



FUNDACIÓN C.A. SAN JOSÉ

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023



Versión 21-2-2023

La ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA MAYOR (ACP) orienta hacia una buena praxis donde los y las profesionales de atención directa, además de proteger a las personas y atender sus necesidades diversas, se convierten en "empoderadores" de las personas usuarias. Los y las profesionales se relacionan desde el conocimiento de las historias de vida y desde la escucha, buscando oportunidades y apoyos para que cada persona mayor pueda desarrollar sus capacidades, tener control sobre su vida cotidiana y, en consecuencia, sentirse mejor.

Nuestro personal tiene la obligación de centrar su intervención en los protocolos, adaptándolos desde su profesionalidad y conocimiento a la singularidad y unicidad de la persona mayor, potenciando sus capacidades frente a los déficits.

EQUIPO TÉCNICO

Fátima Villar Puerto	Dirección
Dr. Javier Benítez Rivero	Geriatra, Control de Calidad
Dra. Silvia Bitaubé Cortés	Médico
Dra. Loida Galvín Domínguez	Médico
Inmaculada Páez Gassín	Psicóloga
Isabel Alonso Monje	Trabajadora Social
Silvia Bustillo Gallardo	Trabajadora Social
María José Saborido Rodríguez	Coordinadora de Enfermería
Samuel Ortega González	Fisioterapeuta
María Carmen Garrido Ortiz	Terapeuta Ocupacional
Beatriz Pruaño Fernández	Terapeuta Ocupacional
Juan Manuel García Domínguez	Supervisor de Auxiliares

Índice

Protocolos	Página
Protocolo de Ingreso	4
• Protocolo de Ingreso por Emergencia Social	13
Protocolo de Acogida e Integración	15
Protocolo de Valoración Geriátrica y PAI	16
Protocolo de Actuaciones ante enfermedades infecto- contagiosas	17
Protocolo de Detección y Tratamiento del Deterioro Cognitivo	20
Protocolo de Higiene Personal y Mantenimiento de la imagen e intimidad	22
Protocolo de Ingesta de Alimentos	25
Protocolo de Uso, Utilización y Administración de Medicamentos	26
Protocolo de Atención a la Incontinencia	30
Protocolo de Atención a las Personas Encamadas	32
Protocolo de Contenciones	33
Protocolo de Lesiones por Ulceras por Presión (UPP)	38
Protocolo de Caídas	39
Protocolo de Uso Racional del medicamento	44
Protocolo de Gestión de Urgencias Sanitarias	45
Protocolo de Traslado y Acompañamiento a Centro Asistencial	52
Protocolo de citas médicas	54
Protocolo de Cuidados al final de la vida	56
Protocolo de Defunción	57
Protocolo de Gestión de Reclamaciones y Sugerencias	59
Protocolo frente a situaciones violentas hacia los trabajadores	61
Protocolo en caso de Accidente Laboral	63
Protocolo para la Prevención, detección y actuación ante situaciones de acoso sexual, acoso por razón de sexo	64
Protocolo de Prevención y actuación ante situaciones de discriminación a personas LGTBI	69

PROCOLO DE INGRESO

Objetivo:

1. Establecer canales de comunicación entre residente, familia y Centro
2. Facilitar el ingreso y la adaptación del nuevo residente al Centro

Población a quién va dirigido: A todo nuevo residente

Profesionales implicados:

Equipo multidisciplinar

Descripción de la actuación

ANTES DEL INGRESO

La Trabajadora Social informará a la persona interesada en ingresar o su familia de la documentación necesaria para realizar el ingreso:

- ✓ Documentación General: DNI, Tarjeta Sanitaria, Datos Familiares (fotocopia DNI, teléfonos), póliza de decesos o último recibo, Libreta de ahorros o cuenta bancaria por donde perciba la pensión, certificado de Pensión actualizado, Informe Social, fotocopia Libro Familia en caso de matrimonio, sentencia de Incapacitación y designación de tutor en casos de personas incapacitadas legalmente y Documentación disponible referente a la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de **Dependencia**, comúnmente conocida como "**Ley de Dependencia**".
- ✓ Documentación Sanitaria: Informe del médico de cabecera donde conste el listado de diagnósticos, así como de fármacos que esté tomando con la dosis correspondiente; Situación actual del paciente: tests que tenga realizados: Lobo, Barthel, Lawton-Brody, Norton (toda esta información sale de la Historia de Salud Digital del SAS "DIRAYA"). Informe del médico de cabecera donde conste la radiografía de tórax que tiene que traer; Electrocardiograma. Prueba de Mantoux. Análítica de sangre: Hemograma, fórmula y recuento. Fe, Ferritina, Transferrina. Glucosa, Urea, Úrico, Creatinina, Na, K, Cl, Mg, Ca, P, Fosfatasa alcalina. Vitamina D. Vitamina B12, Ácido Fólico, Colesterol total, HDL, LDL, Triglicéridos. GOT, GPT, GGT. TSH. Proteínas Totales y Albumina. Si es diabético HbA1c, si padece de próstata: PSA. Serología de Lúes, VHB, VHC, VIH Análítica de orina: Sedimento y anormales. Informes de cuantos especialistas tenga de hospital público o privados. Histórico de vacunaciones y específicamente en referencia a vacuna COVID-19, Gripe, Neumococo.

1. Departamento de Trabajo Social.

a) Al tener conocimiento de la persona que va a ingresar, la Trabajadora Social iniciará las siguientes acciones:

- Ponerse en contacto con la persona mayor.

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

· Ponerse en contacto con sus familiares o tutor legal, en caso de residente incapacitado, deberán entregar la sentencia y si esta no autoriza el ingreso, el tutor deberá solicitar autorización a Fiscalía.

· Concretar una visita de la persona mayor y familiares a nuestras instalaciones.

· Pedir recopilación de los informes médicos, tratamientos, vacunas, analíticas, cualquier información que se posean sobre el interesado.

· Estimular a traer algunos recuerdos personales significativos para la persona mayor: fotografías, etc., Tv si desea de un máximo de 32" y con soporte de pared, todo deberá venir marcado y registrarse en el inventario de ingreso en Resiplus/General/Enseres.

b) Ampliar el conocimiento sobre si existen otras fuentes de información sobre la situación real del nuevo residente.

c) Con los datos recopilados elaborará un Informe Social donde consten:

· Los antecedentes personales, familiares y sociales de la persona mayor: nivel de estudios, trabajos que desarrolló, lugares donde vivió, aficiones, acontecimientos familiares...

· Datos personales y situación actual

· Centro o lugar de donde procede

· Motivo del ingreso

d) En la redacción del informe se tendrá en cuenta señalar el estado físico y psíquico que se haya percibido en el solicitante en estos contactos previos, valorando, así mismo, la capacidad para la realización de las tareas diarias.

e) Concertar y programar el día y la hora de ingreso con la persona mayor, su familia o las personas responsables (10:30h, de lunes a viernes).

f) Comunicar a todos los departamentos o unidades del centro que se tienen que hacer cargo del nuevo residente, al menos, tres días antes, siempre que sea posible, por medio de la entrega del informe elaborado, todos los datos recopilados y día y hora del ingreso previsto.

g) Finalmente, la responsable de servicios generales se preocupará de adquirir y tener preparadas las marcas para la ropa del nuevo residente y supervisará que las pertenencias vengán correctamente marcadas de su domicilio, así como realizará el inventario detallado de todas las pertenencias que trae el nuevo residente, y lo dejará anotado en Resiplus.

2. Los distintos departamentos del Centro

a) Todos estarán preparados, previa lectura del informe presentado por la Trabajadora Social, a brindar una adecuada acogida al nuevo residente.

b) La Coordinadora de Enfermería y/o el Supervisor de Auxiliares, o en su ausencia el enfermero, informará al personal de planta de la llegada del nuevo ingreso y de los datos que considere oportunos para la adecuada acogida.

3. Supervisor/a:

a) Comprobará que la habitación esté preparada: cama hecha, toallas en su lugar, jabón para la higiene, gel hidroalcohólico, útiles ordenados y en buen estado, habiendo realizado la comprobación en la lista específica de elementos de la dotación de la habitación: repisa, silla, butaca, timbre de alarma, lámpara de mesa, cama etc.

b) Informar al auxiliar de referencia del Sector de la habitación, mesa de comedor... del nuevo residente, así como todo lo referente a su atención (prótesis dentales, gafas, audífonos, bastón, andador, silla de rueda...)

c) Colocación de las indicaciones básicas de cuidados en la habitación (corchos). Actualización semanal de los mismos.

4. Auxiliar de Referencia del Sector

a) Informará al residente que corresponda que va a tener un nuevo compañero de habitación.

b) Elegirá a alguno de los residentes más veteranos, si puede ser el compañero de habitación, para que se ocupe de acompañar e introducir al recién llegado en la dinámica de la residencia, durante los primeros días.

MOMENTO DEL INGRESO

Departamento de Trabajo Social

a) Recibirá al recién llegado en la entrada de la residencia, se lo presentará a la directora.

b) Les invitará a que pasen a su despacho para completar datos, recibir los informes Médicos anteriores y conversar con el residente y sus acompañantes, según oportunidad, siempre que la situación sanitaria lo permita, en caso de existir algún riesgo sanitario solo accederá al centro un familiar para realizar el ingreso junto al nuevo residente.

c) En este momento, se cumplimentará los datos sociales: datos personales, teléfono de contacto de los familiares. Se recogerá el D.N.I. y la tarjeta sanitaria. Se escaneará y se guarda en el lugar predeterminado de la Historio Sociosanitaria del residente en Resiplus: General/Documentos.

d) La Trabajadora Social se pondrá en comunicación con el enfermero para informarle de la llegada del nuevo residente, le salude y juntos lo acompañen al despacho médico para proceder al ingreso.

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

Tras la valoración inicial médica y de enfermería será valorado por la psicóloga y terapeuta ocupacional. Todas las valoraciones serán registradas en Resiplus en el mismo momento del ingreso.

- e) En el caso de que la persona mayor "presunto incapaz" no aporte la Resolución de Incapacidad autorizando el ingreso, se comunicará a fiscalía dicho ingreso, para su ratificación dentro del plazo de 24 horas posteriores al mismo, en el plazo máximo de 72 horas. En todo momento se seguirá la legislación vigente aplicable.

Una vez finalizado el ingreso el supervisor de auxiliares acompañara a la residente a la planta.

INTRODUCCIÓN EN LA PLANTA

- a) Una vez en la planta, el supervisor presentará al nuevo residente al Auxiliar de Referencia que presentará a todo el personal: auxiliares, limpiadora, mantenimiento, terapeutas..., informándole de sus nombres, funciones y localización.
- b) El Auxiliar de Referencia hará las presentaciones oportunas entre el recién llegado y los compañeros de habitación, de mesa y de planta.
- c) Tras acompañar al nuevo residente a su habitación, y enseñarle las instalaciones de la misma, la responsable de servicio generales o uno de los/as auxiliares, junto con la familia, colocará la ropa en el armario, realizando el inventario de todas las pertenencias que traiga en nuevo residente, así como su estado de conservación, durante esta tarea tendrá en cuenta las carencias que puede presentar el vestuario del nuevo residente, para comunicarlo inmediatamente a la Trabajadora Social.
- d) La Terapeuta Ocupacional colocará el rotulo con el nombre del nuevo residente en la entrada de la habitación.
- e) La Coordinadora de Enfermería acompañará al médico en la Valoración Geriátrica Integral del nuevo residente.

a) Unidad médica Geriátrica

1) El médico, acompañado de la Coordinador de Enfermería, y el nuevo residente con su familiar o acompañantes, según determine el facultativo, realizará a la mayor brevedad posible, una Valoración Geriátrica Integral, entre cuyos datos recabará la siguiente información para la historia clínica:

- De la esfera Biológica: Antecedentes familiares, personales, Alergias y contraindicaciones. Patología actual. Realizará una valoración por órganos y aparatos, y realizará una exploración física completa, y especialmente de los niveles de continencia. Recabará la historia farmacológica, antecedentes de caídas, ritmo de vida que estaba llevando el nuevo residente, así como de los elementos de prótesis u ortésis que tenga, realizará una valoración nutricional e

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

indicará el tipo de dieta que le corresponda. Así mismo, valorará las pruebas complementarias: electrocardiograma, analítica de sangre y orina, constantes vitales, determinará los Síndromes Geriátricos detectados, e indicará los juicios clínicos que considere y las pautas de tratamiento pertinentes: Régimen de vida, dieta, fármacos. Nombre, dosis y posología, controles que precisa por parte de enfermería, y acciones por otros profesionales del ámbito sanitario.

Toda esta acción se realizará en el sistema informático de gestión de la residencia RESIPLUS, donde, además, se procederá a la cumplimentación del epígrafe: Asistente de ingreso y valoración.

2) El Médico responsable presentará la Valoración Geriátrica en la reunión interdisciplinar de la semana siguiente.

b) Unidad de Enfermería

a) El enfermero/a se ocuparán de que se atiendan las necesidades del residente según el grado de dependencia en cuanto a:

- o Aseo personal
- o Programación de duchas
- o Grado de incontinencia: pañales, colector, sonda vesical...
- o Sueño: a observar por el turno de noche
- o Programación de curas, sonda vesical, sonda nasogástrica, inyectables,
- o Valorar si necesita barandillas en la cama para preservar su seguridad
- o Revisión de podología, anotándose si precisa nuevas revisiones.
- o Revisión de boca y prótesis dentaria.

b) Complimentará la historia de enfermería.

c) Se le pesará y medirá el primer día y se le tomarán las constantes durante tres días seguidos: Presión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura, saturación de oxígeno, glucemia (ésta última según determine el facultativo).

d) Colocará el nombre, con los adhesivos oportunos o de la forma que se determine, en las carpetas y vasitos de medicación.

e) En la primera reunión interdisciplinar que corresponda se estudiará el caso y se revisará el cumplimiento del seguimiento del protocolo.

f) Todas estas acciones se cumplimentarán en el sistema informático RESIPLUS.

c) Unidad de Psicología

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

- a) La psicóloga recabará la siguiente información para la historia del nuevo residente:
 - ✓ Antecedentes psicopatológicos
 - ✓ Psicopatología actual
 - ✓ Vida anterior al ingreso, aficiones, actividades y ocupación de su tiempo en general.
 - ✓ Aspectos relacionados con el sueño, alimentación, estado de ánimo, etc.
- b) La psicóloga procederá a la valoración psicológica, mediante la aplicación de una batería de tests para conocer el estado cognitivo, conductual y emocional del nuevo residente. Que se realizaran el día del ingreso previo a la valoración Geriátrica por el facultativo.
- c) A partir de esta Valoración Geriátrica Integral, se diseñará el programa de actividades de terapia a las que podrá acudir el nuevo residente.
- d) La psicóloga redactará su informe en el sistema informático RESIPLUS, el mismo día del ingreso.

d) Unidad de Terapia Ocupacional y Fisioterapia

- a) Uno de los terapeutas presentará al nuevo residente la unidad de Terapia Ocupacional y rehabilitación.
- b) Al residente se le hará una valoración del estado de autonomía mediante la Escala de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria, y de Lawton-Brody, para las actividades instrumentales de la vida diaria.
- c) Se diseña el tratamiento a aplicar.
- d) En la primera reunión de interdisciplinar se presentará la valoración sobre el nuevo residente.
- e) Proponerle y animarle a acudir a las terapias y talleres.
- f) La terapeuta redactará su informe en el sistema informático RESIPLUS, a ser posible el mismo día del ingreso.

e) Unidad de Animación.

- a) Informarle de las actividades de ocio y esparcimiento: fiestas, coro, periódico, club, conoce mi pueblo...
- b) Ofrecer la posibilidad de servicio religioso, si procede.
- c) Proponerle las actividades que puede desarrollar y participar.
- d) Integrarle en las actividades de terapias desde el inicio.

INTRODUCCIÓN EN LA RESIDENCIA

1. Unidad de Enfermería.

- a) En el momento que el supervisor acompañe al residente al sector, las personas designadas (un auxiliar y el residente introductor) acompañarán al nuevo residente a que conozca las dependencias de la casa: jardín, salón de actos, gimnasio, capilla, peluquería, despachos, podología, teléfonos, correos...
- b) El supervisor informará asimismo de los horarios y actividades: despertar, levantarse, desayuno, rehabilitación, terapia de grupo, comida, terapia ocupacional, merienda, eucaristía, cena, acostarse, grupos de voluntariado, horario de consultas médicas.
- c) Comunicarle al residente que ante una necesidad médica avise al Auxiliar Referente, que contactará con el enfermero de turno para canalizar su necesidad.

2. Unidad de Animación.

- a) En la primera fiesta o taller después del ingreso se anunciará públicamente la incorporación del nuevo residente.
- b) Informarle de las celebraciones religiosas (según sus creencias) comunitarias: penitencia (adviento, cuaresma), Santa Unción (una vez al año).
- c) Ofrecerle asistencia religiosa personalizada siempre que lo desee, en especial cuando se encuentre encamado o con alto nivel de dependencia. La auxiliar informará a la Trabajadora Social si el residente desee o no asistencia religiosa.
- d) Se le darán al voluntariado/a la información y criterios a tener presentes en la relación con el nuevo residente. Los voluntarios hablarán con el psicólogo, terapeuta, médico y enfermero de planta para recibir más información y pautas sobre el nuevo residente.
- e) Dada las circunstancias peculiares, como las de la pandemia por COVID-19, todos los ingresos, y los que determine la autoridad Sanitaria, tendrán que hacer una cuarentena de 14 días en asilamiento preventivo y seguimiento proactivo por parte del equipo médico-enfermero.

RESUMEN DEL PROTOCOLO DE INGRESO

1. Durante la primera semana, se hará un seguimiento especial del residente recién ingresado para ayudarlo en su adaptación. El día del ingreso, todos los profesionales valorarán al residente con la finalidad de que a la mayor brevedad posible se realice la VGI completa.
2. La Trabajadora Social le visitará durante esta primera semana, para que la acogida y adaptación sea lo menos dolorosa posible y determinadas necesidades sean inmediatamente atendidas y registrando el Resiplus las incidencias.

TRABAJADOR SOCIAL

a) Antes del ingreso:

- 1) **Contactar** con el residente y/o familiares
- 2) Pedir toda la información médica, recordarle que tiene que traer la medicación que tome
- 3) Solicitar Resolución de Incapacidad, si procede.
- 3) Distribuir **informe básico social tres días antes** del ingreso.
- 4) Pedir **marcas de ropa**

b) Al ingresar:

- 5) Ingresar a partir de las **10:30 h**, de lunes a viernes.
- 6) Presentar a **Recepción** el nuevo residente y familia. Presentarle a la Dirección.
- 7) Cumplimentar la **historia social en sistema informático RESIPLUS**.
- 8) Presentárselo al médico y coordinadora de enfermería, a la que entregará **la tarjeta sanitaria**.
- 9) En caso de un "presunto incapaz" comunicar a fiscalía para su ratificación.
- 10) **Visitarle** en planta diariamente durante los primeros días.
- 11) Programarle para la **primera Reunión Interdisciplinar**.

ENFERMERIA:

b) Al ingresar:

1. Valorar las **necesidades en las A.B.V.D.**, sueño, barandillas.
2. Revisión de **podología**.
3. Cumplimentar la **historia de enfermería en el sistema informático RESIPLUS**.
4. Tomar las **constantes al ingreso y** durante 3 días y según determine el facultativo.
5. Programarle para la **primera Reunión Interdisciplinar**.

SUPERVISOR/A

a) Antes del ingreso:

1. **Informar** al personal de la planta del nuevo ingreso.
2. **Comprobar la habitación**.
3. Informar a los auxiliares sobre el ingreso.

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

4. Colocar en el corcho de la cabecera de la cama la información básica.
5. Programarle para la primera Reunión Interdisciplinar.

b) Al ingresar:

5. Programar **aseo y ducha**.

AUXILIAR DE REFERENCIA DEL SECTOR

a) Antes del ingreso:

1. Informar **al compañero de habitación**.
2. Designar al **residente introductor**

b) Al ingresar:

1. **Presentarle a todo el personal** de la planta.
2. Presentarle al **compañero de habitación, mesa y planta**.
3. Comprobar que la **ropa esté marcada**.
4. Por la tarde el auxiliar y el residente introductores le **enseñarán la residencia** y le informarán de los **horarios y prestaciones**.

MÉDICO-GERIATRA

- 1) Entrevista clínica con la familia.
- 2) Realizar la Valoración Geriátrica Integral. Detección de Síndromes Geriátricos, Exploración física.
- 3) Valoración de pruebas complementarias: Electrocardiograma, Analítica, histórico de vacunas, etc. y de los informes hospitalarios, que tuviese, que aporta en el ingreso.
- 4) Notificar el tratamiento a enfermería, al Centro de Salud y a la Farmacia asignada.
- 5) Hacer petición de rehabilitación o de cualquier otra actividad a cualquier miembro del Equipo Técnico.
- 6) Todas las actuaciones médicas se realizarán en el sistema informático RESIPLUS.
- 7) Tras su valoración, si la persona no tiene la capacidad de gobernarse por sí misma, comunicar a la Trabajadora Social la "presunción de incapacidad" para que ejerza las acciones oportunas.
- 8) Programarle para la primera Reunión Interdisciplinar.
- 9) Se comunica al Enfermero de Enlace, asignado por el SAS, el ingreso del nuevo residente

PSICÓLOGA

- 1) Realizar la entrevista personal con valoración psicogeriatría.
- 2) Incluir en un grupo de terapia.
- 3) Programar terapia individual.
- 4) Todas las actuaciones de la psicóloga se realizarán en el sistema informático RESIPLUS.
- 5) Tras su valoración, si la persona no tiene la capacidad de gobernarse por sí misma, comunicar a la Trabajadora Social la "presunción de incapacidad" para que ejerza las acciones oportunas.
- 6) Programarle para la primera Reunión Interdisciplinar.

FISIOTERAPEUTA

- 1) Valorar el estado general, balance articular, muscular, fuerza de prensión, TUG, velocidad de la marcha según criterios de Fried
- 2) Presentarle en el departamento.
- 3) Objetivar tratamiento.
- 4) Valoración en la primera reunión interdisciplinar.
- 5) Proponerle y animarle a acudir a las actividades.
- 6) Verificar el tratamiento que indica el facultativo.
- 7) Todas las actuaciones de los fisioterapeutas se realizarán en el sistema informático RESIPLUS.
- 8) Programarle para la primera Reunión Interdisciplinar

TERAPEUTA OCUPACIONAL

- 1) Valorar el estado de autonomía mediante el análisis de las A.B.V.D. en planta.
- 2) Presentarle en el departamento.
- 3) Objetivar tratamiento.
- 4) Colocar el **nombre en la habitación**, y si lo precisa una foto que le ayude a la orientación. Si la persona sufre un deterioro cognitivo se le colocara una pulsera identificativa en la muñeca.
- 4) Valoración en la primera reunión de A.B.V.D.
- 5) Proponerle y animarle a acudir a las labores.
- 6) Todas las actuaciones de las terapeutas se realizarán en el sistema informático RESIPLUS.
- 7) Programarle para la primera Reunión Interdisciplinar

En los ingresos realizados por **EMERGENCIA SOCIAL**, derivados por Servicios Sociales del Excmo. Ayuntamiento de Jerez se tendrán en cuenta las siguientes salvedades:

- 1- Se comunicará el ingreso por emergencia social a la Dirección del Centro y en su ausencia a la Trabajadora Social, con la mayor antelación posible por parte del profesional de Servicios Sociales Comunitarios.
- 2- El Trabajador Social de referencia, enviara un informe social junto a la documentación necesaria para el ingreso, en dicho informe debe recogerse la necesidad de ingreso en plaza de emergencia social claramente justificada. En el caso de que la persona sea una presunta incapaz, se recogerá en el informe social y se informará al centro, para que prepare la información para la comunicación a Fiscalía de ingreso involuntario.
- 3- La Trabajadora Social de la Fundación, acordara con la familia o, en ausencia de ésta, el profesional de referencia que realiza el ingreso, la fecha y hora del mismo.
- 4- En el momento del ingreso, se entregarán la documentación original solicitada. No se realizan ingresos que no aporten prueba de Mantoux (TBC), Serología de Lúes Completa, VHB, VHC, VIH y PCR de COVID-19(si fuese necesario) e Informe social en el momento del ingreso.

***Si por alguna situación de urgencia extrema no estuviesen estas pruebas en el momento del ingreso, dicho ingreso se realizará en el Sector 3, de enfermería, en habitación de asilamiento preventivo (individual).** En el momento de tener las pruebas y ser negativas el residente pasará a la habitación determinada por el Equipo Técnico, eliminándose todas las medidas preventivas excepcionales tomadas al ingreso. El personal del sector 3, será informado de la indicación médica de aislamiento preventivo, y adoptará las precauciones correspondientes dotándose de los EPIS necesarios ante esta situación. Será supervisado por el coordinador de enfermería y/o enfermero de turno, y por el Supervisor de Auxiliares.

Tras el ingreso se realizará por parte de las Trabajadoras Sociales la solicitud de plaza en Residencia asistida de Personas Mayores (Ley de Dependencia) o recurso que proceda.

5- Durante la estancia temporal de la persona en plaza de emergencia social abonará el 75% de su pensión; entregará documento de compromiso de pago y baja en nuestro Centro, en el momento que le sea concedida plaza pública.

6- En caso de ingreso hospitalario del residente, ausencia de familia que lo visite o acompañe en el Hospital y sea necesario que este acompañado por solicitud del centro hospitalario, la Fundación comunicará a la Delegación de Bienestar Social estas circunstancias para que tome las medidas oportunas.

7- En caso de fallecimiento si el residente no posee póliza de defunción ni familia que se haga cargo del sepelio, éste será a cargo de la Beneficencia del Excmo. Ayuntamiento de Jerez.

Elaboración y vigencia

Fecha realización: enero 2011

Personal que lo ha elaborado/ revisado: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero y Equipo Técnico

Vigencia desde: 1 Julio 2021

Valoración de Funcionamiento: 31 enero 2023

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firmas:

PROTOCOLO DE ACOGIDA E INTEGRACIÓN

Objetivo: Facilitar la adaptación del nuevo residente al centro.

Población a quién va dirigido: A todo nuevo residente.

Profesionales implicados:

El Trabajador Social y todo el personal del Centro, principalmente el Equipo Interdisciplinar.

Descripción de la actuación:

1. Hacer un recorrido por la residencia con el nuevo residente para que conozca el centro, sus instalaciones y su habitación por el supervisor o auxiliar de referencia.
2. Por la Trabajadora Social se formalizar la documentación de ingreso (contrato, dar a conocer el Reglamento de Régimen Interior, informe médico previo al ingreso, etc.).
3. La Trabajadora Social explicara los mecanismos de información a los residentes y de la participación, así como las costumbres de la residencia.
4. El supervisor y las auxiliares de clínica ayudan al residente a instalarse en su habitación con sus pertenencias y enseres.
5. Todo el personal facilitara la adaptación del residente a la nueva situación personal.
6. Seguimiento y valoración del proceso de adaptación durante 3 meses:
 - 6.1 Realizar el PAI estableciendo el Plan de cuidados y objetivos asistenciales en la primera semana, dicha valoración será revisada tras el primer mes de estancia.
 - 6.2 Se mantendrá informada a la familia o persona de referencia por el técnico competente. Si existe buena adaptación se valorará el PAI cuando corresponda, si no existe buena adaptación se reevaluará según las necesidades.

* Se detalla las funciones de cada profesional en el protocolo de ingreso.

Registro: Toda la información será registrada en el sistema informático Resiplus.

Elaboración y vigencia

Fecha realización: diciembre 2010

Personal que lo revisado: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, Inmaculada Páez Gassín, Isabel Alonso Monje, Silvia Bustillo Gallardo, María Carmen Garrido Ortiz. Juan Manuel García Rodríguez.

Vigencia: 1 julio 2021

Valoración de Funcionamiento: 31 enero 2023

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firma:

PROTOCOLO DE VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL y PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL (PAI)

Objetivo:

- ✓ Valoración del residente bio-psico-social y de autonomía en el ingreso y periódicamente durante su estancia.
- ✓ Mejorar la precisión diagnóstica
- ✓ Proveer de información para elaboración del PAI (necesidades, objetivos y actividades)
- ✓ Planificar seguimiento en Actuaciones

Población a quién va dirigido: A todo nuevo residente y a los residentes (mínimo 2 revisiones anuales y siempre que exista una incidencia)

Profesionales implicados:

El Equipo Interdisciplinar

Descripción de la actuación:

- 1- Realizar la VGI (Valoración Geriátrica Inicial) según protocolo de ingresos.
- 2- Dentro de la primera semana de estancia, tras la Valoración Geriátrica realizada en el ingreso, se procederá a la realización del Programa de Atención Individual (PAI) indicando las necesidades, marcando objetivos y planificando actuaciones, e indicando la periodicidad de las sesiones de evaluación del PAI.
- 3- Se fomentará, tanto al residente como al familiar, para que mantengan contacto telefónico lo más asiduamente posible, para que pueda sentir que su familia continúa ligada a él y que nosotros vamos a facilitar, en todo lo posible, a que se mantenga en contacto, también se le ofrecerá la posibilidad de seguir en contacto con sus amigos y vecinos, que pueden venir a verle al centro a pasar un rato con ellos o incluso salir del centro. Estas circunstancias estarán moduladas por la posibilidad de existencia de brote de infección por COVID-19, según la legislación aplicable en cada momento.
- 4- Se mantendrán informados a los familiares del estado general de su familiar ingresado, se mantendrá informada a la familia de las actividades extras que se realicen, charlas, fiestas, actividades...
- 5- Se realizará un estudio de opinión mediante encuesta o entrevista que se facilitará a los residentes, en el caso de residentes sin deterioro cognitivo o deterioro cognitivo leve o a la familia en el caso de residentes con elevado deterioro cognitivo.

6- Cada seis meses se le entregará a cada residente, y en su defecto, si éste está tutorizado, a su tutor legal, el PAI cumplimentado en el sistema informático RESIPLUS.

7- Al año se realizarán dos evaluaciones de los objetivos e intervenciones planificadas, se volverá a hacer un estudio cognitivo, emocional y funcional del residente y se volverán a fijar objetivos con sus correspondientes actuaciones (PAI).

Elaboración y vigencia

Fecha realización: diciembre 2010

Personal que Elaborado/ revisado: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, Dra. Silvia Bitaubé Cortés, Dra. Loida Galvín Gutiérrez, Inmaculada Páez Gassín, Isabel Alonso Monje, Silvia Bustillo Gallardo, María José Saborido Rodríguez, Samuel Ortega González, María Carmen Garrido Ortiz. Juan Manuel García Domínguez.

Vigencia: 1 enero 2012

Valoración de Funcionamiento: 31 Enero 2023

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firma:

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS **(COVID-19, U OTRAS)**

Objetivo:

Prevenir la aparición de brotes de enfermedades infecto contagiosas y derivar los posibles casos al SAS para su tratamiento. (Brote: la aparición de uno caso en residente).

Población a quienes va dirigida: A todos los residentes y trabajadores.

Profesionales implicados:

Directamente: Médico, enfermeros y Auxiliares de Clínica.

Subsidiariamente: El personal de atención directa de los diferentes turnos.

Descripción de la actuación:

1. 1- Prevención y Detección: Para la Prevención de cualquier enfermedad infectocontagiosa es necesaria la:

-Utilización de guantes en la atención directa a los usuarios, la higiene de manos constantemente con gel hidroalcohólico o jabón y en la limpieza y desinfección de las instalaciones según protocolo establecido al respecto.

-La limpieza y desinfección de las instalaciones se realizará de forma diaria con productos desinfectantes intensificando las zonas de uso común, así como aquellos elementos de mayor uso como pasamanos, teléfonos, botonadura de ascensores...

-Utilizar toallas desechables en los baños comunes, así como evitar la utilización de lencería o utillaje (sábanas, toallas, vasos, tensiómetros, glucómetro...) por varios usuarios, sin haber sido anteriormente lavado y desinfectado.

-Lavarse las manos después de cada contacto con cualquier residente y siempre antes de entrar y salir del trabajo.

-No utilizar ropa de calle dentro de las instalaciones, así como depositar los uniformes utilizados en los contenedores ubicados, a tal efecto, en los vestuarios, para el lavado y desinfección por parte de la Fundación.

2. Derivación: Una vez detectada la posibilidad de existencia de una enfermedad infectocontagiosa, el médico debe comunicar urgentemente al Enfermero Gestor de Casos, que se realicen las pruebas pertinentes para su diagnóstico.

En el caso de Covid 19 u otras enfermedades que den origen a un protocolo específico por parte de las autoridades sanitarias, comunicar el posible contagio al Enfermero Gestor de Casos.

Información a Distrito Sanitario de Atención Primaria u Hospital: Cuando se constate la existencia de cualquier enfermedad infecto-contagiosa se debe informar inmediatamente a la epidemióloga Dra. Isabel Román del área de Gestión Sanitaria Jerez Costa Noroeste-Sierra. Desde el Distrito Sanitario se darán las pautas necesarias a seguir para el abordaje del caso (medidas preventivas, tratamiento médico, etc.) con la finalidad de evitar la aparición de un brote.

3. Prescripción médica y tratamiento: El personal del Centro velará por la correcta administración del tratamiento indicado por los facultativos, en caso de que el usuario se niegue, se informará a los facultativos, y se registra la incidencia en el Sistema informático RESIPLUS. En caso de negativa reiterada del usuario, se asilará en zona de Enfermería y comunicará a la Autoridad Sanitaria dicha

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

incidencia; de igual forma, cuando el usuario se negase a la toma de muestras para determinadas pruebas diagnósticas referente a esa enfermedad infecto-contagiosa.

4. Prevención de Contagio: En todo momento el personal que lo atienda deberá utilizar bata desechable, guantes y mascarilla y seguir las pautas indicadas por el médico (pantalla protectora, gafas...).
5. Informar a todo el personal del Centro sobre la existencia de la enfermedad y las medidas necesarias para la prevención del contagio.

Registro: Resiplus y Libros de incidencias.

Elaboración y vigencia:

Fecha realización: noviembre 2014

Personal que lo ha elaborado: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero Dra. Silvia Bitaubé Cortés. Dra. Loida Galvín Domínguez.

Vigencia: 1 julio 2021

Valoración de Funcionamiento: 31 Enero 2023

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firma:

INSTRUCCIONES BÁSICAS DE INMEDIATA DIFUSIÓN ANTE CUALQUIER SOSPECHA DE ENFERMEDAD INFECTO CONTAGIOSA.

INDICACIONES A SEGUIR:

- UTILIZAR UTENSILIOS DE MONOUSO PARA SU ALIMENTACIÓN EN CASO NECESARIO, según indicación médica.
- UTILIZAR GUANTES, BATA, PATUCOS, MASCARILLA Y GORRO PARA ENTRAR EN LA HABITACION (según indicación médica)
- LAVAR LAS MANOS ANTES DE SALIR Y CON UN PAPEL HIGIENICO ABRIR EL POMO DE LA PUERTA PARA SALIR.
- TIRAR TODO EN LA PAPELERA DEL INTERIOR DE LA HABITACION.

*LA ROPA DE CAMA Y PERSONAL, SERÁ RETIRADA EN "BOLSA ROJA" Y LAVADA A PRIMERA HORA DE LA MAÑANA.

*LA HABITACION DEBE SER VENTILADA A DIARIO Y DESINFECTADA.

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL DETERIORO COGNITIVO CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS.

Objetivo:

1. Detectar la presencia de deterioro y/o demencia.
2. Orientar el correcto diagnóstico, gravedad y duración.
3. Valorar y tratar enfermedades asociadas.
4. Ajustar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
5. Realizar seguimiento del proceso y en caso necesario solicitar consulta de otros especialistas (psiquiatría, neurología, radiología...)
6. Prevenir el deterioro cognitivo, mantener las habilidades cognitivas que aún se conservan, ralentizar el proceso de deterioro cognitivo inherente al envejecimiento y/o enfermedad.

Población a quién va dirigido: Residentes del Centro, tanto los que ya pertenecen a él como los de nuevo ingreso, con ausencia de deterioro cognitivo, deterioro cognitivo leve, moderado y moderadamente grave.

Profesionales implicados:

Médico-Geriatra, Psicóloga, Enfermeros, Terapeuta Ocupacional y Auxiliares de Clínica.

Descripción de la actuación:

Residentes de nuevo ingreso

1. El servicio médico será el encargado de realizar el diagnóstico, tratamiento, control de la evolución, seguimiento, interconsultas a hospital y derivación si procede.
2. En el momento del ingreso en el Centro, se realizará por parte de la Psicóloga una valoración cognitiva, conductual y emocional.
3. La Terapeuta Ocupacional procederá a la valoración funcional del nuevo residente.
4. En función de los resultados obtenidos en las pruebas y basándonos fundamentalmente en su nivel de deterioro cognitivo (GDS) así como de las capacidades sensoriales básicas, el nuevo residente será incluido en el grupo/s de terapia/s que mejor se adapten a él.
5. Desde el momento de su incorporación a los grupos de terapia se elabora un programa individualizado de actividades de estimulación.
6. En aquellos casos en los que se detecta un detrimento del estado físico, anímico o cognitivo del residente que participa en cualquiera de las actividades del "Programa General de Estimulación", se le realizará una nueva valoración y en base a los resultados se procederá a reubicarlo en actividades que se adapten a su nueva situación.

Procedimiento:

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

1.- Aquel residente que posea las capacidades cognitivas y sensoriales necesarias para participar en los grupos de terapia será incluido en el Programa General de Estimulación Cognitiva.

2.- Basándonos en los resultados de la evaluación semestral del residente y utilizando como indicador su nivel de deterioro cognitivo GDS, se realizarán los siguientes procedimientos:

PAUTAS EN EL ASEO E HIGIENE:

*El aseo de estos residentes se realizará siguiendo el Protocolo de Higiene Personal y Mantenimiento de la imagen e intimidad recogido en este documento, (pág. 22) procurando conservar la mayor autonomía del residente y siguiendo las indicaciones de la Coordinadora de Enfermería y Terapeuta Ocupacional.

PAUTAS EN ALIMENTACIÓN:

*Seguir el Protocolo de Ingestas de Alimentos recogido en este documento (pág. 25).

PAUTAS EN LA MOVILIDAD:

1. Intentar que la persona camine o haga algún tipo de ejercicio saludable y sencillo.
2. Evitar largas horas sentados en la misma postura.
3. No impedir la marcha y el libre movimiento de la persona.
4. En caso de falta de movilidad realizar cambios posturales cada 2/3 horas, según prescripción médica.

Registros:

Sistema de registro del centro Resiplus.

Cuadro Mensual de Alimentación.

Elaboración y vigencia

Fecha realización: diciembre 2010

Personal que lo ha revisado: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, Dra. Silvia Bitaubé Cortés, Dra. Loida Galvín Domínguez, Inmaculada Páez Gassín, María Carmen Garrido Ortiz.

Vigencia: 1 Julio 2021

Valoración de Funcionamiento: 31 Enero 2023

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firmas:

PROCOLO DE HIGIENE PERSONAL Y MANTENIMIENTO DE LA IMAGEN E INTIMIDAD

La determinación de que un residente permanezca encamando de forma permanente, o tenga ritmo de vida cama-sillón, es tomada por el facultativo, tras su valoración clínico-funcional. Este protocolo se adaptará a la situación del residente y a su nivel de dependencia, priorizando en todo momento, su autonomía, movilidad e independencia.

Objetivo:

1. Mantener una buena higiene del residente.
2. Proporcionar bienestar.
3. Conservar integridad de la piel.
4. Estimular la circulación sanguínea, mantener el tono muscular y la movilidad articular.
5. Prevenir la aparición de Infecciones.
6. Mantener la imagen personal y aspectos favorables de los residentes
7. Preservar la intimidad del residente, respetando su dignidad.

Población a quien va dirigido: A todo de los residentes.

Profesionales Implicados: Coordinadora de Enfermería, Enfermeros/as y Terapeuta Ocupacional Supervisor de Auxiliares, Auxiliares de clínica.

Descripción de la actuación

El programa de Higiene se realizará según Partes de Baños y orden establecido por la Coordinadora de Enfermería y Supervisor de Auxiliares con anterioridad.

Antes de iniciar el aseo:

- Informar al residente de lo que se le va a realizar.
- **Proteger su dignidad e intimidad ante otros residentes y otro personal** que no intervenga en la atención directa. *(puerta de las habitaciones siempre cerradas)*
- Tener en cuenta sus limitaciones funcionales.
- Fomentar su colaboración y autonomía.

I) RESIDENTE INDEPENDIENTE:

En el caso de residentes independientes, las Auxiliares deberán realizar labores de supervisión, solo cuando se detectase alguna carencia o dificultad actuarán para incidir sobre las zonas de difícil acceso: espalda, pies, etc.

II) RESIDENTE SEMIDDEPENDIENTE EN RITMO DE VIDA CAMA-SILLÓN:

Pasos a seguir según valoración y situación física del residente por el auxiliar o auxiliares, dependiendo de la valoración técnica:

1. Preparará lo necesario y lo dispondrá a su alcance
2. Procederá al lavado de manos y colocación de guantes. En caso de enfermedades infecto-contagiosas (COVID-19, u otras) utilizará bata desechable.
3. Lo sentará en la "silla de baño", con ayuda técnica (grúa) si fuese necesario.
4. Potenciar la autonomía del residente y ayudarlo solo cuando sea necesario.
5. Realizarle la higiene diaria (lavado, peinado, afeitado y lavado de dientes o colocación de prótesis dentales previamente higienizadas) según plan de cuidados.
6. Secar la piel con especial atención en los pliegues de la misma e hidratar después. Esta acción se desarrollará con el residente sentado en la cama, de pie o tumbado dependiendo de su situación.
7. Pedicura, manicura, depilación.
8. Poner colonia siguiendo la costumbre del Residente.
9. Vestirlo con ropa limpia según la percepción personal del residente. Revisar que la ropa está perfectamente identificada y en condiciones idóneas según sus preferencias.
10. Colocar el absorbente de orina que tenga indicado según tipo incontinencia, talla y modelo, según indicación del facultativo o enfermero.

Comunicar a enfermería las incidencias ocurridas durante el baño.

III) RESIDENTE DEPENDIENTE ENCAMADO.

Se realizará entre uno o dos trabajadores según indicaciones del equipo técnico por las características del residente.

Respetando las costumbres y la intimidad del Residente se realizará:

1. Preparará lo necesario y lo dispondrá a su alcance
2. Procederá al lavado de manos y colocación de guantes. En caso de enfermedades infecto-contagiosas (COVID-19 u otras) utilizar bata desechable
3. Colocará la cama en posición horizontal.
4. Si antes de comenzar el lavado en cama, se sospecha que la región perianal está sucia, se comenzará el lavado por esta zona.
5. Ofrecer una cuña o botella.
6. Mojar esponja y empezar el baño, lavando cara, orejas, cuello y secar.
7. Descubrir los brazos y la mitad del tronco hasta el pubis
8. Empezar a lavar brazos desde la mano hasta la axila, continuando con la mitad del tronco y secar
9. Proceder de la misma forma con la otra parte del cuerpo.

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

10. Colocar al residente en decúbito lateral derecho e izquierdo, pedir al residente que se gire o bien ayudarle, lavar la espalda y secar totalmente.
11. Inspeccionar la piel meticulosamente.
12. Aplicar crema hidratante.
13. Colocar de nuevo al residente en decúbito supino, si es posible.
14. Colocar la parte superior del pijama.
15. Descubrir las piernas hasta el pubis y lavar desde los muslos hasta los pies, lavar los genitales.
16. Colocar parte inferior del pijama.
17. Realizar la higiene de boca.
18. Acomodar al residente en una postura cómoda y ajustada a sus necesidades, según indicación del médico y/o enfermería.
19. Arreglar la cama, cambiarla o rehacerla.
20. Recoger ropa y material sucio.
21. Comunicar a enfermería las incidencias ocurridas durante el baño.
22. Colocar el absorbente de orina que tenga indicado según: tipo incontinencia, talla y modelo, según indicación del facultativo o enfermero.

Después de cada baño se cambiará de guantes y de bata desechable.

** El auxiliar de tarde será el responsable de la limpieza de todas las prótesis dentales del sector.*

En todas las situaciones, se procurará mantener una correcta higiene del periné para prevenir infecciones urinarias de repetición.

Registros:

Parte de Trabajo de Auxiliares de Baños/Acostar, identificado al trabajador que lo realiza.

Parte Diario de Limpieza de Prótesis.

Elaboración y vigencia:

Fecha realización: diciembre 2010

Personal que lo ha elaborado/ revisado: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, Dra. Silvia Bitaubé Cortés, Dra. Loida Galvín Gutiérrez, María José Saborido Rodríguez, María Carmen Garrido Ortiz, Juan Manuel García Domínguez.

Vigencia: 1 Julio 2021

Valoración de Funcionamiento: 31 Enero 2022

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firmas:

PROTOCOLO DE INGESTA DE ALIMENTOS

Objetivo:

1. Supervisar y apoyar en la ingesta de alimentos y líquidos. El nivel de ayuda depende del grado de dependencia que tiene el residente. Así pues, las tareas habituales son de acompañamiento y observación durante la comida, así previenen posibles atragantamientos, o de apoyo al residente cortando los alimentos. En situaciones de dependencia grave, el equipo de auxiliares da una asistencia completa que incluye dar de comer y beber al residente.
2. Fomentar la autonomía del residente, siempre que sea posible, animándole a que realice por sí mismo las tareas básicas que pueda: coger el cubierto, beber del vaso, pelar, trocear, cortar, llevárselo a la boca, etc.

Población a quien va dirigido: A todos los residentes.

Profesionales Implicados: Médico-Geriatra, Coordinadora de Enfermería, Terapeuta Ocupacional. Auxiliares de Clínica.

Descripción de la actuación:

- 1- Invitar a la persona a lavarse las manos antes y después de la comida.
- 2- Planificar el tiempo necesario que el residente necesita para ingerir la comida en función del grado de dependencia que tenga. Es posible que si el residente presenta problemas de deglución el auxiliar tenga que dar en numerosas ocasiones líquido para facilitar la ingesta.
- 3- Pelar, trocear y cortar alimentos según la situación del residente.
- 4- Facilitar los utensilios necesarios y los productos de apoyo pertinentes. Ponerlos a su alcance y fomentar la autonomía.
- 5- Verificar la temperatura y cantidad de cada porción de alimento.
- 6- Controlar la cantidad de alimentos y líquidos que ingiere durante la comida. Anotando en historia de cada residente, en Resiplus/Enfermería/Ingesta de líquidos/ingesta de sólidos y comunicándolo a enfermería.
- 7- Vigilar al residente para prevenir posibles complicaciones como, por ejemplo: dificultades en la masticación, aparición de tos, vómitos, agitación, atragantamientos, negativas a ingerir comida, etc.
- 8- Estar alerta a los cambios que se produzcan durante las comidas (aumento de la disfagia, negativas sucesivas a la deglución, atragantamientos, etc.) y ponerlo en conocimiento de la Coordinadora de Enfermería para así proceder a la adaptación del menú a las necesidades del residente por prescripción médica.
- 9- Registrar en Resiplus, en Controles, Ingesta de sólidos/líquidos las cantidades ingeridas y las incidencias que se produjeran, e informar a la Coordinadora de Enfermería y Médico-Geriatra.

Registros:

En el sistema informático del centro Resiplus.

Elaboración y vigencia:

Fecha realización: enero 2020

Personal que lo ha revisado: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, Dra. Silvia Bitaubé Cortés, Dra. Loida Galvín Gutiérrez, María José Saborido Rodríguez y María Carmen Garrido Ortiz.

Vigencia: 1 Julio 2021

Valoración de Funcionamiento: 31 Enero 2023

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firmas:

PROTOCOLO DE USO, UTILIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Objetivo:

1. Correcta administración de la medicación prescrita por facultativos.
2. Organizar un sistema seguro de control de la administración de fármacos evitando los errores de administración.
3. Se realizará un control sobre los depósitos, caducidades, medicación de urgencia y de uso especial.

Población a quién va dirigido: A todos los usuarios del centro que necesiten tomar alguna medicación.

Profesionales implicados: Médicos-Geriatra, Coordinadora de Enfermería, Enfermeros, Auxiliares de Clínica.

Descripción de la actuación: Actualmente la administración de medicación se realiza principalmente en sistemas personalizados de dosificación (blíster), los cuales viene preparados semanalmente por la farmacia a la que está asignado cada residente. La medicación aguda, puntual: sobres, gotas, cremas y los jarabes se preparan diariamente por los enfermeros del Centro en el turno de noche preferentemente si así procede.

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

Las auxiliares de clínica son las encargadas de dispensar y vigilar la toma de la medicación a excepción de parches analgésicos y neurológicos que serán administrados por los enfermeros.

Los tratamientos por vía parenteral son administrados por los enfermeros según prescripción facultativa.

ALMACENAMIENTO y CONSERVACIÓN:

EL almacenamiento de los medicamentos se realizará en el Control de Enfermería del Sector 3, en la estantería existente, por orden alfabético al que solo tendrá acceso el Personal Sanitario únicamente, dicho control posee sistema de aire acondicionado lo que evita temperaturas extremas. Aquellos que requieran condiciones especiales de conservación, como son la refrigeración, se colocaran en la nevera existente, para tal fin, en el control de enfermería del Sector 3.

Los fármacos psicotrópos (morfina y derivados) se almacenan en el armario aparte, cerrado con llave, que controlan únicamente los enfermeros. Se hará un registro, dejando constancia de la fecha, nombre del paciente, fármaco, dosis, médico prescriptor, enfermero que lo administra y cantidad de fármaco que queda en stock.

Mensualmente se revisará este inventario por la Coordinadora de Enfermería. La Coordinadora de Enfermería, o enfermero en quien delegue, revisará las caducidades de los medicamentos almacenados y actualizará el inventario (stock).

En los controles de enfermería o comedor de cada sector se encuentran solo los blísteres de los residentes en ellos alojados.

La Coordinadora de Enfermería será la encargada de controlar la medicación almacenada en el Centro.

PREPARACIÓN:

La prescripción se realiza por los médicos del Centro. Actualmente la administración de medicación se realiza principalmente en blíster, los cuales viene preparados semanalmente por la farmacia asignada a cada residente. La medicación aguda, puntual y los jarabes se preparan diariamente por los enfermeros en vasos monodosis rotulados con el nombre del residente y hora de administración.

Las auxiliares de clínica son las encargadas de dispensar, vigilar y asegurar la toma de la medicación por el residente, a excepción de parches analgésicos y neurológicos que serán administrados por los enfermeros.

ADMINISTRACION Y CONTROL:

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

Las auxiliares de clínica serán las responsables de la ingesta de medicación del blíster y que diariamente preparan los enfermeros,

Pautas de Administración:

1. Dar la medicación a las horas que han pautado los facultativos.
2. Dar la medicación que previamente ha preparado la persona responsable.
3. Dar la medicación al usuario mediante el sistema establecido por el centro (plato, vasito, en la mano...).
4. Comprobar que el residente se toma la medicación.
5. En los sectores la medicación nunca se dejará en la mesa ni en ningún lugar en el que tenga acceso los residentes. Se repartirá la medicación durante la comida o tras la misma según indicación facultativa.

Observaciones y recomendaciones

Ha de anotarse en el programa informático de la residencia Resiplus, las actuaciones realizadas por la Enfermera de turno; así como el auxiliar de clínica informará al enfermero de cualquier incidencia que ocurra en la administración de los medicamentos: rechazo de la toma de medicación, pérdida, extravío o caída al suelo de dosis puntuales etc.

Elaboración:

Fecha realización: diciembre 2010

Personal que lo ha elaborado/revisión: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, Dra. Silvia Bitaubé Cortés, Dra. Loida Galvín Gutiérrez, María José Saborido Rodríguez, Juan Manuel García Domínguez.

Vigencia: 1 Julio 2021

Valoración de Funcionamiento: 31 de Enero 2023

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firmas:

PRESCRIPCIÓN MEDICO FARMACÉUTICA (Realizada en Resiplus)

Según el artículo 18.8 del Decreto 284/96, modificado por el Decreto 176/2000, de los Centros Residenciales de Andalucía han de figurar en el expediente asistencial, historia clínica.

Se considera que una prescripción está debidamente cumplimentada cuando hay constancia de:

1. Datos del usuario (nombre, apellidos,)
2. Datos de quién prescribe (nombre, apellidos, número de colegiado y firma) en el supuesto de que no se conserve la copia de la receta del médico de cabecera.
3. Nombre de la medicación prescrita y su composición
4. Dosis
5. Vía
6. Horario
7. Fecha de inicio de la prescripción
8. Fecha de revisión y/o final de la prescripción

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

Según el artículo 18.10 del Decreto 284/96 modificado por el Decreto 176/2000 los Centros Residenciales de Andalucía, han de efectuar un registro de la medicación que ha de tomar el usuario, dejando constancia de la persona que la administra.

Contenido mínimo:

1. Identificación del usuario
2. Medicación que se suministra (dosis, vía...)
3. Calendario (días del 1 al 31) y horario
4. Identificación de quien prepara la medicación
5. Identificación de quién da la medicación indicando la fecha y hora
6. Incidencias (causas por las que no se ha dado la medicación)

La identificación de quién administra la medicación ha de ser con el nombre y apellido y/o firma. No se considerará correcta la identificación solo con el turno de trabajo.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE INCONTINENCIAS

Objetivo:

1. Establecer los pasos a seguir para que los usuarios del centro sean atendidos con actividades de prevención, detección y mejora de las continencias.
2. Aplicar el tratamiento que precise para suprimir o disminuir la incontinencia.
3. Mantener al Residente limpio, seco, evitar lesiones cutáneas y prevenir las infecciones urinarias.
4. Reconocer posibles incontinencias reversibles y tratar a cada residente con el método más idóneo, facilitando las ayudas técnicas que precise, utilizando el absorbente de orina indicado para cada caso.
5. Controlar la cantidad y características de la orina y heces.
6. Proporcionar bienestar y confort.

Población a quién va dirigido: Todos los residentes.

Profesionales implicados: Coordinadora de Enfermería, Supervisor de Auxiliares, Auxiliares de clínica.

Descripción de la actuación:

1. El auxiliar procede al lavado de manos y colocación de guantes desechables.
2. Se respetará siempre la intimidad del residente, explicándole lo que se le va a realizar: en el cambio del pañal, en su higiene, valorando los hábitos de eliminación de cada residente.
3. Desvestir al residente de cintura para abajo y retirar pañal usado.
4. Realizar una higiene correcta de la zona, procurando siempre “de delante hacia atrás” asegurando la correcta limpieza del periné, utilizar cremas protectoras si procede.
5. Colocar pañal nuevo según indicación de enfermería ajustado a tipo de incontinencia, talla y volumen de orina.
6. Eliminación de guantes y lavado de manos.
7. Acompañar al residente a la sala o si está encamado colocarlo en posición cómoda.

En caso de detección por parte de una auxiliar de un residente que presenta pérdidas de orina, lo comunicará a la Coordinadora de Enfermería para proceder a la Valoración de la Incontinencia de novo.

Registros: Programa informático Resiplus: Enfermería/Controles/Diuresis o Deposiciones.

Elaboración y vigencia:

Fecha realización: diciembre 2012

Personal que lo ha elaborado/revisión: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, María José Saborido Rodríguez, Juan Manuel García Domínguez.

Vigencia: 1 Julio 2021

Valoración de Funcionamiento: 1 de febrero 2021

Fecha de revisión: 31 Enero 2023.

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firmas:

REGISTRO DE INCONTINENCIAS

Según el artículo 18.10 del decreto 284/96, modificado por el Decreto 176/2000, los centros residenciales de Andalucía han de disponer de un registro de residentes con incontinencia de esfínteres y la medida tomada o dispositivo idóneo para su correcta atención.

Contenido mínimo:

1. Identificación del usuario
2. Calendario y horario
3. Identificación de quién efectúa el cambio del pañal, de la sonda vesical, del colector, etc., o de quién hace la educación vesical.

Estos conceptos que figuran en el registro de incontinencias son los que recomienda la inspección.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE PERSONAS DEPENDIENTES

ENCAMADAS

Objetivo: Asegurar la correcta atención a las personas mayores dependientes encamadas para higiene, alimentación, movilización y confort.

Población a quién va dirigido: A residentes dependientes encamados.

Profesionales implicados: Coordinadora de Enfermería, Enfermeros, Terapeuta Ocupacional, Supervisor de Auxiliares, Auxiliares de clínica,

Descripción de la actuación:

ASEO

- Se seguirá protocolo de Higiene Personal recogido en este documento (pág. 22)

ALIMENTACIÓN

Posicionara la persona para comer sentado o lo más incorporado posible.

- Se seguirá el protocolo de Ingesta de Alimentos recogido en este documento (pág.25)

MOVILIDAD

1. Revisar diariamente la piel: mantenerla limpia y seca, lavarla con agua tibia y jabón neutro y usar crema hidratante si procede.
2. Vigilar que la ropa de cama se encuentre limpia, seca y sin pliegues.
3. Cambios posturales cada 2/3 horas y registro
4. Colocar Dispositivos especiales que alivien la presión, según prescripción facultativa.
5. Realizar actividad física o fisioterapia de mantenimiento por el fisioterapeuta y por indicación médica.
6. En caso de zonas enrojecidas, grietas o cualquier otra incidencia en la piel avisar a enfermería.

Registros: Programa informático Resiplus,

Elaboración y vigencia:

Fecha realización: diciembre 2012

Personal que lo ha elaborado/revisión: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, María José Saborido Rodríguez, María Carmen Garrido Ortiz, Juan Manuel García Domínguez.

Vigencia: 1 Julio 2021

Valoración de Funcionamiento: 31 de Enero 2023.

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firmas:

PROTOCOLO DE CONTENCIONES

Objetivo:

1. Racionalizar el uso de medidas de sujeción.
2. Garantizar el máximo bienestar del residente.
3. Garantizar la seguridad y respetando su derecho a la libertad y dignidad del residente.
4. Evitar traumatismos y lesiones graves, incluida la muerte, a través de la aplicación de principios éticos y una correcta aceptación de las medidas por el residente y/o tutor legal. Siempre por indicación médica constatada en la historia clínica y limitada en el tiempo.

Población a quienes va dirigida:

1. Residentes cuyas conductas son una amenaza grave para su integridad física o la de terceros.
2. Como parte de un Proceso Terapéutico.

Personal implicado: Médicos-Geriatra, Coordinadora de Enfermería, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Supervisor de Auxiliares y Auxiliares de Clínica.

Descripción de la actuación:

I. Valoración.

Se realizará una valoración individualizada de las necesidades y problemas de cada residente y de la adecuación o inadecuación del establecimiento de medidas de contención. Asimismo, se valorarán posibles alternativas a las sujeciones, como tratamientos no farmacológicos ni físicos, así como, los efectos negativos y positivos que ocasionaría su aplicación. Esta valoración se hará por todo el Equipo Interdisciplinar, hasta reunirse éste, solo los médicos podrán prescribir la aplicación de cualquier tipo de sujeción física o química, dejando constancia de esta necesidad en la historia clínica.

Dicha valoración se realizará cuando las circunstancias del paciente lo permitan. Finalmente, la prescripción la realizarán los médicos.

En los casos en los que finalmente se plantee por el Equipo la sujeción para el residente, se realizará un informe en el que conste:

- Datos personales del residente.
- Motivo de la solicitud: Breve explicación razonada.
- Alternativas adoptadas y fracaso de las mismas (breve explicación). Medidas alternativas: Abordaje verbal, contención verbal y contención química.
- Tipo de contención que se solicita: Ésta debe ser siempre la menos restrictiva de todas las posibles.
- Informes médicos que se aportan (si los hubiera).

II. Aplicación inicial de la sujeción.

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

a) Informar a la persona usuaria o en su caso, representante legal o de hecho (persona allegada) de la medida que se pretende adoptar, de las ventajas, así como de los posibles efectos negativos de su aplicación.

b) Firma por parte de la persona residente o en su caso, representante legal o de hecho (persona allegada) del consentimiento informado o, en su caso, del rechazo a la sujeción (Anexo I).

c) Información al personal trabajador: El personal de atención directa que deba interactuar con la persona residente deberá recibir información lo más pormenorizada posible acerca de las decisiones adoptadas relativas a las sujeciones, concretamente de aquellos apartados que quedarán reflejados en el Plan de Atención Individualizada (P.A.I.).

e) Registro en el Plan de Atención Individualizada (P.A.I.) de la medida adoptada especificando los siguientes aspectos:

1. Sujeción prescrita.
2. Motivación, indicación y objetivos.
3. Grado de sujeción necesario (horas al día en que se le aplicará la sujeción: nocturna/siesta/diurna...).
4. Duración inicial prevista (no superior a una semana).
5. Pauta de control o vigilancia: el personal de atención directa comprobará el estado del residente cada 4 horas (excluidas las horas de sueño) debe comprobarse y registrarse su estado de ánimo, rigideces musculares, temperatura de manos y pies, necesidad de ir al baño, existencia de posturas perjudiciales o compresión de algún miembro o cualquier otra necesidad que se constate e informar cuando sea necesario al enfermero.
6. Medidas complementarias a adoptar para prevenir sufrimiento, complicaciones o deterioro funcional, tales como cambios posturales cada 2/3 horas, realización de ejercicios de fisioterapia pautados, para evitar atrofia, realización de actividades diarias y pautadas de Terapia Ocupacional, si la persona tiene cierta movilidad intentar que camine cada cierto tiempo, friegas en la zona de apoyo de la piel y otras que se estimen necesarias.
7. Medidas alternativas ensayadas y los efectos evidenciados.

f) En el sistema de gestión informática del centro Resiplus se registrará todas las medidas de sujeción aplicadas en el centro (Anexo II).

Transcurrido el periodo inicial de aplicación de la sujeción, este registro será revisado al menos una vez al mes por la comisión de sujeciones.

III Revisión de las sujeciones.

Será necesario fijar las fechas para la evaluación y seguimiento de las sujeciones prescritas o, en su defecto, de las medidas alternativas adoptadas. Esta revisión se realizará al menos una vez al mes y se dejará constancia de la misma en el Plan de Atención Individualizada (P.A.I.) y en Resiplus.

IV. Retirada de sujeciones.

En aquellos casos en los que Equipo Técnico considere pertinente retirar una sujeción, porque las consecuencias de su utilización pueden suponer graves riesgos o inconvenientes para la salud de la persona residente, y la persona que ejerce la tutela o representación de hecho, no se muestra de acuerdo con la retirada de dicha sujeción, se informará al Ministerio Fiscal, al juez, y a la Inspección Provincial de Servicios Sociales, el caso de que se encuentre incapacitada para que dictamine la conveniencia o no de la retirada de dicha sujeción. Hasta el dictamen del juez prevalecerá la orden médica.

V. Formación del personal.

La persona que determine la dirección del Centro, será el encargado de la formación del resto del personal del centro.

Dicha formación será imprescindible para las nuevas incorporaciones y se realizará periódicamente para el resto con el fin de mantener al equipo informado de las actualizaciones y novedades en la materia.

El Centro desarrollara una actividad de Formación anual en el que se prevean actuaciones en dicha materia siempre y cuando persista alguna sujeción en el centro, dado que desde el primer semestre del 2020 nuestro centro está considerado como "Centro Libre de sujeciones".

Registros:

Programa Resiplus /Sujeciones
Consentimiento Informado

Elaboración y vigencia:

Fecha realización: diciembre 2010

Personal que lo ha elaborado/ revisión: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, Dra. Silvia Bitaubé Cortés, Dra. Loida Galvín Gutiérrez, María José Saborido Rodríguez, Samuel Ortega, María Carmen Garrido Ortiz, Juan Manuel García Domínguez.

Vigencia: 1 Julio 2021

Valoración de Funcionamiento: 31 de Enero 2023

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firma:

ANEXO I

Registro de Contenciones

Residente	Sujeción Prescrita	Motivo	Alta	Baja	Facultativo

ANEXO II

Día		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Turno																	
Mañana	F																
	P																
	E/S																
Tarde	F																
	P																
	E/S																
Noche	F																
	P																
	E/S																

VALORACION MENSUAL AUXILIARES:

F: Estado Fisiológico (si se encuentra Bien/Mal físicamente. Entendemos mal si se encuentra con fiebre, zona enrojecida, mareos)

P: Estado Psicológico: (si se encuentra Bien /Mal. Entiendo Mal si se encuentra ansioso, alterado, depresivo, delirando...)

E/S: estado del entorno: si se encuentra Bien /Mal. Entendiendo mal como que o la medida de sujeción o en entono (cama, silla de rueda, butaca, temperatura de la habitación)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. /Dña.....

Con NIF....., en su nombre o en calidad de representante legal de D./Dña.....usuario/a de la Residencia de Personas Mayores Fundación Centro de Acogida "San José".

Ante la **MEDIDA DE CONTENCIÓN** más arriba prescrita, y tras haber recibido la siguiente información adicional:

Riesgos del Uso de Sujeciones:

Lesiones Directas causadas por la propia sujeción:

Dolor y molestias. Neumonía, Litiasis Renal, Reducción del Volumen sanguíneo, Laceraciones, Hematomas, Estrangulamiento, Compresiones en los plexos nerviosos, Lesiones isquémicas, Asfixia, Muerte súbita, Muerte.

II. Lesiones Indirectas por el hecho de estar inmovilizado:

- Aumento de la mortalidad, aumento de las úlceras por presión
- Caídas (mismo número que los no sujetos y estas si se producen son de mayor gravedad en los que llevan sujeciones continuamente)
- Declive del comportamiento social, cognición y movilidad
- Aumento de la desorientación, Incontinencia urinaria y fecal.

OTRAS: Ira, Vergüenza, Depresión, Ansiedad, Apatía, Agitación, Aislamiento

Beneficios derivados de la misma:

.....
(Especificar en el caso concreto).

2. Tratamientos alternativos posibles o ya aplicados y fracasados:

.....(
especificar en el caso concreto).

3. Seguimiento de la medida:

.....
.....

El consentimiento prestado podrá ser revocado libremente, en cualquier momento y por escrito. A estos efectos, se comunicarán los resultados de las distintas revisiones que se realicen de la prescripción de la medida.

CONSIENTO Y AUTORIZO la aplicación de la medida de contención prescrita y en prueba de conformidad firmo el presente documento.

Fecha: .../...../.....

El usuario/a,
(En su defecto de representante legal)

Representante legal,

Familiar

PROCOLO DE LESIONES POR PRESIÓN (UPP)

Objetivo:

1. Prevenir la aparición de las UPP.
2. Curar la lesión producida, recuperando la integridad cutánea.
3. Evitar la aparición de signos y síntomas de infección de la UPP.
4. Mantener la integridad cutánea de la zona no afectada perilesional.
5. Evaluar periódicamente los planes de actuación individualizada (PAI) con estas lesiones.
6. Informar a la familia de la aparición y evolución.

Población a quién va dirigido:

1. Residentes de riesgo: Los que tiene síndrome de inmovilidad, incontinentes, y peor estado nutricional.
2. Residentes con UPP

Profesionales implicados: Médicos, Coordinador de Enfermería, Enfermeros, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacional, Supervisor de Auxiliares, Auxiliares de clínicas

Descripción de la actuación:

1. Detectar al residente de riesgo: Con alteraciones en su movilidad, incontinencias y alteraciones nutritivas.
2. Medidas de prevención: Cambios posturales y Movilizaciones periódicas y constantes, correcta atención e higiene de las incontinencias, dietas hiperproteicas, higiene e hidratación de la piel. Ayudas técnicas para retrasar la aparición (colchón de aire, cojín anti escaras)
3. Detectar la lesión: Revisar el estado de la piel del residente en el momento de la higiene y comunicar los cambios de coloración observados por parte de Auxiliar de Clínica que se lo comunicará a la Coordinadora de Enfermería.
4. Lesión por presión: Tratamiento o actuación de los profesionales (mantener la herida limpia, evitar una infección, colocar cojines, rodillos, toallas), etc.
5. Seguimiento fotográfico semanal.
6. Informa a la familia de la aparición y/o evolución.

Registros: Programa Resiplus/ Curas/ Úlceras

Elaboración y vigencia:

Fecha realización: noviembre 2010

Personal que lo ha elaborado/revisado: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, Dra. Silvia Bitaubé Cortés. Dra. Loida Galvín Domínguez, María José Saborido Rodríguez, Samuel Ortega González, Juan Manuel García Domínguez.

Vigencia: 1 Julio 2021

Valoración de Funcionamiento: 21 de junio 2021

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firmas:

REGISTRO DE LESIONES POR PRESIÓN

Según el artículo 18.10 del Decreto 284/96, modificado por el Decreto 176/2000, los centros residenciales de Andalucía han de disponer de un registro de residentes con lesiones por presión, con indicación de la causa originaria, el tratamiento, la fecha de aparición y la fecha de curación.

Contenido mínimo:

1. Identificación del residente
2. Causa de la lesión
3. El tratamiento (temporalidad de las curas a realizar y horario)
4. Fecha de aparición
5. Identificación del profesional que efectúa cada cura y técnica utilizada
6. Fecha de curación
7. Dibujo o fotografía para localizar la lesión (o localización de la lesión), estos conceptos que figuran en el registro de lesiones por presión son los recomendados por la Inspección.

PROTOCOLO DE CAÍDAS

Objetivo:

1. Prevenir las caídas, identificando y valorando a los residentes que presenten factores de riesgo.
2. Atender a los residentes que han caído.
3. Valoración y modificación de los puntos que generan riesgos en la deambulación y/o movilización.
4. Evitar el uso de contenciones, promoviendo el uso de ayudas técnicas y realizando adaptaciones del entorno.

Población a quién va dirigido:

1. A todos los Residentes.
2. A los Residentes catalogados con riesgo de caídas.
3. Residentes que han sufrido una caída.

Profesionales implicados:

Médicos-Geriatra, Coordinadora de Enfermería, Enfermeros, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Supervisor de Auxiliares, Auxiliares de Clínica,

Descripción de la actuación:

1. Detectar al residente con factores de riesgo (defectos visuales, auditivos, de equilibrio, trastornos en el caminar, inestabilidad, fármacos, estado de los pies, calzado...)
2. Detectar factores de riesgo externos al residente (poca iluminación, mobiliario inadecuado, desorden, suelo resbaladizo, ropa,).

3. En el momento de la Caída:

Avisar inmediatamente al enfermero, por medio de la megafonía indicando: " CÓDIGO 2 en....." El enfermero de turno acudirá de forma urgente y prioritaria al lugar donde se ha producido la caída, valora y determina, así como el facultativo, si se encuentra en el Centro.

4. Tranquilizar al residente.

4.1 El enfermero valorará al residente: estado de consciencia y constantes, el tiempo que permanece en el suelo, las consecuencias inmediatas y, si es necesario, avisa al médico.

4.2 Si procede, se levantará al residente y lo traslado a su habitación o a enfermería.

4.3 Proceder a las intervenciones pertinentes como cura, sutura o inmovilización, vendaje, etc. según la situación.

4.4 Realizar un control exhaustivo del estado general del residente en las 24 horas siguientes por el médico.

4.5 El enfermero, tras evaluar al residente caído, avisará al facultativo para evaluar las lesiones y pautar el tratamiento, en el caso de no encontrarse personal médico en el Centro, el enfermero valorará la necesidad de atención médica inmediata o diferida, según valoración de daños probables o aparentes. Si necesitase valoración inmediata, tarde, noche, festivos, se contactará con el equipo de emergencias (061) para valoración o derivación. En todo caso, será valorado por el facultativo del Centro tan pronto como sea posible.

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

4.6 Derivar al servicio de urgencias del hospital de referencia si procede.

4.7 Se avisa a la familia. En el caso de que el residente o familia (residentes incapacitados) no quieran ser derivados al servicio de urgencia del hospital, deberán cumplimentar el documento de "negativa a envío al hospital" por escrito, donde constara día, hora, y negativa de traslado. Si se encontrase fuera de la localidad, puede enviar un mail a: medico.casanjose@aytojerez.es captura de pantalla al teléfono que se le indique por la enfermera. Si no acude a firmar dicho documento "de negativa de traslado" se derivará al servicio de urgencia del hospital.

4.8 El profesional, o auxiliar que haya observado la caída rellenará el documento "Parte de Caída" en papel, que entregara al enfermero, ambos cumplimentarán dicho documento.

4.9 El enfermero registrará la caída en Resiplus/Caídas.

5. El facultativo valorará al residente caído a la mayor brevedad posible, descartará causas desencadenantes, revisión de fármacos, alteraciones del equilibrio y consecuencias. Indicará actuaciones concretas de fisioterapia, terapia ocupacional y ayudas técnicas si precisará.

MEDIDAS PREVENTIVAS:

1. Cuando una persona sufra una caída, el Auxiliar rellenará el "Parte de caídas" y entregará al enfermero que lo registrará en RESIPLUS y enviara mail por Resiplus a todos Equipo Técnico para general conocimiento.
2. El Coordinador de Enfermería informara en la primera reunión de la valoración de PAI de las caídas sufridas en la semana, valorándose por el equipo la posibilidad de tomar alguna medida preventiva alternativa.
3. El Equipo Técnico: adoptarán medidas concretas de prevención de caídas para patrones conocidos de riesgo razonable, y/o mecanismos para minimizar en lo posible las consecuencias de éstas, dichas medidas serán transmitida por el Supervisor de auxiliares a los auxiliares de clínica.

Registro: Toda la gestión de las caídas se registrará en el programa Informático Resiplus.

Elaboración y vigencia:

Fecha realización: diciembre 2012

Personal que lo ha revisión: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, Dra. Silvia Bitaubé Cortés, Dra. Loida Galvín Gutiérrez, María José Saborido Rodríguez, Samuel Ortega González, María Carmen Garrido Ortiz, Juan Manuel García Domínguez

Vigencia: 1 enero 2013

Valoración de Funcionamiento: 31 de enero 2022

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firmas:

***REGISTRO DE CAIDAS**

Según el artículo 18.10 del Decreto 284/96, modificado por el Decreto 176/2000, los centros residenciales de Andalucía han de disponer de un registro actualizado de caídas de los residentes con indicación de las circunstancias y sistema de prevención de estas.

Contenido mínimo:

1. Nombre del residente
2. Fecha y hora de la caída
3. Lugar
4. Circunstancias
5. Consecuencias
6. Profesional que observa la caída

Estos conceptos que figuran en el registro de caídas son los recomendados por la Inspección de Servicios Sociales.

PARTE DE CAÍDA

Nombre: _____ Fecha _____ Hora Caída: _____

Edad: ____ Habitación: _____ Lugar de la caída: _____

CIRCUNSTANCIA DE LA CAIDA:

CAMA: <input type="radio"/> Con Barandilla <input type="radio"/> Con sujeción <input type="radio"/> Sin sujeción	BAÑO: <input type="radio"/> Con sujeción <input type="radio"/> Sin sujeción	DEAMBULACIÓN <input type="radio"/> Con Ayudas <input type="radio"/> Sin Ayudas
SILLÓN <input type="radio"/> Con sujeción <input type="radio"/> Sin sujeción	SILLA RUEDAS <input type="radio"/> Con sujeción <input type="radio"/> Sin sujeción	TRANSFERENCIA <input type="radio"/> Persona <input type="radio"/> ≥ 2 Personas

CAUSAS ESTRUCTURALES:

<input type="radio"/> Suelo resbaladizo	<input type="radio"/> Falta de Luz
<input type="radio"/> Falta de Barandillas	<input type="radio"/> Cambio de muebles/ Objetos
<input type="radio"/> Calzado Inseguro	Otros: _____

Estaba realizando una actividad habitual: Si No NS

Descríbela: _____

ESTABA ACOMPAÑADO:

<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> Personal del Centro
<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Familia:

CONSECUENCIA DE LA CAIDA

<input type="radio"/> Herida	Constantes:
<input type="radio"/> Hematomas	<input type="radio"/> T.A
<input type="radio"/> Contusiones	<input type="radio"/> F.R
<input type="radio"/> Fractura (especificar)	<input type="radio"/> F.C
<input type="radio"/> Otras	

TRATAMIENTO: Atención en el Centro Traslado a _____

Descripción: _____

Firma Auxiliar

Firma Enfermero

Valoración Médica

Familia Informada

PROTOCOLO DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Los residentes recibirán la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad.

Objetivo:

1. Ajustar la prescripción farmacológica al Proceso del SAS de Uso Racional del Medicamento.
2. Coordinación y cooperación con el médico asignado por Atención Primaria del Centro de Salud de referencia a nuestra residencia para ajustar la prescripción farmacológica con criterios de eficacia, eficiencia y ajustado a la evidencia científica.

Población a quién va dirigido:

1. Residentes

Profesionales implicados:

Médicos-Geriatra, Coordinadora de Enfermería, Enfermeros, Auxiliar de Clínica.

Descripción de la actuación:

A la hora de la prescripción de un fármaco, hemos de seguir varios pasos hasta llegar a la indicación: diagnóstico, fármaco que tenga esa indicación en la ficha técnica del producto, forma de presentación, vía, dosis y tiempo de administración, siempre pensando en la eficacia, seguridad, coste y consecuencia de la administración, que se basa en conocer perfectamente la pluripatología del residente, su diagnóstico para evitar las interacciones y realizar una buena praxis; sin obviar, que hay que dejar claras las instrucciones al personal de enfermería de la indicación del fármaco, nombre, composición, vía y horario de administración, así como del tiempo que tiene que estar administrando el medicamento, posología, vía, acción que se realiza mediante la cumplimentación de la Hoja de Tratamiento de Resiplus.

El enfermero, Auxiliar de Clínica velarán para que se haga según la orden de tratamiento, y que el residente se tome la medicación.

Así mismo, serán las Auxiliares de Clínica y el Enfermero los que informen al médico de la aparición de posibles reacciones secundarias o efectos indeseables, para que el facultativo tome una decisión al respecto.

Cada seis meses se revisará la medicación de todos los residentes, para verificar los fármacos indicados, y si precisa, de mantenimiento del mismo, así como de las posibles apariciones de efectos indeseables por la conjugación de varios en el tiempo.

Los tratamientos prescritos se pondrán en conocimiento del médico de Atención Primaria para que sean consensuados entre ambos y se carguen en la tarjeta del residente a través del Programa Receta XXI del SAS.

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

Cuando lleguen de las farmacias los blíster unitarios, el enfermero del turno de noche, revisará la concordancia de dichos blíster con los tratamientos que figuran en Resiplus, para detectar incidencias, que serán puestas en conocimiento de los facultativos a la mañana siguiente para su subsanación.

No se administrará ningún fármaco que no se haya prescrito por los facultativos, y conste en Resiplus/Tratamiento.

Registro: En el sistema de gestión de la residencia Resiplus.

Elaboración y vigencia:

Fecha realización: enero 2021

Personal que lo ha elaborado: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, Dra. Silvia Bitaubé Cortés, Dra. Loida Galvín Gutiérrez, María José Saborido Rodríguez, Juan Manuel García Domínguez

Vigencia: 1 Julio 2021

Valoración de Funcionamiento: 31 de Enero 2023

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firma:

PROTOCOLO DE GESTIÓN DE URGENCIAS SANITARIAS

Objetivos:

Proporcionar unos conocimientos mínimos para poder intervenir en caso de unas urgencias sanitarias, y de este modo poder minimizar las complicaciones derivadas del incidente, actuando de la forma más efectiva y rápida posible.

Población:

Todos los residentes y trabajadores del centro.

Profesionales Implicados: Dirección, Médicos, Coordinadora de Enfermería, Enfermeros, Supervisor de Auxiliares, Auxiliares de clínica.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTUACIÓN EN CASO DE URGENCIAS SANITARIA:

Actuación estándar.

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

Cuando sucede una URGENCIA, en primer lugar, hay que mantener la calma, no alterarse, no gritar, no ponerse nervioso.

En segundo lugar, avisar a los compañeros del Sector para que por megafonía avisar de la incidencia y alerte de la misma mediante la siguiente locución indicando el sector o lugar del incidente:

- Código 1 en sector X: Significa parada, desvanecimientos...
- Código 2 en sector X: Significa caída, herida, atragantamiento.
- Código 3 en sector X: Significa urgencia de otro tipo

En tercer lugar: despejará la zona de los demás residentes para poder atender al accidentado de forma correcta y libre.

La capacidad de valoración y la eficacia de la actuación han de ser objetivas y saber que ante la duda no deberemos realizar ninguna actuación que ponga en peligro al residente, o produzca agravamiento de las lesiones que presente, hasta que no llegue el enfermero y el médico de turno, nuestro o del 061.

En el lugar del incidente:

- Valorar el estado general del residente, Vía aérea (respira?) y latido cardiaco (tiene pulso?).
- Valorar el estado de conciencia.
- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.
- Si tiene pulso y no respira hay que iniciar una Reanimación Cardio pulmonar (RCP).
- Si presenta heridas abiertas contener la hemorragia, hasta que llegue el enfermero y/o médico.
- **Si la situación es por un atragantamiento hay que realizar la Maniobra de Heimlich.**
- Toma de constantes vitales: Presión Arterial, Pulso, glucemia capilar, saturación de oxígeno y temperatura.
- El médico valorará la situación clínica y realizará una aproximación al diagnóstico.
- Informar al familiar referente por parte del médico del centro, en caso de no estar, es el enfermero el que informa.
- El médico y enfermero de turno registrará en el sistema informático Resiplus, describiendo lo más ampliamente posible lo sucedido, valoración, acciones y cumplimentará los ítems particulares del incidente: caída, por ejemplo. Así mismo, indicará si ha sido necesario la concurrencia del 061, y traslado, o no, a centro hospitalario. Así mismo, dejará constancia de que ha informado al familiar referente de lo acaecido.

Actuación para el traslado urgente al hospital de referencia

Una vez el médico haya ordenado el traslado a urgencias del hospital de referencia, y estando la familia informada, éste, o en su defecto el enfermero de turno, emitirá informe detallado de lo acaecido

y la necesidad de traslado al hospital; este informe se le entregará al auxiliar de clínica que acompañará al residente hasta que sea recibido por el Servicio de Urgencias del Hospital, en el que lo entregará al enfermero de triaje del hospital. El auxiliar de clínica regresará a la residencia en el vehículo del centro, o en su defecto en un taxi, que será abonado por Recepción con recogida del correspondiente recibo, salvo indicación expresa de la Dirección, o responsable de turno.

A fin de seguimiento de los cuidados al residente, si este permanece ingresado en el hospital, la Coordinadora de Enfermería contactará con la familia para el seguimiento, y como mínimo una vez por semana dependiendo de la evolución. En caso de suceder en la noche dejara constancia en el parte de noche de que el residente permanece en el hospital.

Situaciones posibles de emergencia

- Parada cardiorrespiratoria, insuficiencia respiratoria.
- Atragantamientos
- Caídas
- Traumatismos con/sin Heridas
- Quemaduras
- Hemorragia
- Intoxicación
- Mareos de diversas causas

Actuación frente una parada cardiorrespiratoria

Reanimación cardiopulmonar:

Paro cardiorrespiratorio: Ausencia de pulso y respiración, con pérdida de consciencia y tono muscular.

Hemos de diferenciar dos situaciones diferentes:

Paro respiratorio: es la ausencia de respiración, que de persistir en el tiempo. 2-3 minutos produce una disminución del pulso (bradicardia) que termina en paro cardíaco y finalmente a la muerte del residente.

Paro cardíaco: es la ausencia de pulso, el corazón deja de latir, no bombea sangre al cerebro, se pierde el tono muscular y produce la muerte.

Las maniobras de RCP (reanimación Cardio-pulmonar) van encaminadas a restablecer la respiración y el latido cardíaco.

Indicaciones de la Reanimación Cardio Pulmonar básica (RCP)

En cualquier persona en situación de paro excepto:

- Cuando el médico ha dejado constancia escrita de no reanimación

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

- Si hay signos evidentes de muerte.
- Si hace más de 10 minutos del paro cardiorrespiratorio sin que se haya realizado ninguna maniobra de RCP excepto en hipotermia, ahogados, electrocutados o por intoxicación por barbitúricos.
- Ante la duda se hace siempre se inicia hasta que el médico determine.

Maniobras a seguir:

A.- VIAS AEREAS ABIERTAS:

Comprobar que estén abiertas y permiten el paso de aire, si nos encontramos la vía obstruida actuaremos de la siguiente manera, según el lugar donde se encuentre la obstrucción causante:

-Cavidad oral: desobstrucción manual, introducir uno o dos dedos en forma de gancho, teniendo en cuenta no empujar el objeto que había en el interior, si se trata de líquido será necesario enrollar los dedos en una gasa o un pañuelo y arrastrar hacia fuera.

-Faringe: maniobra frente-mentón, levantar el mentón con una mano y con la otra inclinaremos la frente para atrás con la finalidad de evitar la caída posterior de la lengua evitando que pueda obstruir la vía aérea superior.

-Laringe o tráquea: maniobra de Heimlich: posicionado por detrás del residente, presionar fuertemente hacia dentro y hacia arriba con el puño colocado en la boca del estómago.

B.-REANIMACIÓN CARDÍACA:

Para tomar el pulso se palpa con las yemas de los dedos índice y medio (nunca el pulgar), la arteria radial en la muñeca, aplicando el oído sobre el pecho para oír los latidos de su corazón.

El paro cardíaco (de tiempo de evolución) puede observarse por la falta de reflejo y dilatación de las pupilas, así como, por la coloración lívida (color céreo). La conducta a seguir es la siguiente:

- Tumbarse al residente sobre un plano duro, boca arriba colocándose de rodillas a su lado.
- Apoyar la parte posterior de la palma de una mano sobre el tercio medio del esternón, y la parte posterior de la otra mano sobre la primera, dejando los dedos al aire
- Ejercer presión firme con los brazos extendidos hasta que el tórax se hunda unos cuatro centímetros comprimiendo y soltando
- Repetir la presión a un ritmo de 100 veces por minuto, hasta notar que el corazón late o llegue el enfermero/médico. Con el maletín de RCP desde enfermería.

C.-VENTILACIÓN:

Se inicia después de asegurarse que la vía esté abierta y consiste en utilizar el método boca-boca debiéndose:

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

-Inclinar su cabeza hacia atrás, hiperextendiendo el cuello, con los dedos índice y pulgar de esta mano cierran la nariz.

-Inspirar aire profundamente, aplicar la boca alrededor del residente (cubriéndola totalmente) y espirar (soplar) el aire de dentro de su boca y pulmones, vigilando su pecho (si se levanta es que llega aire a los pulmones)

-Retirar la boca (para que expire) vigilando si su pecho se deprime (exhala)

-Aspirar aire profundamente de nuevo antes de introducirlo otra vez en su boca y sus pulmones

-Repetir el ciclo entre 15 veces por minuto hasta que la víctima respire espontáneamente.

Otro de los métodos es boca-nariz:

-La cabeza se coloca igual que en el de "boca-boca", pero menos arqueada, dejando despejada la nariz y cerrada la boca.

D.-MÉTODO COMBINADO O RESUCITACIÓN (MASAJE Y RESPIRACIÓN ARTIFICIAL)

Si es una sola persona la que deba prestar auxilio, empezará con la insuflación "boca a boca". Si se observa parada circulatoria o paro cardíaco se procederá inmediatamente al masaje cardíaco externo, a base de 2 respiraciones "boca a boca" y 15 masajes cardíacos, repitiéndolo sucesivamente.

Si son dos las personas una de ellas practicará la respiración "boca a boca" y el otro el masaje cardíaco, a razón de 30/2.

Registro: Programa Informático Resiplus

Actuación frente a una caída.

Seguir pautas del Protocolo de Caídas (pág. 39)

Actuación frente una herida

Si la herida es grave, se debe:

- No explorar ni tratar de curar la herida (haya o no cuerpos extraños introducidos).
- Colocar un apósito estéril vendado realizando taponamiento, o torniquete dependiendo de la zona anatómica.
- Traslado urgentemente al hospital.

Si la herida es leve, se debe:

- Descubrir bien la herida quitando los cuerpos extraños (con una pinza estéril) y limpiándola con

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

abundante agua y jabón con una gasa estéril, dejando la herida al descubierto

- Tapar la herida con compresas y una capa de algodón, si sangra, sujetándolo con un vendaje.
- Si las heridas están sucias hay que dejar sangrar la herida antes de aplicar las compresas, frotando con jabón antiséptico para limpiarla.
- Se procede a la sutura quirúrgica de la misma, previa infiltración por el enfermero de turno, respetando las medidas de asepsia propias.

En ambas situaciones se dejará registro en Resiplus, y se informa por parte del médico o enfermero a la familia.

Actuación frente a una quemadura

Si son leves, se debe:

Se refrigerarán con suero fisiológico, limpiándolas sin cortar ni pinchar ampollas, colocando un apósito o vendaje compresivo manteniendo elevados los miembros quemados. Nunca vendar juntas dos superficies quemadas.

Si son graves, se debe:

- No tocar la zona quemada ni quitar la ropa adherida a la piel
- Refrigerar con suero fisiológico las partes quemadas.
- Cubrir la herida con apósitos mojados, sin pinchar las ampollas

Si se vendan los dedos, hacerlo por separado, y en quemaduras de extremidades inferiores, separar muslos y las piernas entre sí.

- Mantener elevadas las extremidades quemadas
- En quemaduras de la cara, sentar a la víctima (no acostarla)

Al quemado grave, se le canaliza una vía con suero. Se le administran un analgésico previo al traslado urgentemente al hospital.

En ningún caso aplicar alcohol, pomadas, agua oxigenada o povidona yodada (Betadine®)

Se deja registrado en Resiplus y se avisa a la familia.

Actuación frente a una hemorragia

Clases de hemorragias:

- Externas (la sangre sale al exterior y es visible)
- Internas (la sangre queda en el interior del organismo, y no es visible)

Según el vaso sanguíneo que se rompa, pueden ser:

- Arteriales (sangre que mana con fuerza y a borbotones)
- Venosas (sangre que mana de forma continua no a borbotones)
- Capilares (son muchos puntos sangrantes pequeños)

Conducta a seguir ante una hemorragia externa:

- Presión directa sobre la herida:
- Aplicando gasa o compresa y comprimiendo con el vendaje, manteniendo la presión constante y no retirándola (aunque esté muy empapada) aplicando encima otras nuevas, manteniendo la presión hasta que cese la hemorragia.
- Elevando el miembro afectado por encima del corazón (miembros o cabeza)
- Vigilar que el miembro no se vuelva cianótico (azul-negro).
- Presión sobre la arteria, si por el procedimiento anterior no se corta: Torniquete, es el último recurso y traslado urgente al hospital.

Conducta a seguir ante una hemorragia interna:

Se puede sospechar por el antecedente de golpe o traumatismo o por estado anterior de shock traumático y/o hemorrágico, que diagnosticará el médico, y en su defecto el médico del 061.

Las medidas a tomar con este residente son:

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

Se deja registrado en Resiplus y se informa a la familia.

Actuación frente a una intoxicación

Frente a una intoxicación, provocaremos el vómito si no es una sustancia irritante y lo derivaremos urgentemente al hospital siempre anotando la hora de la ingesta, y a ser posible el producto intoxicante y con una canalización de una vía con suero fisiológico.

Se registra en Resiplus y se informa a la familia

Elaboración y vigencia:

Fecha realización: diciembre 2010

Personal que lo ha elaborado/revisión: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, Dra. Silvia Bitaubé Cortés, Dra. Loida Galvín Dominguez, María José Saborido Rodríguez.

Vigencia: 1 Julio 2021

Valoración de Funcionamiento: 31 de Enero 2023

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firmas:

PROTOCOLO DE TRASLADO Y ACOMPAÑAMIENTO A UN CENTRO ASISTENCIAL

Objetivo:

1. Realizar los traslados al servicio de urgencias del Hospital de referencia
2. Realizar visitas ambulatorias y/o pruebas complementarias

Población a quién va dirigido:

Residentes con necesidad de acudir a Centro asistencial por consulta o urgencia.

Profesionales implicados:

Médicos, Coordinadora de enfermería, Enfermeros, Supervisor de Auxiliares, Auxiliares de clínica.

Descripción de la actuación:

A) Traslado Urgente al Hospital de referencia:

1. El facultativo y en su defecto el enfermero informará a la familia del motivo de la derivación y del lugar a donde se traslada. El residente es acompañado por un auxiliar de la casa hasta el ingreso en el Centro hospitalario portando el informe de derivación Urgente que entregará en el triaje.
2. Los médicos y enfermeros dejan constancia en el sistema informático Resiplus.
3. Cuando los residentes permanezcan ingresados más de un día, la Coordinadora de Enfermería, establecerá contacto telefónico con el centro hospitalario para conocer la evolución del proceso y otras incidencias y dejará constancia en seguimiento del residente en Resiplus.

B) Traslado para visita a consultas externas/ médicos privados:

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

1. Detectada la necesidad de realizar un traslado a Centro asistencial el facultativo, y en su defecto el enfermero de turno evalúa la necesidad de solicitar ambulancia.
2. En caso de no ser necesario el traslado en ambulancia, el traslado se realizará por cuenta del residente, en vehículo de familiar o en un taxi, solicitándole la Coordinadora de Enfermería a la familia que acompañe a su familiar. La vuelta del familiar al Centro o su domicilio, si el residente queda ingresado, será por cuenta del familiar.
3. El facultativo o enfermera entrega al familiar la documentación necesaria para realizar la consulta.
4. En caso de no existir acompañamiento de los familiares, se proporcionará a la familia el teléfono de cuidadoras particulares que le puedan dar el servicio, la Fundación quedara al margen de esto, siendo el familiar quien solicitará y abonara dicho servicio.

En caso no existir familia, la Trabajadora Social gestionara el acompañamiento.

C) Traslado a otros Centros Residenciales:

Tras la comunicación por parte de la familia o de la administración de que se va a realizar un traslado a otros Centro Residencial, la Trabajadora Social se pondrá en contacto con el otro Centro y acordará el día del traslado.

La Trabajadora Social comunicara por Resiplus dicho traslados a todos los departamentos de la residencia para que realicen los informes pertinentes.

La Auxiliar de referencia realizara la recogida de la ropa y enseres del residente, anotando todo lo que se le entrega en el momento de la salida (inventario de salida).

La enfermera preparara la medicación del residente que entregara a la Coordinadora de enfermería para ser entregada a la familia Junto a la documentación medica el día de salida.

La Trabajadora Social recibirá a la familia, le hará entrega de toda la documentación, informes, medicación y enseres y procederá a cursa la baja en el Centro, pasando email a administración.

Registro: Programa Informático Resiplus

Elaboración y vigencia:

Fecha realización: diciembre 2010

Personal que lo ha elaborado/ revisión: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, Dra. Silvia Bitaubé Cortés, Dra. Loida Galvín Gutiérrez, María José Saborido Rodríguez, Juan Manuel García Domínguez.

Vigencia: 1 Julio 2021

Valoración de Funcionamiento: 31 de enero 2023

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firmas:

PROTOCOLO DE CITAS MÉDICAS

Objetivo:

Proceder a la gestión y coordinación de las citas médicas.

Población a quien va dirigida

Residentes con necesidad de acudir a una cita médica programada en el SAS o en cualquier otro dispositivo sanitario público o privado.

Profesionales implicados

Médicos-Geriatra, Coordinadora de Enfermería, Enfermeros, Supervisor de Auxiliares, Auxiliares de Clínica. Trabajadora Social.

Descripción de la actuación:

1. Las citas médicas que llegan al centro, son registradas por el médico en Resiplus en Agenda, así como en la "Agenda de citas" en Resiplus. Se anota el día, hora y lugar en la que acontecerá la visita médica y/o prueba diagnóstica; quien le acompañará y el medio de transporte, en el documento de cita, se anota la fecha de registro de entrada y que se ha informado al residente y/o a la familia de dicha cita.
2. El facultativo, cuatro días antes de la cita, realizará el informe para dicha cita, con los datos que se soliciten y los que considere oportuno incluir para informar al otro médico. Dicha información se ensobra y se deja en el "porta citas" ubicado en la mesa del facultativo, indicando nombre del residente, día, hora, lugar de la visita y hora de recogida. Si se precisare de acompañamiento, se contactará con la Trabajadora Social para la gestión de este punto.
3. El facultativo, valorará la forma de transporte al punto de destino del residente, ya sea por ambulancia, taxi o vehículo privado de algún familiar.

4. El enfermero del turno noche tiene que revisar todas las noches a la llegada al turno (22:00h) la "Agenda de citas" Resiplus, para ver si algún residente tiene salida por la mañana/tarde para citas médicas, recogerá el sobre con la información, avisará en el control para informar de las salidas de los residentes con citas, y si precisa de alguna preparación especial (ayunas, por ejemplo).
 - 4.1. Si la cita médica es anterior a las 8:00 h, el enfermero del turno de noche avisará al auxiliar del sector correspondiente en el turno de noche, de realizar el aseo-baño del residente con suficiente antelación para que esté preparado a la hora de recogida y deberá de entregar el sobre, con la información clínica, al familiar y/o cuidador externo cuando venga para recoger al residente.
 - 4.2. Si la hora de recogida del residente es anterior a las 8:00h, el enfermero del turno de noche se responsabiliza como en el punto anterior.
 - 4.3. Si la cita médica es posterior a las 8:00 h, el enfermero del turno de noche dejará en el casillero, rotulado como "SOBRES CITAS MÉDICAS" el sobre conteniendo dicha información
5. Al regreso de la cita externa, el facultativo requerirá el informe de dicha cita para obrar en consecuencia.
6. El informe de la consulta se escaneará y posteriormente el papel se guardará en la Historia clínica en el archivo correspondiente.

Registro

Toda la actuación se reflejará en el programa Informático Resiplus.

Elaboración y vigencia:

Fecha de realización: junio 2021

Personas que lo han elaborado/revisado: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, Dra. Silvia Bitaubé Cortés, Dra. Loida Galvín Domínguez, María José Saborido Rodríguez, Juan Manuel García Domínguez.

Vigencia: 1 julio 2021

Valoración de funcionamiento: 31 de Enero 2023

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firmas:

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN LAS FASES FINAL DE LA VIDA

Objetivo:

1. Practicar una medicina humanitaria, implantando criterios de cuidados paliativos.
2. Si llegado la fase final de la vida, procurar que el residente no sufra, ni se practiquen actuaciones terapéuticas encarnizadas e innecesarias.

Población a quién va dirigido:

Residentes en situación final de vida.

Profesionales implicados:

Médicos-Geriatra, Coordinadora de Enfermería, Psicóloga, Enfermeros, Trabajador Social, Supervisor de Auxiliares, Servicios Generales, Recepción, mantenimiento.

Descripción de la actuación

Una vez llegado a esta fase del final de la vida, y desde el máximo respeto a las voluntades del residente, si las ha expresado previamente por escrito fehacientemente (Documento de Voluntades Anticipadas, Testamento Vital) o si el residente esta sin poder expresarse por la evolución clínica, se consultará SIEMPRE con su familia la situación clínica, irreversible y se consensua y recoge en consentimiento informado, la posible aplicación de analgesia para evitar el sufrimiento estresante hasta que ocurra el deceso, siguiendo las Guías de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos por los médicos y enfermeros y la normativa vigente en el momento.

En esta situación, impredecible de horas de duración, se permitirá la estancia de un familiar en la habitación del residente, previa autorización de la Dirección, que se procurará que quede solo en la misma mientras sucede este proceso, y equipado con las medidas de seguridad indicadas en la legislación vigente (cuales son en las situaciones de brote por COVID-19).

Se procurará por parte de los médicos una atención continua hasta el deceso, y por parte de enfermería y Servicios Generales atender al familiar (ofrecerle, café, infusiones, agua, comida, y que el tiempo que dure esté cómodo y se sienta arropado y atendido).

Se le ofrecerá, según sus creencias atención religiosa, si el residente lo tenía solicitado, o la familia lo requiera por parte de la Trabajadora Social.

Una vez que ocurra el deceso, se procede como indica el Protocolo de Fallecimiento, y teniendo especial atención al ser trasladado el cadáver al mortuario, acompañando al familiar.

Registro: En el sistema de gestión de la residencia Resiplus.

Elaboración y vigencia:

Fecha realización: enero 2021

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

Personal que lo ha elaborado: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, Dra. Silvia Bitaubé Cortés, Dra. Loida Galvín Domínguez, Inmaculada Páez Gassín, María José Saborido, Isabel Alonso Monje, Silvia Bustillo Gallardo, Juan Manuel García. Ángeles Salido Freire.

Vigencia: 1 Julio 2021

Valoración de Funcionamiento: 31 de Enero 2023

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firma:

PROTOCOLO DE DEFUNCIÓN

Objetivo:

1. Comunicar a la familia el fallecimiento del residente, en caso de residente incapacitado se realiza la comunicación al tutor legal (familiar u organismo que proceda).
2. Atender y acompañar a la familia durante el proceso de defunción.

Población a quién va dirigido:

Residentes fallecidos en nuestro centro y a sus familiares.

Profesionales implicados:

Médicos-Geriatra, Coordinadora de Enfermería, Enfermeros, Trabajador Social, Supervisor de Auxiliares, Servicios Generales, Recepción, mantenimiento.

Descripción de la actuación

- 1) El facultativo verificará el fallecimiento, previo a la realización de la certificación médica. En caso de ocurrir en horario de tarde, noche, sábados, festivos, se avisará preferentemente al 061, a los Ángeles Nocturnos en su defecto.
- 2) El facultativo informará a la Dirección.
- 3) El enfermero de turno avisará a la Trabajadora Social y a Recepción que avisará a todos los departamentos y mantenimiento para que conecte el aire acondicionado del tanatorio. En

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

- caso de no estar mantenimiento en el Centro, el Auxiliar de planta encenderá el aire acondicionado del tanatorio.
- Si el médico no se encuentra en el Centro se le informará.
- 4) Se le retiran las sondas, vías, etc. y procede a amortajar e introducir en el sudario. Los sudarios están en control de enfermería del Sector 3.
 - 5) El médico informará, o en su ausencia la enfermera, a la familia. A la familia se le comunicará que:
 - i. Tiene que llamar a su compañía de seguros.
 - ii. Todas las gestiones se encargan de hacerlo la funeraria.
 - iii. No es necesario que comprar el certificado de defunción.
 - iv. Deben aportar, si tienen, documentación sobre el lugar de inhumación y la Póliza de defunción, si está en su poder a la funeraria.
 - 6) La Trabajadora Social, en el caso de residentes incapacitados se avisará al tutor legal y en el caso de los tutelados por alguna entidad, contactará con ellos para informarle.
 - 7) El médico cumplimentará el certificado de defunción. En caso de incineración se pondrá en el certificado que "no existen problemas para la incineración" teniendo precaución de que no sean portadores de marcapasos o estimuladores electricos implantados, en dicho caso, habrá que extirpar dicho marcapasos si va a ser incinerado, lo realizará la funeraria en sus instalaciones. Los certificados estarán en Recepción.
 - 8) El facultativo, cumplimentará la baja en Resiplus: General/Evolución temporal/ lugar del fallecimiento/ causas del Exitus
 - 9) En el sistema informático Resiplus, en Datos/ Documentos, se encuentra escaneado el DNI del residente, y quien tiene el DNI. En caso de que éste esté en poder del familiar, hay que indicarle que lo tiene que traer para la gestión de la certificación de defunción, que no se pude realizar con fotocopia del DNI.
 - 10) La Trabajador Social **realizará el inventario de los objetos personales** de la habitación y se lo comunicará a la familia, que revise los objetos personales que el fallecido haya dejado en su habitación acompañada por la responsable de servicios generales que realizará el inventario detallado de todas las pertenencias.
 - 11) Una vez revisados por la familia o bien después de haber manifestado ésta que no desea hacerlo, un auxiliar con la limpiadora de turno recogerá todo y lo consignará a Recepción.

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

- 12) Si existen objetos de valor (**joyas, dinero...**) **el auxiliar de turno, en el momento del fallecimiento, los introduce en un sobre** con el nombre del residente, fecha, especificando lo que contiene y se lo baja a Dirección o Trabajadora Social.
- 13) Al día siguiente, se limpiará a fondo la habitación, se revisa por mantenimiento, se corrigen defectos, si los hubiese, y se prepara para un nuevo ingreso.
- 14) En caso de fallecimiento por COVID-19 será de aplicación el Protocolo a tal efecto que contiene el Plan de Contingencia específico.
- 15) El profesional que atienda a la funeraria, le pedirá la reposición del certificado médico de defunción y del sudario.

Registro: En el sistema de gestión de la residencia Resiplus.

Elaboración y vigencia:

Fecha realización: noviembre 2010

Personal que lo ha elaborado/ revisión: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, Dra. Silvia Bitaubé Cortés, Dra. Loida Galvín Domínguez, Isabel Alonso Monje, Silvia Bustillo Gallardo, María José Saborido Rodríguez, Juan Manuel García Domínguez, Ángeles Salido Freire.

Vigencia: 1 Julio 2021

Valoración de Funcionamiento: 31 de enero 2023

Fecha de revisión: 1 de enero 2024

Firma:

PROTOCOLO DE GESTIÓN DE RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS

Objetivo:

Facilitar la participación de los residentes, familiares o quienes lo deseen a fin de manifestar sus expectativas insatisfechas, disconformidades con las acciones del centro o nuevas necesidades percibidas.

Población a quien va dirigida: Residentes, familiares de los mismos, así como cualquier persona que desee manifestar alguna queja o sugerencia.

Profesionales Implicados: Dirección, Control de Calidad, Médicos, Coordinadora de Enfermería, Supervisor de Auxiliares Psicólogo, Trabajador Social, Enfermeros, Servicios Generales, Auxiliares de Clínica, mantenimiento, Recepción, Administración, Lavandería, Cocina.

Descripción de la Actividad:

1.- RECEPCIÓN DE LA RECLAMACIÓN/SUGERENCIA: La Trabajadora Social del centro atenderá directamente a la persona que desee realizar la reclamación o la sugerencia. Esta actuación será llevada a cabo en un despacho donde ambas partes puedan conversar de forma abierta, con intimidad para que la persona pueda exponer el motivo por el cual procederá a la realización de dicha acción, en ausencia de la Trabajadora Social lo realizará el enfermero de turno.

Lo más importante en este momento, es escuchar a la persona para poder entender el motivo de su queja o sugerencia. Una vez planteado el problema, la Trabajadora Social tratará de solucionar el conflicto o si lo considera pertinente, derivará la queja o sugerencia a la Dirección del Centro. Se reunirá con el personal del centro involucrado en los hechos. Se le proporcionará la documentación de la que disponga el centro para mostrar que las actuaciones llevadas a cabo por el mismo han sido correctas. Si una vez que ambas partes han expuesto sus distintos puntos de vista sobre el problema planteado y aún subsiste dicho desacuerdo o malestar y la persona solicita el libro de Hojas de Reclamaciones, la Trabajadora Social lo entregará a la persona que lo solicite.

2.- FACILITAR HOJA DE RECLAMACIÓN Y SUGERENCIAS (Modelo Oficial de la Junta de Andalucía)

El centro dispone de un libro de Hojas de Reclamaciones dispuesto por la Junta de Andalucía. La persona que desee realizar la queja deberá rellenar los datos que en la hoja le soliciten. Ésta irá por triplicado debiendo ser la hoja de color blanco la que el propio consumidor deberá presentar en la Administración competente y la verde será para el propio consumidor. La hoja de color rosa deberá permanecer en el centro.

El libro de reclamaciones se encuentra depositado en Recepción, en una caja contendora de documentos rotulada: "Libro de reclamaciones", en cuya contraportada se encuentran las instrucciones de cumplimentación.

Propiciaremos que la persona que va a realizar la reclamación o sugerencia pueda realizarla con calma y sin interrupciones. Para ello, lo dejaremos sólo en el despacho para que no se sienta supervisado ni coaccionado a la hora de la redacción de la reclamación.

El Libro de reclamaciones no puede salir del Centro, en reclamante puede traer escrita su reclamación que se añadirá a la hoja correspondiente para su tramitación.

Elaboración y vigencia:

Fecha realización: diciembre 2010.

Personal que lo ha elaborado/ revisión: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, Isabel Alonso Monje, Silvia Bustillo Gallardo.

Vigencia: 1 Julio 2021.

Valoración de Funcionamiento: 31 de Enero 2023.

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firma:

PROCOLO FRENTE A SITUACIONES VIOLENTAS HACIA TRABAJADORES

Objetivo: Evitar posibles agresiones y actuar ante las mismas.

Población a quién va dirigido: A todo el personal del Centro.

Profesionales implicados: Todo el personal del Centro.

Descripción de la actuación:

1. Ante un residente o familiar que muestre síntomas de hostilidad e irritabilidad debemos procurar evitar la proximidad física y no utilizar un lenguaje corporal desafiante ni un tono de voz alto, brusco y cortante.
2. Mantener la calma y tratar de contener la situación: No responder a las agresiones o provocaciones verbales, intentando reconducir la situación y buscando posibles puntos de acuerdo.
3. Si la situación persiste, avisar inmediatamente a un compañero o persona cercana que ayude a acabar con la situación de violencia y que sirva de testigo de los hechos.
4. Si la irritación se debe a un hecho puntual o queja debemos escuchar su argumento, si podemos solucionar la situación, hacerlo y si no invitarle sosegadamente a reconducir la

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

situación. Si su irritabilidad o conducta es consecuencia del consumo de alguna sustancia procurar, con un tono cercano y sereno, que la persona entienda que en esas circunstancias no puede hacer uso del servicio y debe abandonar el Centro.

5. Avisar al inmediato superior jerárquico si persiste la situación de violencia: si se precisa reclamar ayuda inmediata de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado o al servicio de emergencias a través del 112.
6. Una vez la situación haya sido controlada, cumplimentar el correspondiente PARTE DE AGRESIONES entre el trabajador y constatado por el enfermero de turno, y entregar al Control de Calidad para su gestión y registro en el sistema informático Resiplus.

*En casos de personas con antecedentes de agresividad no se atenderá nunca por un único profesional y de ser posible se atenderá con la puerta abierta, avisando previamente al responsable para su supervisión.

7. En el caso de producirse una agresión:
 - 7.1. Apoyo a las víctimas: en caso de materializarse la agresión, deben llevarse a efecto las siguientes medidas, en función de la gravedad de la lesión:
 - 7.2. Solicitar ayuda externa, si se necesita, llamando al 112.
 - 7.3. Acompañar al empleado público agredido a los Servicios Sanitarios, cuando proceda: las agresiones sufridas por un empleado público en el desempeño de su trabajo, se consideran accidente de trabajo y deberá solicitar el correspondiente parte de lesiones si las hubiera.
 - 7.4. Informar por escrito y de la forma más precisa posible a la Dirección sobre los hechos acontecidos.
 - 7.5. La Dirección informará a la Subdirección General de Relaciones Laborales de la AEAT de los hechos acontecidos y presentar un informe lo más detallado posible sobre el incidente mediante la cumplimentación del Modelo de notificación de agresiones.
 - 7.6. En todo momento se ayudará a la víctima en cualquier trámite preciso, incluido el apoyo jurídico, si el afectado considera oportuna denunciar la agresión sufrida ante el juzgado o la autoridad policial competente y solicita expresamente dicho apoyo.

*En casos de personas con antecedentes de agresividad no se atenderá nunca por un único profesional y de ser posible se atenderá con la puerta del despacho abierta, avisando previamente al responsable para su supervisión.

Elaboración y vigencia

Fecha realización: junio 2021

Personal que lo ha elaborado: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero

Vigencia: 1 Julio 2022

Valoración de Funcionamiento: 1 de febrero de 2024

Fecha de revisión y firma:

Fecha:

Firma:

PROTOCOLO EN CASO DE ACCIDENTE LABORAL

Objetivo: Atención al trabajador accidentado durante su jornada laboral.

Profesionales implicados: Todo el personal del Centro.

Descripción de la actuación:

1. En el caso de un Accidente Laboral durante la Jornada de Trabajo debe acudir al Departamento de ADMINISTRACIÓN del Centro, donde se le entregara el parte de asistencia para la Mutua.
2. El trabajador deberá asistir a la MUTUA FREMAP, en Avda. Puerta del Sur, y ser atendidos por los profesionales de ésta, que determinarán las acciones a seguir por el trabajador.
3. En el caso de baja laboral, el trabajador debe hacer llegar el parte de baja en el plazo de tres días, y comunicarlo telefónicamente al Departamento de Administración.

EN CASO DE QUE NO SE ENCUENTRE EN PERSONAL DE ADMINISTRACIÓN:

TARDES de 15:00 h a 20:00 h:

1. El trabajador deberá asistir a la Mutua Fremap en Avda. Puerta del Sur, y ser atendidos por los profesionales de esta que determinaran las acciones a seguir por éste. (si le piden el parte de accidente informar que a la mañana siguiente se les enviará).
2. A la mañana siguiente deberán acudir a Departamento de Administración para recoger el parte de Accidente que llevarán a la Mutua. En caso de fin de semana o festivo acudir el primer día laboral siguiente al accidente.
3. En el caso de baja laboral, el trabajador debe hacer llegar el parte de baja en el plazo de tres días, y comunicarlo telefónicamente al Departamento de Administración

NOCHES Y FINES DE SEMANA:

1. El trabajador acudirá al servicio de Urgencia de la Clínica Jerez Puerta del Sur, Avda. Puerta del Sur s/n (Antiguo Hospital de Asisa), servicio de urgencias informando en la recepción que acude por un accidente laboral de una empresa de la MUTUA FREMAP.
2. En Clínica Jerez le darán un parte de asistencia que deberá entregar en la Administración del Centro al día siguiente o el lunes (en caso de fin de semana).
3. En el Departamento de Administración se rellenará el parte de accidente con el que el trabajador deberá acudir a la Mutua.
4. En el caso de baja laboral, el trabajador debe hacer llegar el parte de baja en el plazo de tres días, y comunicarlo telefónicamente al Departamento de Administración.

Elaboración y vigencia

Fecha realización: junio 2021

Personal que lo ha elaborado: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero, Eva María Marquez de la Rosa.

Vigencia: 1 Julio 2022

Valoración de Funcionamiento: 1 febrero 2023

Fecha de revisión y firma: 1 de febrero de 2024

Firma:

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ACTUACIÓN
ANTE SITUACIONES DE ACOSO SEXUAL, ACOSO POR RAZÓN DE
SEXO

Población a quién va dirigido: A todo el personal del Centro.

Profesionales implicados: Todo el personal del Centro.

Descripción de la actuación:

1. OBJETIVO Y ALCANCE

El presente protocolo tiene por objeto establecer un procedimiento de actuación en los casos de denuncia de acoso moral, sexual, por razón de sexo o discriminatorio por parte de un trabajador o trabajadora de la Fundación Centro de Acogida San Jose (de aquí en adelante FCAS). El protocolo regulará el mecanismo de actuación, tanto por parte de la persona denunciante como por parte de la empresa.

Este protocolo se basa en tres principios irrenunciables:

- El derecho de toda persona de recibir un trato cortés, respetuoso y digno.
- El derecho de la igualdad y a no discriminación en el trabajo.
- El derecho a la salud en el trabajo, que se garantiza no sólo velando por la prevención y protección frente a riesgos que puedan ocasionar menoscabo o daño físico, sino también frente a riesgos que puedan originar deterioro en la salud psíquica.

El Protocolo se aplicará a todo el personal de la empresa, Residencia y Albergue, en el caso de verse envuelto en una situación considerada como de acoso laboral.

2. DEFINICIONES

Acoso moral o psicológico (mobbing)

Se define el acoso psicológico como toda aquella conducta repetida o persistente, ejercida por una o varias personas, durante un tiempo prolongado, verbal, psicológica o físicamente, en el lugar de trabajo o conexión con el trabajo, que tiene como objetivo humillar, menospreciar, insultar y discriminar a la víctima.

El acoso puede ser:

- Descendente, es aquel en el que el agente del acoso es una persona que ocupa un cargo superior a la víctima, como, por ejemplo, su jefe/a.
- Horizontal, se produce entre compañeros y/o compañeras del mismo nivel jerárquico. El ataque puede deberse, entre otras causas, a envidias, celos, alta competitividad o por problemas puramente personales.
- Ascendente, el agente del acoso moral es una persona que ocupa un puesto de inferior nivel jerárquico al de la víctima.

Acoso sexual

Se entiende por Acoso sexual cualquier comportamiento, repetido o aislado en el tiempo, tanto verbal como físico, de naturaleza sexual que tenga como objetivo el atentar contra la dignidad de la persona y creando un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.

Acoso por razón de sexo

Se entiende como cualquier comportamiento repetido o persistente, realizado en función del sexo de una persona, con el propósito de atentar contra su dignidad y de crear un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.

Acoso discriminatorio

Se entiende por acoso discriminatorio toda conducta no deseada, en el lugar de trabajo o con conexión con el trabajo, vinculada a cualquier circunstancia personal (origen étnico o racial, orientación sexual, etc.) que tiene como finalidad vulnerar la dignidad de la persona y crearle un entorno discriminatorio, hostil, humillante o degradante.

Comisión de Conducta o Comisión Instructora

Grupo de trabajo constituido para llevar a cabo la investigación de aquellas situaciones denunciadas como acoso moral, discriminatorio, por razón de sexo o sexual, siguiendo las pautas establecidas en este protocolo. Ver Anexo 2.

Portavoz

Persona que actuará como portavoz de la víctima en aquellos casos en la que ésta debido a su estado vulnerable necesite un acompañamiento por una persona de su total confianza que verbalice ante la comisión de conducta aquellos aspectos que a la víctima le cueste verbalizar.

Documentos de referencia

- Constitución Española.
- Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de Ley del Estatuto de los Trabajadores (art. 4.2. e.)
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales (art. 14)
- Directiva 2006/54/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de julio de 2006, relativa a la aplicación del principio de igualdad de oportunidades e igualdad de trato entre hombres y mujeres en asuntos de empleo y ocupación.
- Código Comunitario de Conducta para combatir el acoso sexual de 27 de noviembre de 1991.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Real Decreto Ley 6/2019, del 1 de marzo, de medidas urgentes para la igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación.

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

- Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía
- Ley de Infracciones y sanciones en el orden social (art. 8.13.)
- Criterio Técnico de la Inspección de Trabajo N°/69/2009 sobre actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en materia de acoso y violencia en el trabajo.

3. **PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN**

i. **Desarrollo del protocolo**

En el caso de que alguna persona trabajadora sienta que está siendo acosada por parte de uno o varios compañeros/as y con la finalidad de garantizar su derecho a la integridad psíquica, mental y moral, el derecho a la queja y a la confidencialidad, se establece el siguiente Procedimiento de Actuación.

La puesta en práctica de este protocolo no impide la utilización paralela o posterior de vías administrativas o judiciales por las personas implicadas.

ii. **El inicio del procedimiento**

Si una persona es víctima de una situación de acoso podrá denunciar la situación entregando el formulario de denuncia (ANEXO 1) conforme al modelo adjunto a alguna de las personas que componen la Comisión de Conducta. La víctima podrá delegar este hecho en una persona que actúe de portavocía de su confianza. Adicionalmente, cualquier persona conocedora de una presunta situación de acoso podrá denunciar el hecho entregando el formulario de denuncia a alguna persona integrante de la Comisión de Conducta. En dicho formulario, se tiene que especificar las personas implicadas (la denuncia no puede ser anónima) y una descripción de la situación de acoso.

En el momento en el que se reciba la denuncia por escrito, se iniciará un expediente de averiguación de hechos por la persona responsable del Departamento de Recursos y Organización, de forma inmediata. La nomenclatura que se utilizará será: RG-EAH-AAAA-N, siendo AAAA el año corriente, y N un número correlativo

Se informará a las personas implicadas (denunciante, presunta víctima si es diferente de la persona denunciante, persona denunciada) de la apertura de dicho expediente.

iii. **Investigación**

En el plazo de cinco días hábiles, se reunirá la Comisión de Conducta para el estudio de la denuncia recibida y la adopción de las medidas cautelares para la protección de la presunta víctima, en caso de que se considere necesario. En ningún momento estas medidas deberán suponer un perjuicio o menosprecio en las condiciones de trabajo de la presunta víctima ni la modificación sustancial de las mismas.

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

En dicha reunión se establecerá un calendario de entrevistas con las partes implicadas.

La Comisión de Conducta se entrevistará con las partes implicadas y con los testigos que éstas aporten. En el caso de la víctima, ésta podrá ir acompañada de un o una portavoz que podrá hablar en nombre de la víctima cuando ésta no sea capaz de verbalizar los hechos. Dichas entrevistas guardarán en todo momento la confidencialidad sobre la intervención de dichas personas en el proceso y de dicho procedimiento en sí. La Comisión podrá reunirse con ambas partes para mediar a fin de llegar a una solución que sea aceptada por las partes implicadas.

En un plazo de quince días naturales, la Comisión de Conducta o agente externo, en el caso de que se haya requerido su asesoramiento, emitirá un informe con el resultado de dicha investigación y con las actuaciones que se consideren convenientes.

Si se determina la existencia de indicios de acoso se adoptarán las medidas correctoras y sancionadoras oportunas. En el caso de que no consten indicios de situaciones de acoso, el expediente se archivará.

En todo caso, el resultado de la investigación se comunicará a las partes implicadas.

Cuando las denuncias y/o declaraciones sean falsas o dolosas, podrán ser constitutivas igualmente de actuación disciplinaria.

iv. Tipificación de las conductas constitutivas de acoso sexual y por razón de sexo

Sin perjuicio de la tipificación de conductas dispuestas en el convenio de organización, así como en el convenio colectivo del sector, en el Anexo 4 adjuntamos todas aquellas conductas que serán consideradas infracción y sancionadas

4. MEDIDAS PREVENTIVAS

Es muy importante adoptar medidas preventivas para evitar cualquier tipo de acoso. En el Anexo 4 se facilitan algunas de las medidas preventivas que se deben poner en práctica para evitar situaciones de acoso psicológico en los centros de trabajo.

5. DURACIÓN, OBLIGATORIEDAD DE CUMPLIMIENTO Y ENTRADA EN VIGOR

El contenido del presente protocolo es de obligado cumplimiento, entrando en vigor en la fecha prevista en el plan de igualdad de la Fundación, el 10 de diciembre de 2022 o en su defecto, a partir de su comunicación a la plantilla de la organización, a través del correo electrónico habilitado, manteniéndose vigente durante el mismo plazo del plan de igualdad.

Así mismo, el protocolo será revisado en los supuestos y plazos determinados en el plan de igualdad en el que se integra.

El presente procedimiento no impide el derecho de la víctima a denunciar, en cualquier momento, ante la Inspección de Trabajo y de la Seguridad Social, así como ante la jurisdicción civil, laboral o penal.

Anexos:

- Anexo 1: Guía para la identificación de tipos de acoso
- Anexo 2: Composición y funcionamiento de la Comisión de Conducta
- Anexo 3: Formulario de Denuncia
- Anexo 4: Infracciones y sanciones
- Anexo 5: Medidas preventivas
- En caso necesario, pedir anexos en Administración.

Elaboración y vigencia

Fecha realización: Diciembre 2022

Personal que lo ha elaborado: Comisión de Igualdad

Vigencia: 1 enero 2023

Valoración de Funcionamiento: 1 enero 2024

Fecha de revisión y firma:

Firma:

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES DE DISCRIMINACION A PERSONAS LGTBI.

Objetivo:

1. Velar por un entorno seguro en la residencia, respetando en todo momento la libertad afecto-sexual, identidades sexuales y expresiones de género, facilitando la inclusión, protección, acompañamiento y asesoramiento de las personas LGTI.
2. Informar, formar y sensibilizar en materias y diversidad afecto-sexual, así como en las formas de discriminación, tanto a los residentes como a nuestros profesionales.
3. Establecer medidas preventivas para evitar situaciones de discriminación o maltrato.
4. Disponer procedimientos de intervención para resolver situaciones de discriminación o maltrato con la máxima celeridad.

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

5. Garantizar ejercicio de todos los derechos de nuestros residentes; derecho a la intimidad, derecho a la integridad física y moral y a la no discriminación.

Población a quién va dirigida: Residentes, familiares y trabajadores LGTBI con independencia del grado de autonomía funcional.

Se tendrá especial atención

- a) Personas mayores con diversidad funcional, personas que ingresan acompañados por su pareja.
- b) Personas mayores que viven se expresan y visten conforme a su identidad sexual y/o expresión de género que eligen en cada etapa de su vida.
- c) Personas mayores que han sido víctimas de abusos, discriminación y/o exclusión por su orientación sexual, identidad o expresión de género.
- d) Personas mayor inmigrante sensible a la diversidad afectivo-sexual.

Profesionales implicados:

Todos los profesionales del Centro en especial: Dirección, Médicos, Psicóloga, Trabajadoras Sociales y Terapeutas Ocupacionales.

Descripción de la actuación:

QUIÉN puede activar el Protocolo: la persona que sufre la discriminación o maltrato, otra persona usuaria del Centro, las familias de los usuarios o el personal del Centro.

CÓMO: Por teléfono, verbalmente, por escrito o por Hoja de Reclamaciones.

ANTE QUIÉN: Servicio de Inspección y/o Dirección del Centro.

Pasos a seguir:

1. La persona que se encuentre en una situación de discriminación o maltrato lo expresara por cualquier medio (verbal, escrito o gestual) que le sea posible dirigiendo esta denuncia o comunicación a la Dirección o servicio de inspección de la Junta de Andalucía.

• *Teléfono Atención Personas Mayores de la Junta de Andalucía 900858381.*

2. Una vez realizada la comunicación se abre el expediente, comenzando el proceso de intervención, con 4 fases: Notificación, Investigación, Valoración e Intervención:

2.1 FASE NOTIFICACION:

La persona que realice la denuncia podrá hacerlo mediante el Modelo 1, la Dirección o en su ausencia el personal técnico que lo reciba lo recepcionará, firmará, sellará y entregará a la persona interesada, entregándola en Dirección a la mayor brevedad posible.

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

La Dirección notificará al servicio de Inspección la denuncia o comunicación y convocará a la Comisión Técnica de Seguimiento en un plazo **máximo de 5 días**.

2.2 FASE DE INVESTIGACIÓN:

La Comisión Técnica de Seguimiento (CTS) realizará:

- a. Recepción (por la secretaria) y revisión de la documentación aportada.
- b. Valorar la queja que da origen a la situación vejatoria.
- c. Realizar entrevistas para recopilar información (Modelo 3); primero a la persona denunciante y luego a los testigos para recabar información y constatarla.
A la persona denunciada se le informara de los hechos que están siendo investigados, se le preguntar si son ciertos o no, se le invitara a que se pronuncie al respecto y aporte cuantas pruebas apoyen su declaración. Podrá asistir acompañada. Se le informara de las posibles medidas disciplinarias.
- d. Informar a las personas que se encuentran en una posible situación de acoso, maltrato o discriminación de las acciones que puede ejercer, así como de los recursos existentes a nivel social, asociativo, judicial y policial. Advertir de las consecuencias legales de los falsos testimonios o pruebas aportadas.
- e. Informará a la familia o tutor legal en el caso de que la persona se encuentre incapacitada o afectada por deterioro cognitivo.
- f. Realizar informe preliminar sobre la situación y riesgos en su caso tomar medida de protección y seguridad que garanticen el bienestar de la víctima.
- g. Si el hecho es constitutivo de un delito, presentara la denuncia.
- h. Registrar la sospecha de maltrato en la Historia Social dejando constancia de manera descriptiva.
- i. Seguimiento y control del caso.

Las partes implicadas podrán aportar documentos u otras pruebas a la CTS en cualquier momento de la Fase de Instrucción. Para llevar a cabo esta fase se aconseja realizar un informe preliminar en el plazo de **15 días laborales**, que podrá ampliarse posteriormente.

2.3 FASE VALORACIÓN:

Una vez analizada la información por la CTS realizara un informe de Valoración (Modelo 4) en un plazo no superior a **7 días laborales**. Dicho informe será remitido a la Dirección General de Violencia de Género, Igualdad de Trato y Diversidad, a la Dirección General de Personas Mayores y al servicio de inspección correspondiente.

El informe debe concluir:

- a. Que no se ha dado la situación
- b. Que, si se ha dado, lo que activará la siguiente fase o se informará a fiscalía.
- c. Que, si se ha dado la situación, pero no es en contra de la libertad y diversidad afectivo-sexual, identidad sexual y/o expresión de género.

En el informe se recogerán pruebas y calificarán los hechos como leve, grave o muy grave, conforme a lo establecido en Ley 87/2018 de 28 de diciembre (art.60, 61 y 62).

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

Se tendrá en cuenta en la valoración la reincidencia, si la víctima se encuentra en especial situación de vulnerabilidad, si ha sufrido alteraciones psicológicas por el hecho, si han existido represalias o presiones y si ha sufrido violencia por su libertad sexual.

2.4 FASE DE INTERVENCIÓN:

Sera propuesto por la Dirección en un plazo de **5 días** según el Modelo 5. La sanción se establecerá según la Ley 8/2017 (art.65 a 71).

Se informará del Plan de intervención a la Dirección General de Violencia de Género, Igualdad de Trato y Diversidad, a la Dirección General de Personas Mayores y al servicio de inspección correspondiente.

El Plan de intervención debe ser interrumpido si el denunciante retira la notificación.

El plan de intervención por lo general incluirá:

- a. Mediación: Si las partes están desacuerdo y a petición del denunciante. Lo desarrollará una persona con experiencia en mediación. Se levantará acta de acuerdos y medidas (Modelo 4).

De no existir acuerdo la CTS valorará presentar denuncia y propondrá medidas disciplinarias. El denunciante de no estar desacuerdo con el acuerdo podrá denunciar vía judicial.

- b. Medidas cautelares y disciplinarias

En el caso de acuerdo en la mediación se entenderán como medidas disciplinarias dichos acuerdos.

La propuesta de medidas cautelares, siempre q la CTS aprecie discriminación o maltrato y lo motive consistirán principalmente en el seguimiento del estado de salud, la adscripción provisional de la persona causante de los daños a otro centro o cualquier otra medida que se considere adecuada.

Las medidas han de estar fundamentadas, justificadas y recogidas en el Plan de Intervención. La Dirección valorará y pondrá en marcha la medida.

Este Plan de Intervención podrá incluir las medidas disciplinarias oportunas basadas en hechos y datos recogidos en el informe.

Se recomienda el plazo de **10 días** para elaborar medidas cautelares o disciplinarias desde la emisión del informe de Valoración.

- c. Medidas para mayores: a la persona que se sospecha que es víctima hay que atenderla y asesorarla, se le ayudara a tener más autonomía y conocer las opciones a su disposición y elegir. Se trabajará con la persona que provoco la situación de malos tratos. Sobre los motivos, consecuencias y gravedad de la situación.
- d. Medidas para profesionales: Cuando el causante sea un trabajador se realizará una apertura de un expediente sancionador, siendo la Dirección quien adopte las medidas.

1. SEGUIMIENTO Y CONTROL

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

La Dirección será la responsable del seguimiento y control de las medidas acordadas, para ello se reunirá con la persona objeto de la discriminación y la persona discriminatoria de forma periódica durante el año siguiente a la finalización del procedimiento.

Deberá evaluar la efectividad de las medidas y aplicación de medidas acordadas por CTS, corrigiendo posibles fallos.

Se realizará un Informe Final cuando se dé por cerrada la situación en el que se recoja procedimientos seguido, medidas y resultados.

Registros: Programa Resiplus

Modelos 1, 2, 3, 4, y 5

Actas de CTS

Elaboración y vigencia:

Fecha realización: 21 junio 2021

Personal que lo ha elaborado/revisado: Fátima Villar Puerto, Dr. Javier Benítez Rivero.

Vigencia: 1 julio 2021

Valoración de Funcionamiento: 1 de febrero 2023

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024

Firmas:

MODELO 1:

NOTIFICACIÓN ANTE PRESUNTOS CASOS DE DISCRIMINACIÓN Y/O MALTRATO ANTE LA LIBERTAD Y DIVERSIDAD AFECTIVO-SEXUAL

I DATOS PERSONALES DE LA PERSONA QUE PRESUNTAMENTE ES DISCRIMINADA O MALTRATADA

Nombre y Apellido: _____ Fecha: _____

Habitación (solo residentes): _____ Sector (Trabajadores): _____

II PERSONAL QUE NOTIFICA LA PRESUNTA SITUACIÓN DE DISCRIMINACIÓN O MALTRATADA

Nombre y Apellido: _____ Fecha: _____

Habitación (solo residentes): _____ Sector (Trabajadores): _____

III BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS:

IV HUBO OTRAS PERSONAS OBSERVANDO: Si No

En caso afirmativo especificar datos: _____

V ACTUACIONES REALIZADAS POR LA PERSONA QUE NOTIFICA EL CASO (si procede)

Notificación recibida el día _____

Firma

MODELO 2

CONSTITUCIÓN COMISIÓN INVESTIGACIÓN/ACTIVACIÓN DE LA COMISIÓN TÉCNICA DE SEGUIMIENTO

En la Residencia de Personas Mayores de la Fundación C.A. "San José" de Jerez de la Frontera, con domicilio en la C/. Francisco Riba 4 se reúnen los abajo firmantes, el día _____ de _____ de _____ a las _____, en el contexto de la aplicación del TROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES DE DISCRIMINACIÓN A PERSONAS LGTBI EN RECURSOSO DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES,

ACUERDAN:

1º. Constituir la Comisión de Investigación/Activación de la Comisión Técnica de Seguimiento, cuyo propósito será asumir, conforme al Protocolo, el cumplimiento de las siguientes finalidades:

- La recepción y revisión de toda la documentación aportada en la fase denotificación.
- La realización de entrevistas con las respectivas personas implicadas para la recopilación exhaustiva de información.
- Valoración y redacción de informe, para la puesta en marcha, o no, del Plan de Intervención.
- Adopción de medidas cautelares y/o disciplinarias.
- Seguimiento y control de los casos.
- Recomendación de acciones para trabajar la diversidad afectivo-sexual, identidad sexual y expresión de género.

2º. Nombrar a las siguientes personas como integrantes de la **Comisión:**

Y sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión, a las _____ horas del día _____. Firmas:

Presidente/a	
Secretario/a	
Vocal 1	
Vocal 2	

MODELO 3

GUIONES DE ENTREVISTAS

Notas preliminares sobre la utilización

Las guías de entrevista tienen como objetivo facilitar la recogida de información sobre los presuntos casos de trato vejatorio, discriminatorio y/u ofensivo, cuyo origen esté relacionado con la orientación y /o identidad de sexual, como la expresión de género.

Deben utilizarse como herramientas para favorecer el diálogo y conocer con mayor profundidad las circunstancias que originaron la activación del protocolo y a las personas implicadas en el caso. El contenido debe ser adaptado en función del saber profesional, a la realidad del centro, experiencias previas y a las particularidades del caso.

A la hora de realizar las entrevistas resulta clave no emitir juicios de valor ni realizar formulaciones que induzcan las respuestas de las de las personas entrevistadas. Todas las entrevistas y el tratamiento de la información se harán teniendo en cuenta los principios de este protocolo, especialmente los de **confidencialidad y anonimato**

<i>Entrevista a la persona discriminada</i>
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se siente en el centro? Con el personal, las otras personas mayores, etc. • ¿Cree que se dan casos en los que se insulta, burla o deja de lado alguien en el centro por su/la orientación sexual, identidad sexual y/o expresión de género (explicar conceptos) • Le parece que la existencia de estos insultos y burlas es... • De Ud. se han burlado por su/la orientación sexual, identidad sexual y/o expresión de género? • ¿Es la primera vez que sufre este tipo de discriminación? • Se nos ha notificado que ha tenido algún problema con (nombre de la persona que presuntamente ha discriminado) ¿puede contarme qué fue lo que sucedió? • ¿Cómo ha reaccionado ante la situación?, ¿se lo ha contado a alguien?, ¿se lo ha dicho a tu familia? • ¿Ha contado con algún apoyo? • ¿Cómo cree que se podría solventar esta situación?
<i>Entrevista a la persona que discrimina</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Si es persona usuaria: ¿Cómo se siente en el centro? Con el personal, las otras personas mayores, etc. • Si es personal/familiar: ¿Conoce la política sobre libertad y respecto a la diversidad afectivo-sexual, identidad sexual y/o expresión de género del centro? • ¿Cree que se dan casos en los que se insulta, burla o deja de lado alguien en el centro por su/la orientación sexual, identidad sexual y/o expresión de género (explicar conceptos) • Le parece que la existencia de estos insultos y burlas es... • ¿De Ud. se han burlado en alguna ocasión por alguna razón? • ¿Ud. se ha burlado en alguna ocasión de otra persona por su/la orientación sexual, identidad sexual y/o expresión de género?

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

Se nos ha notificado que ha tenido algún problema con (nombre de la persona presuntamente discriminada) ¿puede contarme qué sucedió?

- ¿Por qué cree que esos son motivos para discriminar a alguien?
- ¿Cómo se siente con la situación?
- ¿Cómo cree que se siente (nombre de la persona presuntamente discriminada)?
- ¿Cómo cree que se podría solventar esta situación?

Entrevista a la persona que testifica

- Si es persona usuaria: ¿Cómo se siente en el centro? Con el personal, las otras personas mayores, etc.
- Si es personal/familiar: ¿Conoce la política sobre libertad y respecto a la diversidad afectivo-sexual, identidad sexual y/o expresión de género del centro?
- ¿Cree que se dan casos en los que se insulta, burla o deja de lado alguien en el centro por su/la orientación sexual, identidad sexual y/o expresión de género (explicar conceptos)
- Le parece que la existencia de estos insultos y burlas es...
- Se nos ha notificado que has sido testigo del problema de (nombre de la persona presuntamente discriminada) ¿puedes contarme qué pasó?
- ¿Cómo ha reaccionado ante la situación?, ¿se lo ha contado a alguien?, ¿se lo ha dicho a tu familia?
- ¿Tiene pruebas que pueda aportar?
- ¿Cómo cree que se podría solventar esta situación?

MODELO 4

INFORME DE VALORACIÓN

Código denuncia _____

Persona denunciante _____

Centro: Residencia de Personas Mayores de la Fundación C.A. "San José" de Jerez de la Frontera

Comisión de Investigación/ Comisión Técnica de Seguimiento, compuesta por

En _____, a _____ de _____ 20

Establece que recopilada y analizada la información relativa a la denuncia de

Se concluye que, frente a los siguientes hechos contrastados

Se llega a las siguientes conclusiones:

Y se adoptan los siguientes acuerdos:

Informe de valoración emitido el de de

Firmado el/la Presidente/a Comisión de Investigación/ Comisión Técnica de Seguimiento

5.- PLAN DE ACTUACIÓN

Código denuncia _____

Persona denunciante _____

Centro: Residencia de Personas Mayores de la Fundación C.A. "San José" de Jerez de la Frontera

Breve descripción de la situación de disminución y/o maltrato

Identificación de las partes implicadas

Objetivos del Plan de intervención

PLAN DE INTERVENCIÓN

MEDIACIÓN

MEDIDAS PARA MAYORES

MEDIDAS PARA PROFESIONALES

MEDIDAS CAUTELARES

Protocolos Asistenciales de Prevención y Atención 2023

MEDIDAS DISCIPLINARIAS
RECOMENDACIONES

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS MEDIDAS ACORDADAS

--

EVALUACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

Emitido el _____ del _____ de _____

--

Firmado el/la Presidente/a de la Comisión de Investigación / Comisión Técnica de Seguimiento