunión que haga de moderador.

Se debe tener en cuenta que las decisiones tomadas en el equipo interdisciplinario tienen que tener el compromiso de todos los miembros.

Quién

La composición del equipo interdisciplinario tiene que garantizar que todos los niveles profesionales de atención directa de los cuales disponga el centro (médico, trabajador social, personal de enfermería, cuidador o auxiliar, fisioterapeuta, animador o terapeuta ocupacional, psicólogo...etc) participen y se involucren.

En centros inferiores a 25 plazas se procurará hacer equipo entre los profesionales disponibles, con un mínimo de tres niveles profesionales para llevar a cabo acciones conjuntas de valoración, confección, seguimiento y evaluación del plan de atención personalizada de cada residente.

Documentación

Registro de las actas en que consisten los asistentes, los temas tratados y los acuerdos tomados en las reuniones.

- En lo que concierne a las reuniones de valoración, seguimiento y evaluación del plan de atención, considerando que los acuerdos tomados constan en los planes dichos anteriormente, así como las asignaturas de los profesionales, únicamente se dejará constancia en el registro de actas de los asistentes y las personas valoradas.
- Se recomiendan que el responsable de las actas sea el director del centro. El director del centro puede delegar el cumplimiento de estas actas en algún miembro del equipo.

CASO PRÁCTICO

Acta de la reunión del equipo interdisciplinario

Núm. de acta: 01/200 Lugar: Sala de XXXXXX

Fecha: 16/02/2000 Hora: 10:30 a 13h.

Asistentes:

Medico	Dr. XXX	Trabajador social:	Sra. XXX
Enfermero/a	Sra. XXX	Fisioterapeuta:	Sr. XXX
Auxiliar/ Cuidador/a:	Sr. XXX	Animador:	Sra. XXX
Psicólogo/oga:	Dra. XXX		

Se excusa:

Realización del Plan de atención interdisciplinario individualizado de:

Residentes a quien se aplica el Plan	Fecha de la evaluación prevista
Sr. Josep XXXXX Y XXXXX	Octubre del 2000
Sra. Maria XXXXX Y XXXXX	Septiembre de 2000
Sr. Luis XXXXXX Y XXXXX	Octubre de 2000

Realización de evaluación del Plan de atención interdisciplinaria individualizada de:

Residentes a quien se evalúa el plan	Fecha de la próxima evaluación
Sr. Pau XXXXX Y XXXX	Enero del 2001
Sra. Carmen XXXXX Y XXXXXX	Febrero del 2001
Sra. Rosa M ^a XXXXXX Y X XXXX	Diciembre del 2000

Otros temas tratados

- Se a de definir más en concreto las actividades del día de San Jordi.
Es responsable la Sra. XXX, que informará en la próxima reunión.

Firma del coordinador/a:

--

Plan de atención individualizado interdisciplinario

Justificación

Para conseguir una atención integral y personalizada del residente, el equipo interdisciplinario debe utilizar unas herramientas de apoyo que le llevarán a conseguir un perfil de sus necesidades. El instrumento que permite reflejar, objetivar y plasmar de forma concreta las actividades para prevenir, mantener y mejorar las necesidades detectadas es el Plan de atención individualizada interdisciplinaria.

Este Plan debe definir los objetivos sociales, asistenciales, terapéuticos y rehabilitadores adecuados a cada proceso, así como la asignación de los responsables de las actuaciones.

En el Plan de atención individualizada interdisciplinaria se deben incorporar también aquellas actuaciones, circunstancias, cambios, etc... que suceden en la vida de la persona y que pueden producir alteraciones en el ámbito bio-social.

En esta línea se debe hacer especial hincapié en la posición y participación de la familia, en las visitas y los acompañamientos; tanto las presencias, como las ausencias, así como su colaboración, son elementos que se deben integrar en el Plan de Atención Individualizado Interdisciplinario.

Referentes normativos

En la orden del 21 de Enero de 1999, o en la orden que la sustituya, de convocatoria de establecimientos colaboradores del programa de acogida residencial para personas mayores, se hace referencia al hecho que para la consecución de los objetivos de atención a los residentes, el establecimiento dispondrá de un programa individualizado que incluye diferentes áreas de trabajo⁵.

Qué

El Plan de atención individualizado interdisciplinario tiene que tener:

-Datos genéricos:

- Datos personales del residente

⁵ El artículo 18.12 del Decreto 24/1996 modificado por el 176/2000 establece la obligación de residencias y centros de día de disponer de un programa individualizado para la realización de los objetivos de atención a la persona. En la Orden de convocatoria de centros colaboradores del 2003 esta obligación aparece en el punto 7.2 especificando que el Plan debe contener, como mínimo las áreas de trabajo siguientes: a) Mantenimiento y desarrollo de las actividades de la vida diaria. b) Dieta alimenticia más adecuada o la prescrita por orden médica. c) Cuidado del aspecto físico (personal y del vestido) del residente. d) Actividades semanales dirigidas a la prevención del deterioro psico-físico. e) Actividades en las que participe de forma reglada.

- Fecha de ingreso, fecha de realización del Plan, fecha prevista de Evaluación del plan .
- Identificación de los profesionales que desarrollan el Plan y firma de cada uno.

-Valoración de las áreas relevantes de atención (sociales, funcionales y clínicas).

-Objetivos concretos en el ámbito preventivo, asistencial y educativo, de acuerdo con las necesidades y problemáticas detectadas en la valoración.

-Actividades previstas para conseguir los objetivos, con exactitud de los profesionales o trabajadores responsables de la intervención/ actividad.

-Evaluación periódica de cumplimiento de los objetivos definidos, evaluar la evolución del residente y plantear / proponer las modificaciones que se consideren necesarias.

Cómo

El Plan de cada residente debe ser elaborado de forma interdisciplinaria mediante la aportación de las diferentes valoraciones de los profesionales del equipo.

Las valoraciones sociales, funcionales y clínicas deben ser cumplimentadas, siempre que sea posible, utilizando escalas de valoración validadas.

Cuándo

La valoración completa del residente, por parte de los diferentes profesionales, se recomienda que se haga en menos de 15 días des del ingreso.

La elaboración del Plan interdisciplinario individualizado se a de hacer en menos de 60 días desde el ingreso del residente.

La revisión/ evaluación del Plan es recomendable hacerla como mínimo una vez al año, o siempre antes que requiera una modificación de los objetivos de atención planteados.

Quién

El Plan individualizado debe hacerlo el equipo interdisciplinario del centro. La composición del equipo interdisciplinario consta en la ficha "Reuniones del equipo interdisciplinario"

Propuesta

- Informar del establecimiento del Plan de atención al residente y a la familia, para que puedan colaborar de alguna manera más directa en el proceso.

- Hacer la valoración completa del residente. Es conveniente tener hecha esta valoración, si es posible antes del tiempo fijado (>15 días), y en consecuencia también avanzar en la elaboración del Plan, para garantizar una mejor atención.

- Las escalas de valoración más utilizadas y recomendadas son:
 - Actividades básicas de la vida diaria: Barthel.
 - Capacidades cognitivas: Minimental.
 - Riesgo de pérdida de integridad cutánea: Norton.
 - Movilidad: Tinetti

Formación en el proceso de la muerte

Justificación

La muerte es un suceso frecuente en nuestra área de atención, esto implica que debemos tener bien definidas nuestras actitudes y los objetivos cuándo estemos ante de un enfermo terminal.

El personal que presta servicios en las residencias asistidas de personas mayores deben ser capaces de estar próximos al moribundo y a su entorno, para hacerles compañía, aproximarse a la realidad de la persona identificando cuáles son sus necesidades y respetando su ritmo, es decir, mostrándole que no está solo, escuchándolo, custodiándolo y favoreciendo un clima de bienestar, respeto, confianza, autenticidad y confidencialidad.

El equipo de atención debe disponer de conocimientos y herramientas suficientes para conseguir mejorar el grado de bienestar y confort del residente y de sus familiares ante el impacto emocional que provoca el proceso de la muerte.

Referentes Normativos

En la orden del 21 de enero de 1999, o en el orden que la sustituya, de convocatoria de establecimientos colaboradores del programa de acogida residencial para personas mayores, se hace referencia al hecho que tendrán que disponer y aplicar un programa anual de formación continuada⁶ y actualización en las técnicas de atención a los residentes, para los profesionales del establecimiento, en sus diferentes ámbitos de actuación.

A quién tiene que ir dirigido

A todo el personal de atención directa que ofrece servicios a la residencia asistida a personas mayores.

Cómo se puede hacer la formación

La formación obligada se puede hacer, siempre de forma adaptada a las necesidades del centro, de forma externa e interna, tal y como consta en la ficha de formación continuada.

⁶ Punto 6.8 de la convocatoria de centros colaboradores del año 2003 establece la obligación de disponer de un programa anual de formación continua del personal del centro. El punto 4.4 e obliga a disponer de un protocolo de acompañamiento en la muerte.

Cuándo hay que hacer la formación

Cuándo el personal no disponga de formación específica o se detecten las necesidades de ampliación de conocimientos (nuevas terapias, cuidados, etc...)

Propuesta de contenidos

- Actividades para llevar a cabo, tanto en el ámbito de la persona como del entorno:

Bases de la terapéutica

- 1- Atención integral
- 2- Promoción de autonomía y la dignidad
- 3- El residente y la familia son la unidad a tratar
- 4- Concepción terapéutica activa.
- 5- Importancia del ambiente

Instrumentos básicos

- 1- Control de síntomas
- 2- Apoyo emocional y comunicación
- 3- Trabajo interdisciplinario

- Actuación delante del duelo de familiares y amigos.

Este contenido es el propone la Sociedad Española de Cuidados Paliativos

Documentación

Todo el programa formativo acorde con las recomendaciones de la Ficha de Formación continuada debe estar por escrito.

Derecho de los enfermos terminales

- A ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de su muerte.
- A mantener una esperanza, cualquier esperanza.
- A expresar de manera propia los sentimientos y las emociones por lo que respecta a el acercamiento hacia la muerte.
- A obtener la atención del personal médico y de enfermería, aunque los objetivos de curación han de ser cambiantes persiguiendo el confort.
- A no morir solo
- A ser librado del dolor.
- A recibir una respuesta honesta a cualquier pregunta.
- A no ser engañado
- A recibir ayuda de la familia y para la familia en la aceptación de la muerte.
- A morir en paz y con dignidad.

- A conservar la individualidad y a no ser juzgado por las decisiones propias, que puedan ser contrarias a las creencias de otros.
- A ser cuidado por personas sensibles y competentes, que intenten comprender las necesidades y que sean capaces de dar algunas satisfacciones y de ayudar en la lucha contra la muerte.
- A que el cuerpo sea respetado después de la muerte.

Propuesta de obtención de información

Código deontológico de los diferentes profesionales (médicos, trabajadores sociales, psicólogos, diplomados en enfermería,...)

Ley 9/1998, de 15 de julio, del código de familia.

Artículo 143 del Código Penal de 24 de noviembre de 1995, que hace referencia a la situación legal de la eutanasia⁷.

Kübler-Ross: Sobre la muerte y los moribundos, Barcelona, Grijalbo, 1975.

KOOP CE: los dilemas morales, Barcelona, Alcor, 1992.

Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

Cuidados paliativos. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

⁷ Según el artículo 143 del Código Penal, la eutanasia a petición será castigada con una pena menor, que oscila entre dieciocho meses y tres años de prisión. El texto del artículo 143 es el siguiente:

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

Formación Continuada

Justificación

La formación continuada (FC) es hoy una demanda social extensiva a la mayor parte de las profesiones como herramienta para mejorar la calidad de los servicios, el nivel de autoestima y la motivación personal.

Un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la FC el año 1976 de esta manera: *“La FC es aquella formación que sigue un profesional después de finalizar su formación básica para mejorar su competencia profesional y no pretenden la obtención de una nueva calificación o diploma”*. Es decir, en esta ficha no tratamos de la formación básica necesaria de los profesionales.

Teniendo en cuenta el aumento de la media de edad de los usuarios de las residencias para personas mayores y el deterioro progresivo de las habilidades profesionales, psicológicas y sociales, los conocimientos del personal han de estar constantemente actualizados para evitar las rutinas y para conocer las novedades que facilitan y mejoran la asistencia a personas mayores.

La sociedad es consciente de las necesidades de formación de los trabajadores y procura, mediante el reciclaje periódico, capacitar y perfeccionar el nivel técnico y humano para obtener una mayor calidad de los servicios de los cuales se beneficia. Al mismo tiempo es importante destacar la formación que la sociedad puede recibir por parte de los trabajadores.

Referentes normativos

En la orden del 8 de marzo de 2000, o en la orden que lo sustituya, de convocatoria de establecimientos colaboradores de programas de acogida residencial para personas mayores, se hace referencia al hecho que los establecimientos residenciales tendrán que disponer de un programa anual de formación continuada y actualización de la técnicas de atención a los residentes para que lo puedan aplicar a los profesionales del establecimiento, en sus diferentes ámbitos de actuación.

Qué

Las características que se desean de las actividades de FC tendrían que ser las siguientes:

- Tendrían que basarse en las necesidades y tareas de los trabajadores y del centro.
- Tendrían que utilizar una metodología activa y los avances pedagógicos en la formación de adultos.
- Sería necesario potenciar el autoaprendizaje y la formación en servicio.
- Tendrían que ser secuenciales y progresivas para intentar conseguir la continuidad.

Todo el personal debe tener oportunidades para adquirir los conocimientos, las actitudes y las habilidades que ayuden a mejorar el desarrollo de sus funciones. Esta formación debe estar en consonancia con las tareas que cada uno desarrolla en el centro o relacionada con aquellas que tengan oportunidad de ejercer.

Cómo

La formación del personal se puede efectuar con personal propio o en convenio con centros oficiales o reconocidos. Ésta puede ser hecha mediante cursos, sesiones técnicas, conferencias, pero siempre con una estructura documental concreta.

La estructura documental de cualquier acción del programa formativo del centro a de constar por escrito de:

Título de la acción formativa	Objetivos y contenido
Profesorado	Fecha de realización
Duración	Asistentes del centro

Cuándo

La formación se impartirá, según los casos, dentro o fuera de la jornada laboral. La asistencia del personal será obligatoria cuándo se imparta dentro de un horario laboral.

Quién

La dirección del centro, con la participación de los miembros del equipo interdisciplinario, y si es conveniente con el resto de trabajadores, establecerán el programa formativo de acuerdo con las necesidades de los trabajadores y del centro.

La dirección del centro debe velar para que las horas de formación se distribuyan de la forma más equitativa posible entre todos los trabajadores, teniendo presente que es recomendable que cada uno de ellos haga un mínimo de 10 horas formativas al año.

Propuestas

Es conveniente recoger de forma periódica, mediante un cuestionario a los trabajadores, información sobre sus necesidades formativas de forma individualizada, y así poder hacer una planificación de las acciones formativas.

- Conveniencia de la existencia de material bibliográfico técnico de consulta.
- Conveniencia de suscripción por parte del centro a revistas profesionales.

- Conveniencia de evaluación de los conocimientos adquiridos y su aplicación en el trabajo diario.
- A pesar de que el programa formativo debe estar de acuerdo con las necesidades de los trabajadores y del centro, se consideran temas importantes a tratar los siguientes:
 - o Trabajo en equipo
 - o Asistencia en la etapa terminal (cuidados paliativos, proceso de duelo...)
 - o Demencias
 - o Comunicación y relación de ayuda
 - o Ética profesional
 - o Movilizaciones
 - o ...

Persona de referencia del residente

Justificación

El ingreso de una persona mayor en una residencia supone un cambio importante en su situación; como todo cambio es un factor que genera estrés y angustia ante lo desconocido.

Debemos tener en cuenta que superar esta angustia puede mejorar la adaptación del residente al centro y tendrá consecuencias positivas sobre el equilibrio de salud global.

El equipo de atención de una residencia debe tener unos mecanismos y sistemas de trabajo que garanticen una buena acogida al residente y a su familia, con el fin de promover su adaptación a la nueva situación. Por estos motivos es necesaria una persona de referencia desde el momento del ingreso, tanto como para la familia como para el residente.

Qué

La persona de referencia debe estar a disposición del residente y de su familia, para poder canalizar los aspectos más relevantes que faciliten el máximo bienestar.

Quién

La persona de referencia debe tener una visión global de la organización. Es responsabilidad de cada centro determinar quién es concretamente la persona.

Cuándo

Desde el momento del ingreso se nombrará una persona del centro responsable de esta función. Se debe dejar constancia escrita, en la valoración inicial del residente, del nombre y apellidos de la persona de referencia.

Normas de confidencialidad

Justificación

La palabra confidencialidad se refiere a comunicarse en confidencia, que significa la acción de comunicar a alguien algo que no debe divulgar.

Esta primera premisa hace que los profesionales que trabajan en el centro residencial tengan que salvaguardar la confidencialidad de la información de las personas que atienden.

El hecho que los residentes establezcan una relación de confianza e intimidad con los diferentes profesionales del centro, implica disponer de normas ético-profesionales, es decir, de los principios deontológico, que incluyen normas de práctica sobre la información, tanto oral como escrita.

Garantizar la confidencialidad es un compromiso ético de los profesionales respecto a la intimidad de los residentes.

Aspectos legales⁸

- **El código penal, en los artículos 197 y 199**, hace referencia a la violación del secreto profesional. *El simple acceso a la historia clínica sin autorización es un delito grave, castigado con no menos de dos años de prisión.*
- **El decreto 284/1996, 23 de Julio**, regulación del Servicio Catalán de servicios sociales, hace referencia, entre otros derechos de los usuarios, al “derecho a la intimidad y a la no divulgación de los datos personales que figuran en sus expedientes o historiales”.
- **El orden del 8 de marzo de 2000**, o el orden que la sustituya, de convocatoria de establecimientos colaboradores, hace referencia, entre otros derechos del beneficiario, a “ser respetado por lo que hace a su intimidad” y “mantener privacidad mediante el secreto profesional, de todos esos datos propios que no hacen falta que sean conocidos por el personal o por los demás residentes”⁹.
- **Código ético** de todos los profesionales del equipo interdisciplinario.

⁸ No se menciona en este punto pero, sobre confidencialidad en datos médicos existe una norma estatal (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Boletín Oficial del Estado de 15.11.02) y una autonómica catalana (Ley 21/2000 sobre derechos de información sobre la salud). Ambas se pueden encontrar en el apartado de reglamentación de www.inforesidencias.com .

⁹ Aparece en los punto 7.1 y 8.3 de la orden de convocatoria del 2003.

Documentación mínima

Descripción de las normas ético profesionales del centro, donde consten especificados:

- Las normas sobre la **información oral** del proceso.
- Las normas sobre la **información escrita** del proceso.
- El sistema de **manejo de la información escrita**.

Siempre teniendo en cuenta que todos los miembros del equipo se mantienen dentro de las normas legales anteriormente comentadas sobre el secreto profesional.

Información oral

A quién:

- Se ha de dar al residente.
- A la familia, en caso de presunta incapacidad, o al tutor legal en caso de incapacidad.

Quién:

- El profesional responsable del residente o la persona del equipo que se diseñó.

Cada cuánto/ en qué motivos:

- Siempre que el equipo decida hacer un cambio en el tratamiento o modifique los objetivos terapéuticos.
- Si hay una modificación del estado del residente que requiera hacer acciones no habituales.

Cómo:

- Se debe hacer en un lugar adecuado y con un lenguaje comprensible, que se adapte a la persona a la cual se da la información, ésta debe ser lo más objetiva posible.

Información escrita

A quién:

- Residente o persona delegada(familiar o tutor).
- Otros profesionales que la requieran en caso de otras, traslados, informes legales, etc...

Quién:

- Profesional responsable del área de atención correspondiente.

Cada cuánto:

- En caso de alta, traslado o cuándo el residente o familiar/ tutor lo solicite.

Cómo:

- En lenguaje comprensible. Debe constar el nombre, el apellido, el cargo y la firma del profesional que emite la información.

Cantidad:

- La suficiente para la situación que genera la necesidad.

Manejo de la información escrita*Quién la puede consultar:*

- Todos los miembros del equipo que intervienen en la elaboración y consecución de los objetivos terapéuticos, teniendo en cuenta y conociendo las normas ético legales a las cuales están sometidos para la preservación de los datos del residente (secreto profesional).
- El mismo residente (Ley 14/1986, de abril, general de sanidad, artículo 61)¹⁰.

Cómo se guarda:

- Las personas que intervienen en el tratamiento de datos (personal administrativo, secretaría, telefonistas, recepcionistas...) deben saber que están bajo secreto profesional. La información gráfica o escrita en papel debe ser almacenada en un lugar que no sea de acceso fácil para todos, un lugar reservado y cerrado.
- Tratamiento informatizado, si se dispone, con medidas técnicas y organizativas que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración o pérdida, con tratamiento o acceso no autorizado¹¹.

Recomendaciones

- Se debe tener presente la importancia y los casos en que se hace necesario el consentimiento informado.
- Tener información/ formación de cómo dar malas noticias.
- Para más información, ver la ficha de dossier documental.

¹⁰ Ver la Ley 41/2002

¹¹ Sobre este punto hay que tener en cuenta la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD)

Quién ha de escribirlo

- Todos los miembros del equipo determinados por el centro que tengan que modificar o añadir datos necesarios para la consecución de los objetivos terapéuticos o de seguridad del residente.

Bibliografía

- *Códigos de ética de los diferentes profesionales.*
- GÓMEZ SANCHO, Marcos: *Como dar malas noticias en medicina*, Madrid, Grupo Aula Médicos, SA, 1996.

Dossier Documental

Justificación

En el trabajo asistencial con personas mayores es necesario un conocimiento integral de las características y necesidades de la persona, para poder así planificar los objetivos de atención, programar las intervenciones necesarias para alcanzar los objetivos, hacer un seguimiento de su evolución y evaluar la atención que se ha ofrecido.

Para facilitar esta tarea interdisciplinaria y garantizar la continuidad y seguridad de la prestación del servicio, se debe disponer de unos documentos de información de todos los profesionales del equipo.

Es necesario disponer de un dossier documental (historia de asistencia, historia del residente...) del que formen parte un conjunto de documentos que den el soporte necesario y faciliten el trabajo del equipo interdisciplinario.

Referentes normativos

El decreto 284/ 1996, de 23 de julio, ha afirmado el hecho que los establecimientos tendrán que disponer de un expediente asistencial donde consten los datos de identificación del residente y familiares, y la prescripción médica farmacéutica.¹²

En la orden de 8 de marzo de 2000, o en la orden que la sustituya, de convocatoria de establecimiento colaboradores del programa de apoyo al acogimiento residencial, se hace referencia al hecho de que habrán de disponer de un expediente asistencial para cada residente, permanentemente actualizado.

Qué

El dossier documental debe disponer de los documentos siguientes:

Datos genéricos:

- Datos personales del residente y familiar de referencia.
- Fecha de ingreso
- Persona de referencia (ver la ficha correspondiente).
- Registros de la valoración inicial hecha por los profesionales de cada área de atención:
- Clínica: informe médico, historia clínica y prescripción medio terapéutica¹³.
- Social: informe social interno

¹² Artículo 18 del Decreto 284/1996 modificado por el 176/2000

¹³ Para cumplir estrictamente el Decreto 284/1996 (modificado) se debería incluir una referencia a la pauta dietética ya que se exige en el artículo 20.4 c).

- Funcional: valoraciones, mediante instrumentos validados, de las actividades de la vida diaria y de las capacidades cognitivas.
- Registro del plan de atención individualizado interdisciplinario y su seguimiento (ver la ficha correspondiente)
- Registros de planificación de las actividades asistenciales, técnicas y tratamientos encaminados a conseguir objetivos.
- Registros de curas y seguimiento interdisciplinario
- Registro de prescripciones médicas o copias de las recetas.
- Registro de control de la administración farmacológica (ver ficha de tratamiento farmacológico)

Cómo

El dossier documental será único para cada residente y para todo el equipo interdisciplinario.

Para facilitar la consulta y almacenaje de la información, cada centro ha de tener determinada cual será el orden de los diferentes registros dentro del dossier.

Se ha de tener presente que cada registro a de estar correctamente identificado como: nombre del residente, identificación del profesional que hacen las anotaciones y fecha de realización de estas.

Cuándo

La documentación que constituye el dossier documental ha de ser elaborada y revisada en diferentes periodos. La recomendaciones son:

- Registros de la valoración inicial: es recomendable hacerlo en menos de una semana des del ingreso.
- Registro del Plan de atención individualizada interdisciplinaria y su seguimiento (observar la ficha correspondiente).
- Registros de seguimiento de la evolución del residente: es recomendable hacer este seguimiento como mínimo una vez al mes.
- Siempre que la situación del residente lo requiera la frecuencia de realización será más alta.

Quién

- El centro debe determinar qué profesional es el responsable de emplear y transcribir cada registro.
- Los profesionales de atención directa tendrán acceso a la historia del residente, siempre teniendo presentes los conceptos de confidencialidad (ver la ficha de normas de confidencialidad).

- El personal estudiante, voluntario y en practicas no se considera personal de atención directa.
- En casos excepcionales, la dirección del centro debe decidir cual será la actuación correcta.

Propuestas

- Todas las anotaciones se deben hacer de forma clara y concisa, para poder facilitar la información a todos los profesionales.
- No es aconsejable el uso de correctores, en caso de error es mejor tacharlo.

Tratamiento Farmacológico

Justificación

La población atendida en los centros residenciales, sufre en general diferentes patologías, asociadas o no a la edad, que implican un tratamiento farmacológico continuado. Este tratamiento requiere un reflejo escrito tanto en lo que respecta a la prescripción como a la planificación y administración de los diferentes fármacos. Todo ello con el fin de garantizar una atención correcta y evitar el riesgo que comportaría una administración incorrecta.

Aunque exista una persona responsable de los medicamentos (DUE), el personal cuidador o auxiliar debe ser conciente de la importancia de la su labor en este apartado de las curas.

Referentes normativos

- Decreto 284/1996¹⁴. Una de las responsabilidades del responsable sanitario de los establecimientos residenciales es la organización y administración correcta de los medicamentos¹⁵.
- La orden de 8 de marzo de 2000, o la orden que la sustituya, de convocatoria de establecimientos colaboradores del Programa de soporte a la acogida residencial para personas mayores, obliga al responsable sanitario a supervisar y controlar todos los procedimientos terapéuticos aplicables a los residentes, así como a la adecuada distribución y manipulación de los medicamentos por parte de los curadores¹⁶.

Documentación

En lo que respecta al tratamiento farmacológico la documentación deseable debe ser:

En la prescripció

- Documento donde consta la identificación del residente, el nombre del medicamento (con vía, dosis, y frecuencia) y la identificación del facultativo que la a prescrito (firma y número de colegiado).
- En caso de ser la receta del médico de cabecera, éstas se deben conservar en el dossier del residente.

En la terapia farmacológica

¹⁴ En el texto original dice Real Decreto, pero se trata de un error, es el Decreto 284/1996 del Sistema Catalán de Servicios Sociales.

¹⁵ Responsabilidad que, según el artículo 20 del Decreto comparte con el director.

¹⁶ Está en el punto 6.1.a de la Orden de convocatoria del 2003.

- El registro de control de la administración farmacológica debe ser individual para cada residente y debe constar de:
 - o identificador del residente
 - o medicación a suministrar (nombre, vía, dosis y frecuencia)
 - o horario de administración
 - o identificación del/a enfermero/a que a planificado la medicación
 - o constancia de que se a administrado con identificación de quien lo a dado
 - o apartado para observaciones, para anotar circunstancias especiales en el proceso de la administración (no se la ha tomado, no ha podido y por qué...)

Cómo

El tratamiento farmacológico tiene que constar por escrito, de forma inteligible, e individualizada para cada residente.

La documentación debe estar ubicada en un lugar resguardado, pero de fácil acceso para el personal que ha de administrar la medicación.

Cuándo

Se tiene que iniciar la documentación, desde el momento del ingreso, Cuándo el residente requiere tratamiento farmacológico.

La actualización del registro de control de la administración farmacológica se debe hacer ante cada nueva prescripción medica, o cualquier cambio de vía, dosis o frecuencia.

Quién

- La prescripción farmacológica es una tarea no transferible del personal médico.
- La planificación del tratamiento farmacológico es una tarea no transferible del personal de enfermería.
- La administración de medicación vía parenteral corresponde al personal de enfermería, y la resta de vías puede ser realizada por el personal auxiliar o curador, por delegación del/a enfermero/a y bajo su responsabilidad. Se ha de tener presente que esta delegación de administración de medicamentos comporta, de forma implícita, la realización de las actuaciones que nos garanticen la administración correcta (identificación del usuario, verificación de los medicamentos a suministrar...)

La responsabilidad final es siempre del/a enfermero/a

Propuestas

Disponer de un sistema de preparación de la medicación individual para cada residente, ya sea mediante monodosis o de preparación semanal.