



Prestación del Servicio de la Residencia Asistida a Personas Mayores

CÓDIGO DE DOCUMENTO: PR85RAPM0101

Estado: Vigor

ÍNDICE	1
1.- OBJETO	3
2.- ALCANCE	3
3.- REFERENCIAS	3
4.- DEFINICIONES	3
5.- DESCRIPCIÓN	4
6.- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	28



Prestación del Servicio de la Residencia Asistida a Personas Mayores

CÓDIGO DE DOCUMENTO: PR85RAPM0101

Estado: Vigor

1.- Objeto

El objeto del presente proceso es describir el conjunto de servicios que se ofrece a los residentes ingresados en la Residencia Asistida de Personas Mayores del Complejo Asistencial Benito Menni.

2.- Alcance

Podrán ser usuarios de las plazas concertadas en la Residencia las personas de ambos sexos, mayores de 60 años, que se encuentren afectados de procesos psico-geriátricos crónicos acompañados de graves trastornos de conducta, de difícil manejo, que requieren atención y seguimiento por personal especializado. La orden 475/2006 de 17 de marzo añade a la anterior norma vigente que en los supuestos de Alzheimer o senilidad prematura, que provoque gran dependencia, podrán ser usuarios de plaza residencial las personas que tengan cumplidos 55 años.

Los usuarios que pueden acceder a estas plazas podrán ingresar a cargo de la Consejería de Servicios Sociales y Familia, ISFAS, otras mutualidades, así como ingresos privados y procedentes de otras Áreas Asistenciales del Complejo (UCPP, RDIA)

3.- Referencias

- Manual de Gestión del CABM.
- Norma UNE-EN ISO 9001:2008:
7.5.1 Control de la prestación del servicio.
- Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.
- Protocolo de Traslados Internos.
- Protocolo de Alta.
- Protocolo de Traslados Externos.
- Protocolo de exitus.
- Protocolo de fuga.
- Protocolo de Inmovilización terapéutica.
- Protección de datos.

4.- Definiciones

Las Residencias de Mayores constituyen un recurso socio-sanitario considerado fundamental para la atención de aquellas personas que, por circunstancias personales o familiares, no pueden permanecer en su domicilio. La importancia de este recurso se acentúa en el caso de aquellas personas que, por su situación física o psíquica, no pueden valerse por sí mismas y,

entre ellas, aquellas que por presentar trastornos graves de conducta necesitan una atención permanente y especializada. Esta atención requiere que se dispongan de una organización especialmente diseñada para ello y de los medios técnicos y personales adecuados.

El objetivo fundamental es pues proporcionar:

- Atención geriátrica integral por un equipo interdisciplinar.
- Especialización en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de alteraciones conductuales asociados a patología de base.
- Promoción de un envejecimiento activo.

5.- Descripción

5.1. PROCESO DE ADMISIÓN.

5.1.1 INGRESOS EXTERNOS PROCEDENTES DE LA CONSEJERIA DE SERVICIOS SOCIALES Y FAMILIA:

Hay dos formas de ingresar:

1.-Plaza tramitada por la Dirección General de Coordinación de la Dependencia y el Mayor, cuya lista de espera se gestiona a través del sistema informático de la Comunidad de Madrid (SIDM). Pueden ser ingresos nuevos procedentes de su domicilio o bien traslados de oficio de otros Centros residenciales.

A. PREAMISION DE PLAZAS DE DEPENDENCIA:

•La Comunidad de Madrid, a través del SIDM, genera una lista de espera, la cual se consulta cada vez que se produce una baja en la Residencia de Personas Mayores a cargo de esta Dirección. Se contacta con la primera persona que aparece en la misma. (A partir del 1 de noviembre de 2013 se facilita este listado al Servicio de Admisión para la creación de la lista de espera sociosanitaria en SIAE). Se establece coordinación con la Residencia que deriva o bien con los familiares del futuro residente para informar de los trámites necesarios para su ingreso. Esta coordinación se realiza a través de la Trabajadora Social.

•Se recopila información sobre el estado actual del mismo (informes médicos, sociales, psicológicos, etc...) para conocimiento del perfil y valoración de la posible unidad de ingreso. Dichos informes se entregarán al Servicio de Admisión para que se archiven en gestión documental.

B. SELECCIÓN Y ADMISIÓN:

En caso de internamiento involuntario, se procederá a la admisión del ingreso una vez se reciba la autorización de internamiento del juzgado, que se facilitara al Servicio de Admisión para que se archive en la gestión documental.



Prestación del Servicio de la Residencia Asistida a Personas Mayores

CÓDIGO DE DOCUMENTO: PR85RAPM0101

Estado: Vigor

En caso de ingreso voluntario se establecerá de mutuo acuerdo la fecha de ingreso/traslado, con la familia/futuro residente y Residencia de procedencia.

C. PREINGRESO:

Una vez obtenida toda la información y recopilada la documentación necesaria para el ingreso, la Coordinadora de la Residencia, en función del perfil de la persona a ingresar, acuerda la fecha y la unidad de recepción. En caso de ausencia de la Coordinadora, será el Supervisor de Enfermería, junto al médico geriatra, quien tomara esta decisión.

La Coordinadora informará, a través de un correo electrónico, al Servicio de Admisión, del día de ingreso así como de la unidad y cama de destino, en caso de ausencia de la Coordinadora, será la Trabajadora Social quien informe.

La Coordinadora informará mediante correo electrónico a Supervisora de Enfermería y Equipo Interdisciplinar de la Unidad receptora para su preparación. En su ausencia lo hará la Trabajadora Social.

Se procederá a informar, bien a la residencia del traslado o bien a los familiares, el día y la hora del ingreso por medio de la Trabajadora Social o en su ausencia por medio de la Coordinadora del APM.

Se programará una visita concertada con la familia del futuro ingreso, si lo solicita, para enseñarle la unidad donde ingresará y las instalaciones comunes de la Residencia. Esta visitada en caso de realizarse se llevara a cabo por la Coordinadora y/o la Trabajadora Social. En el caso de que se produzca esta visita y de acuerdo al Reglamento Europeo de Protección de Datos, los familiares que facilitan los mismos se recogerán la información en los formatos específicos que se entregara al servicio de Admisión (Formulario de recogida de datos referentes).

2.-Plaza de Emergencia Social, gestionada por la Dirección General del Mayor.

A) PREADMISIÓN DE PLAZAS DE EMERGENCIA SOCIAL:

Se recibe, por fax, en el Servicio de Admisión la adjudicación de plaza de Emergencia Social por parte de la Dirección General para la Autonomía y el Mayor o bien a través de SDMA con indicación de Emergencia Social. Este Servicio envía copia a Coordinadora y Trabajadora Social de la misma. La Trabajadora Social se pone en contacto con la persona adjudicataria/familia u organismos que derivan, se les informa de los trámites necesarios para ingresar.

Se recopila información sobre el estado actual del residente que va a ingresar (informes médicos, sociales, psicológicos, etc...) para conocimiento del perfil y valoración de la posible unidad de ingreso. Dichos informes se entregarán al Servicio de Admisión para que se archiven en gestión documental.

B) SELECCIÓN Y ADMISIÓN DE PLAZAS DE EMERGENCIA SOCIAL:

Se procederá igual que en Plaza tramitada por la Dirección General de Coordinación de la Dependencia y el Mayor

C) PREINGRESO:

Se procederá igual que en Plaza tramitada por la Dirección General de Coordinación de la Dependencia y el Mayor

5.1.2 INGRESOS EXTERNOS PROCEDENTES DE OTRAS ENTIDADES O PRIVADOS.

A) PREAMISION:

La entidad, la familia o la propia persona interesada se ponen en contacto con la Dirección del Centro solicitando el ingreso.

La Dirección informa a la Coordinadora del posible ingreso remitiendo la información necesaria para su valoración (informes clínicos, informes sociales, contactos con la persona interesada,...). Tras reunión con Trabajo Social, Supervisión de Enfermería y Psicóloga se valora la idoneidad en la admisión del caso.

La Coordinadora una vez realizada la valoración, informa a Dirección de su idoneidad quien autoriza el mismo. En caso de autorización remite los informes al Servicio de Admisión para archivarlos en gestión documental.

B) SELECCIÓN Y ADMISION:

Se procederá igual que en Plaza tramitada por la Dirección General de Coordinación de la Dependencia y el Mayor

C) PREINGRESO:

Se procederá igual que en Plaza tramitada por la Dirección General de Coordinación de la Dependencia y el Mayor

5.1.3 TRASLADOS INTERNOS PROCEDENTES DE OTRAS AREAS DEL COMPLEJO.

A) PREAMISION

Ante la disponibilidad de plaza en el Área de Personas Mayores de Salud Mental, la Coordinadora –en su ausencia el Supervisor de Enfermería- enviara correo al Servicio de



Prestación del Servicio de la Residencia Asistida a Personas Mayores

CÓDIGO DE DOCUMENTO: PR85RAPM0101

Estado: Vigor

Admisión y al Coordinador de UCPP, para informar de este hecho así como solicitar listado de posibles personas candidatas a traslado al APM al Coordinador de UCPP.

B) SELECCIÓN:

La Coordinadora junto al Supervisor de Enfermería o la Psicóloga valoraran las propuestas candidatas y siguiendo el Protocolo de traslado interno decidirá la idoneidad de la persona que se trasladara.

Una vez decidida la persona a trasladar, la Coordinadora informara al Servicio de Admisión para solicitar autorización de traslado. En caso de ausencia de la Coordinadora lo realizara el Supervisor de Enfermería.

C) PREINGRESO:

Tras aprobación por el Servicio de Admisión, la Coordinadora informara al Coordinador de UCPP, por medio de correo electrónico, del día y hora del ingreso, así como de la unidad receptora.

La Coordinadora informara a Supervisora de Enfermería y Equipo interdisciplinar de la Unidad de ingreso, para la preparación del mismo.

5.2. PROCESO DE INGRESO:

Tanto los ingresos procedentes de la Consejería de Servicios Sociales y Familia, otros organismos, privados y procedentes de otras Áreas del Complejo se seguirá de la siguiente forma.

RECEPCIÓN: Ver protocolo del Servicio de Admisión.

La apertura de la Historia clínica se realiza el día de ingreso por personal administrativo del Servicio de Admisión. A la que se le había comunicado fecha de ingreso previamente por correo ordinario/electrónico o de forma telefónica. En los casos de personas derivadas de otras Áreas del Complejo continuaran con el mismo número de historia, aunque se producirá un cambio en EKON en la asistencia. A partir del 11 de marzo de 2020 en traslados internos de UCPP no se realiza cambio de asistencia

Durante este proceso y de acuerdo con el Reglamento Europeo de Protección de Datos se recogerá la información en los formatos específicos, de forma que se realizara el formulario de recogida de datos del paciente o tutor, así como recogida de datos referentes. En aquellos casos que por las características del ingreso, no pudiesen los futuros residentes al servicio de Admisión, estos documentos serán facilitados por Trabajo Social y en su ausencia Coordinadora. En el caso de consentimiento de imágenes del paciente, serán los profesionales

que realicen las mismas (Terapia ocupacional, trabajo social, medico, enfermera de referencia, etc.) los encargados de tramitar el documento correspondiente en el formato específico.

Una vez que se ha producido la apertura de historia en el Servicio de Admisión, así como la entrega de la documentación oportuna para adjuntar a su historia la clínica, la Enfermera de la unidad receptora, junto a Personal Auxiliar, acompañara al Residente y su familia o allegados a la unidad de ingreso.

En los traslados desde UCPP será la enfermera de la unidad donde se encontraba ingresada la Residente quien acompañara a la unidad receptora, tanto a la Residente como a su familia o allegados si los hubiere, así como todos sus pertenencias, documentación de la Residente y todos aquellos informes que hubiese en la Unidad (consentimientos informados de contenciones, informes clínicos de hospitales, citas en hospitales, etc.)

El personal auxiliar realizará el registro de las pertenencias y se asegurará de la identificación de las mismas (cumplimentando el formato F- PR751RAPM0201). En el caso que el nuevo usuario/a sea poseedor de objetos de gran valor al ingreso, se propondrá a la familia que se encargue de la custodia de dichas pertenencias; en caso contrario, la Enfermera de la unidad los registrará en Hª clínica SIAE en el apartado de objetos de custodia e informará a Supervisor de Enfermería para que se determine su ubicación.

ACOGIDA: En la Unidad, la acogida es realizada por el personal de enfermería que procederá a mostrarles la distribución de la unidad, la habitación y las zonas comunes. El Geriatra proporcionará al residente y a la familia la normativa de régimen interno durante la entrevista inicial y estará así mismo presente en la acogida del residente siempre que sea posible.

Durante la primera semana se realiza la presentación del equipo: Psicología, Fisioterapia, Trabajo Social, Terapia Ocupacional y Servicio de Pastoral.

VALORACION INICIAL:

El medico Geriatra responsable de la Unidad de ingreso, realizara entrevista, tanto al residente como los posibles acompañantes, para la recogida de información y realización de la valoración clínica del Residente que quedara registra en la Hª clínica SIAE, Se realizará una nota de ingreso en el evolutivo, donde se recogerán los datos más importantes del Residente en relación a sus antecedentes y las intervenciones a realizar, la Valoración Clínica Común que quedara cerrada en las primeras 24 horas del ingreso, se prescribirá el tratamiento farmacológico y no farmacológico, así como la dieta y serán solicitadas las pruebas complementarias de ingreso.

En el caso de ingresos voluntarios, el Residente firmara el ingreso voluntario mediante el formulario, el médico responsable lo entregara al Servicio de Admisión para incluirlo en Gestión Documental así como en su historia en papel.

En caso de ingreso involuntario, el Coordinador realizara en EKON el ingreso involuntario, facilitándolo al Servicio de Admisión para su envío al Juzgado correspondiente.



Prestación del Servicio de la Residencia Asistida a Personas Mayores

CÓDIGO DE DOCUMENTO: PR85RAPM0101

Estado: Vigor

La enfermera responsable de la unidad realizará entrevista, junto al médico Geriatra, al Residente y los posible acompañantes para la recogida de información y realización de la valoración de enfermería del Residente, que quedara registrada en la Hª clínica SIAE. Se realizara una nota de ingreso en el evolutivo que destacará la información más relevante y establecerá los cuidados de enfermería a seguir, además realizara la valoración de enfermería común que quedara cerrada en las primeras 24 horas de ingreso. Registrará la ubicación que ocupará en el comedor, estos datos, se cumplimentarán en la Hª clínica SIAE.

El medico Geriatra y Enfermera revisaran la documentación que llegue a la unidad al ingreso, dejando el DNI y la Tarjeta Sanitaria en la unidad, en el archivador destinado para ello. Los documentos aportados serán valorados para su entrega a Admisión, definiendo los que deben quedar en Historia en papel y los que se adjuntaran a gestión documental. Los documentos no clínicos serán valorados por Trabajo Social quien decidirá su destino.

5.3. PROCESO DE VALORACIÓN INICIAL

1. DEFINICIÓN.

Tras acoger al residente y realizada la valoración inicial en las primeras 24 horas, durante el primer mes se realizará una Valoración Geriátrica Integral, entendiéndose como el proceso diagnóstico, estructurado, dinámico, multidimensional e interprofesional, que permite identificar las capacidades, problemas y necesidades de la persona mayor en las esferas clínica, funcional, psicológica, social y espiritual.

La valoración geriátrica consiste en el estudio de cada residente con una visión integral en lugar de únicamente como portador o no de enfermedad. Por lo tanto trata a la persona mayor siguiendo un modelo bio-psico-social-funcional-espiritual.

Se realiza en el formato de Valoración Clínica Común en SIAE, tanto para los ingresos internos como para los externos y se lleva a cabo en el primer mes de ingreso, Quedarán recogidos en el mismo los síndromes geriátricos identificados que ayudaran a la definición de intervenciones.

2. OBJETIVOS.

Los objetivos que se plantea la VGI son:

- Mejorar la exactitud diagnóstica en base a un diagnóstico integral (clínico, funcional, mental y social).
- Identificar enfermedades o problemas tratables no diagnosticados previamente.
- Establecer un tratamiento integral adecuado y racional a las necesidades del mayor.
- Mejorar el estado funcional, afectivo y cognitivo, potenciando su autonomía personal.
- Proporcionar una mejor calidad de vida.
- Conocer los recursos del residente y su entorno socio-familiar.
- La ubicación en la unidad más adecuada a sus necesidades y perfil geriátrico, evitando siempre que sea posible la dependencia.
- Disminuir la mortalidad.
- Identificar los grandes síndromes geriátricos y servir de ayuda para el fomento del envejecimiento activo.
- Servir de ayuda para la elaboración de planes de actuación encaminados a la promoción del envejecimiento activo.

3. DESCRIPCIÓN.

3.1 Valoración de la esfera clínica

3.1.1. **Valoración clínica por Médico Geriatra:** Al ingreso se realizará entrevista y exploración clínica que quedarán registradas en la evaluación de la Valoración Clínica Común en SIAE, que a partir del 1 de abril del 2019 se denomina Valoración Geriátrica Común. así como una nota resumen en el Evolutivo. Además, se realizará valoración sobre la presencia de algunos de los grandes síndromes geriátricos: inmovilidad, caídas, malnutrición, deterioro cognitivo, Trastorno del estado de ánimo, deprivación sensorial, estreñimiento, incontinencia, disfagia y malnutrición.

La valoración clínica se cerrará en las primeras 24 horas y si es necesario, se abrirá una nueva valoración para recoger los grandes síndromes geriátricos, que se cerrara antes del mes del ingreso.

En la primera semana se hará una valoración por parte del psiquiatra de referencia del Área que quedará registrada en EKON mediante valoración psiquiátrica común o en su defecto mediante nota en el evolutivo.

La valoración clínica/geriatrica común, que quedara registrada en el SIAE, consta de los siguientes apartados:

a) Anamnesis Debe incluir:

- **Antecedentes personales:** Antecedentes médicos (somáticos y psiquiátricos), enfermedades actuales, intervenciones quirúrgicas, tratamientos farmacológicos previos,



Prestación del Servicio de la Residencia Asistida a Personas Mayores

CÓDIGO DE DOCUMENTO: PR85RAPM0101

Estado: Vigor

etc. determinando su repercusión sobre la esfera funcional y mental.

- **Antecedentes familiares de** interés conocidos.

- **Antecedentes psicosociales de interés**

- **Información sobre la enfermedad actual y el motivo de ingreso.**

b) Exploración física.

Se realizara inspección general y exploración por aparatos/sistemas

c) Pruebas complementarias. (Solicitud y registro en Peticiones SIAE)

En una valoración inicial se solicitarán: analítica con hemograma, ionograma, bioquímica básica (glucemia, creatinina, colesterol, proteínas, transaminasas, fosfatasa alcalina), y sedimento de orina a valoración médica. En caso de estudio de deterioro cognitivo, se añadirá serología de lúes, vitamina B12, ácido fólico y TSH (hormona tirotrópica).

Esta analítica podrá ser ampliada con otras determinaciones en relación con la historia y clínica del residente.

Además se solicitará un electrocardiograma y radiografía de tórax (PA y L). Se incluirán ambos en el registro de peticiones con descripción de los resultados. El ECG se subirá a gestión documental en el apartado de pruebas complementarias.

Estas pruebas complementarias se realizarán en los primeros quince días de ingreso o cuando la estabilidad psicopatológica del residente lo permita. A partir de mayo de 2020 se retrasaran estas peticiones a suspensión de aislamientos respiratorios por ingresos recientes en relación a protocolos de prevención asociados a infección COVID 19

d) Codificación de diagnósticos en CIE_10 en SIAE.

Se registrará el diagnóstico principal siguiendo la codificación CIE-10 así como los diagnósticos secundarios principales.

e) Prescripción farmacológica, no farmacológica y de dieta. (en Hª clínica SIAE)

Al ingreso el médico geriatra realizará la prescripción farmacológica y no farmacológica, así como la dieta específica a las características de cada residente, registrándose en el SIAE.

En la prescripción no farmacológica figuraran: contenciones mecánicas previsibles, oxigenoterapia si precisa, control de constantes (al menos toma de tensión arterial mensual), registro antropométrico, cambios de sonda y perfiles glucémicos en diabéticos. Refiriendo en todos ellos la frecuencia de la realización.

f) Necesidades detectadas.

Figuraran las necesidades detectadas con el objetivo de implantación en plan de atención individualizado

3.1.2. Valoración clínica por Enfermería:

Se realizará para la recogida de aspectos básicos con el fin de elaborar la valoración de enfermería por patrones de salud, que quedará registrada en Hª clínica dentro de las primeras 24 horas tras el ingreso, pudiendo realizarse ampliación de la valoración en el primer mes de ingreso si no se han identificado todos los datos necesarios.

Se establecen unas pautas iniciales de cuidados de enfermería que quedarán reflejadas, como un anota tras el ingreso, en el evolutivo. Posteriormente se establecerá el plan de cuidados definitivo en función de las necesidades detectadas, además de la consulta de enfermería que se llevará a cabo en los primeros treinta días, y si es necesario, se abrirá una nueva valoración para recoger la información complementaria.

En el primer mes se realizará la consulta de enfermería que quedará registrada en EKON. Toda esta valoración se llevará a cabo por la enfermera responsable y quedará registrada en el SIAE. Esta consulta se realizará de forma anual y asociada a la realización de PAI.

3.2 Valoración de la esfera funcional

Las enfermedades pueden causar deficiencias (pérdida de una estructura o función) y éstas a su vez incapacidad (pérdida de la capacidad para realizar una actividad), lo que generará dependencia (necesidad de ayuda de otros). La incapacidad y la dependencia son las que más preocupan al residente y a sus cuidadores y son las que se intenta evitar o mejorar con un diagnóstico y tratamientos funcionales.

La valoración funcional es el proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.

Las actividades de la vida diaria se clasifican en actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD).

En las ABVD incluimos aquellas tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (aseo, vestido, alimentación...). Las AIVD hacen referencia a aquellas tareas en las que la persona interacciona con el medio para mantener su independencia (cocinar, comprar, uso del teléfono...) y las AAVD incluyen aquellas que permiten



Prestación del Servicio de la Residencia Asistida a Personas Mayores

CÓDIGO DE DOCUMENTO: PR85RAPM0101

Estado: Vigor

al individuo su colaboración en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso.

La valoración funcional es realizada por dos profesionales, enfermería y terapeuta ocupacional, quedando registrado en el SIAE.

Valoración funcional por enfermería:

Con el fin de tener una visión general de la salud y funcionalidad del residente, se realizará una valoración de enfermería con la detección de necesidades por patrones de salud, que quedará reflejada en el formulario de Valoración de Enfermería de EKON. Además se incluye al residente en la consulta de enfermería PT751APM0207, procedimiento en el cual se establecen distintos controles por patrones de salud y la realización de diferentes escalas estandarizadas (MNA, Norton, Riesgo de UPP). Además se programará la inclusión en la toma de registros antropométricos y constantes vitales. La finalización de este proceso se llevará a cabo en los treinta primeros días tras el ingreso.

La valoración de enfermería y las escalas se realizarán en las primeras 4 semanas de ingreso y en todas las revisiones anuales. Quedando registradas las escalas en el módulo de EKON.

Valoración funcional por Terapia Ocupacional (TO):

Con el fin de conocer la situación funcional del residente en cada actividad de la vida diaria, se realizará, por parte de terapeuta ocupacional, las siguientes escalas estandarizadas: Barthel, MIF (Medida de Independencia Funcional), Índice de Lawton, Escala Tinetti (equilibrio y marcha), listado de roles, listado de intereses y Folstein. Estas valoraciones se realizarán en el primer mes de ingreso y en todas las revisiones anuales, quedando registradas en el módulo de escalas de EKON. Los listados de roles e intereses quedaran registrados en valoración de terapia ocupacional. Desde el 1 de enero de 2021 el Folstein será realizado de forma anual por Psicología y el Tinetti será realizado en unidades C y E por Fisioterapia

El terapeuta ocupacional realizará una valoración quedará reflejada en la Historia Clínica (HC) del SIAE en "Valoración de terapia Ocupacional". Esta valoración se realizará en todos los ingresos dentro de los treinta primeros días, con el objetivo de recoger la información necesaria para elaborar el perfil ocupacional del residente.

Se distinguen las siguientes áreas:

- Áreas de Ocupación:

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).
Educación.
Trabajo.
Ocio.
Participación social.

- Volición:

Causalidad personal
Valores
Intereses

- Patrones de ejecución:

Hábitos y rutinas
Roles

- Destrezas de ejecución:

Funcionamiento psicomotor: destrezas cognitivas, motoras y praxias, sensoriales-perceptuales, de regulación emocional en el contexto de su desempeño ocupacional.

Habilidades de comunicación e interacción social: se valoran las destrezas en relación a corporalidad, intercambio de información y relaciones interpersonales.

Para la elaboración de este perfil ocupacional, el TO se servirá de entrevistas al residente y de la observación directa del mismo durante el desempeño de ocupaciones en su entorno. Se utilizarán, las siguientes herramientas de valoración: Listado de Roles Y Listado de Intereses. A criterio del TO, se podrán utilizar las Hojas de Registro de Hábitos Básicos de Trabajo y otros modelos de registro. Se ampliará la información con los datos aportados por el resto del equipo interdisciplinar.

Estos datos se recogen en la valoración de TO en EKON y en el apartado de escalas de EKON.

3.4. Valoración de la esfera mental.

En la valoración del estado mental, llevado a cabo por la figura del psicólogo, es importante atender al estudio tanto de la esfera cognitiva, afectiva y neuropsicológica además de tener en cuenta otros trastornos asociados.



Prestación del Servicio de la Residencia Asistida a Personas Mayores

CÓDIGO DE DOCUMENTO: PR85RAPM0101

Estado: Vigor

En la valoración cognitiva, se determina la existencia o no, de deterioro. Conocer el grado del mismo nos permite, estimar la calidad de la información que aporta el residente sobre él, su enfermedad y capacidad para comprender la información que recibe.

La evaluación cognitiva, además, permite detectar los cambios que pueden producir a lo largo del tiempo, influyendo en las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Desde que un residente ingresa en el Centro, el psicólogo tiene el plazo de 30 días para realizar la valoración psicológica. Dicha valoración quedará registrada en el SIAE cumplimentando las siguientes áreas:

- **Área cognitiva:** Se evaluará la orientación, percepción, lenguaje, memoria, atención y concentración de la persona.
- **Área afectiva:** Se evaluará el estado emocional y los síntomas afectivos en caso de manifestarlos.
- **Área funcional/conductual:** Se tendrá en cuenta la capacidad de funcionalidad asociada a la existencia o no, de deterioro cognitivo, si presenta o no trastornos de conducta así como los síntomas de ansiedad asociados.

La evaluación de las diferentes áreas anteriormente citadas, sirven al psicólogo para la detección de las necesidades así como como plantear los objetivos a trabajar con el residente. Dichos objetivos se comparten en las reuniones sobre los Planes de Atención Individualizados (PAI) con el equipo interdisciplinar de cada unidad.

Las pruebas psicológicas utilizadas para la evaluación inicial son:

- Pfeiffer:
- Thalman:
- Yesevage:

El resultado de dichas pruebas quedara reflejado en la valoración de psicología de EKON. Desde el 1 de enero de 2021 se realizara el Folstein anual por Psicología quedando registrado en el módulo de escalas de EKON

En función de los resultados de dichas pruebas y de la observación del residente, se valorará la administración de otras pruebas complementarias como: LOBO, Inventario Neuropsiquiátrico (NPI), Reisberg, etc.

En la misma evaluación, se estudiará el área neuropsicológica, valorando las praxias y gnosis del residente. En este punto, el psicólogo administrará una batería de pruebas adicionales consistentes en imágenes de: objetos, personajes públicos, ciudades, colores,

relojes, figuras geométricas inacabadas e imágenes en diferentes posiciones, entre otros. Además de objetos físicos de diferentes materiales acompañados de tarjetas donde se describen las indicaciones a seguir.

Los resultados de dicha evaluación, quedarán registrados en el apartado de observaciones de la Evaluación Psicológica.

Valoración afectiva

Los síntomas depresivos y las alteraciones del estado de ánimo tienen importantes repercusiones sobre la calidad de vida, la situación funcional y cognitiva.

Psicología pasará la siguiente escala, YESAVAGE, para determinar el estado afectivo y conductual.

Dicha valoración quedará reflejada en la Evaluación Psicológica, en el apartado test utilizados.

Valoración Conductual:

Los trastornos de conducta asociados a procesos de deterioro cognitivo o Trastorno mental, tienen importantes repercusiones a nivel convivencia con el resto de residente.

El psicólogo elaborará un documento de pautas de conducta a petición del equipo Interdisciplinar o por observación del residente quedando reflejado en su nota evolutiva y se guardará, dicho documento, en la carpeta de Equipo multidisciplinar y se facilitará una copia para que quede a disposición del personal asistencial. La carpeta está físicamente ubicada en el botiquín de cada unidad.

Realización de informe psicológico:

El psicólogo elaborará un informe de cada residente siempre que sea requerido por otros profesionales del equipo Interdisciplinar o por otros organismos públicos o por Tutores/familiares responsables.

3.5. Valoración social

Nos permite conocer el entorno y las redes sociales del mayor, su historia familiar y social, así como la forma de relacionarse. Nos va a dar información de los problemas que puede presentar a nivel social, económico, legal y/o familiar y nos orienta para establecer los objetivos a trabajar. En función de ellos podremos ubicar al residente en el nivel asistencial adecuado y tramitar los recursos sociales que va a precisar.

La Historia social del mayor se elabora a través de los datos recogidos previamente al ingreso (contactos telefónicos con el Centro u organismo que deriva, informes de derivación, entrevista previa con el familiar responsable...) y la entrevista personal con el mayor y/o su familia, tras el ingreso.



Prestación del Servicio de la Residencia Asistida a Personas Mayores

CÓDIGO DE DOCUMENTO: PR85RAPM0101

Estado: Vigor

Todas estas acciones quedarán registradas en el evolutivo del residente en EKON.

La Trabajadora Social, dentro de los 30 días siguientes al ingreso, tiene que haber realizado la valoración social del residente en EKON, que incluye aspectos como las relaciones familiares, la unidad de convivencia previa al ingreso, la situación de la vivienda (si tuviera), las redes de apoyo (tanto formales como informales), su autonomía social, la trayectoria, así como su situación económica y jurídica.

De esta valoración surgen las necesidades y los objetivos de actuación que la trabajadora social se plantea con el residente, poniéndolos común con el resto de los miembros del Equipo Interdisciplinar, en las reuniones para la elaboración del PAI. Dichos objetivos se revisarán cada seis meses y cualquier intervención se dejará reflejada en la nota evolutiva del SIAE.

La Trabajadora Social elaborará un **Informe Social** del residente cuando sea requerido por parte de Coordinación, Organismos judiciales y/o administrativos, dejando copia del mismo en EKON.

La Trabajadora Social será la encargada del envío a la Dirección General para la Dependencia y el Mayor de las peticiones de traslado a otros recursos asistenciales, solicitados por los familiares/Tutores o Residentes.

3.6. Valoración espiritual

El Servicio de Pastoral establecerá un primer encuentro con el objeto de intercambiar información a través de una entrevista de valoración inicial para detectar las posibles necesidades espirituales y religiosas del residente y darle la respuesta adecuada. El resultado de la entrevista se recogerá en el Registro de Pastoral, F-PR751CAB0803. Si se elabora un plan de intervención para el paciente, se recogerá en el registro F- PR751CAB0804.

Esta valoración se lleva a cabo desde el Servicio de Pastoral en el momento en que se comunique la estabilidad del paciente por parte del equipo asistencial. Por lo tanto, no se fija un plazo para la realización de dicha entrevista. En algunos casos puede dar lugar a la imposibilidad de su realización dada la situación psicopatológica del paciente a pesar de ser ofrecido este servicio a todos los residentes a lo largo de su estancia en el centro.

5.4.PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUALIZADO

Este documento es de uso exclusivo del personal del Complejo Asistencial Benito Menni. Queda prohibida su reproducción y divulgación sin autorización expresa del Hospital. Las copias en papel son documentación no controlada siendo válidas sólo en formato electrónico. Tamaño letra: 8 pt

La complejidad de manejo del residente geriátrico en cuanto a la diversidad e interacción de distintos aspectos requiere de una serie de conocimientos, habilidades y aptitudes que no suelen estar al alcance de un único profesional.

La participación de los diferentes profesionales médicos, psicólogo, de enfermería, terapeutas, trabajador social y agentes de pastoral en el abordaje de los diferentes aspectos de la asistencia al anciano permite un abordaje completo dirigido a ofrecer una atención integral en la que todos los profesionales trabajamos para conseguir un objetivo común para el residente.

A los treinta días, tras la valoración geriátrica integral y durante la reunión del equipo interdisciplinar de la unidad, se *elaborará una lista de necesidades* por los distintos miembros del equipo. En esta fase se lleva a cabo una puesta en común de las diferentes valoraciones realizadas (clínica, funcional, ocupacional, mental, social y espiritual) con el fin de destacar los principales problemas activos del residente. La realización de dichas valoraciones por cada profesional permite realizar la planificación de los objetivos y se establece el Plan de Atención Integral (PAI). Cada profesional debe exponer cómo plantea llevar a cabo los objetivos planificados a lo largo del período que falta hasta la próxima reunión del equipo.

A los 6 meses de este primer plan se revisan los objetivos propuestos para esa fecha y se analiza su cumplimiento, y los factores que han podido influir si éstos no se han alcanzado. Se actualiza la lista de necesidades y se acuerdan los objetivos para la siguiente.

Al año se volverán a revisar los objetivos y se redefinirán

La valoración de cada profesional así como los objetivos se realizará en EKON mediante la valoración y el módulo de PAI.

5.5..INTERVENCIÓN

Cada uno de los profesionales intervendrá en la medida que sea necesaria, según los objetivos marcados y durante todo el tiempo de ingreso en el ámbito de los dos campos de actuación que cubren las necesidades del residente de manera integral. Estas intervenciones podrán ser programadas por los distintos profesionales o podrán ser intervenciones a demanda del Residente, familia/tutor o resto del Equipo multidisciplinar.

5.5.1. INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO ASISTENCIAL:



Prestación del Servicio de la Residencia Asistida a Personas Mayores

CÓDIGO DE DOCUMENTO: PR85RAPM0101

Estado: Vigor

Una vez que el residente se ha adaptado se realizará un seguimiento por parte de los distintos profesionales (Enfermería, Geriátrica, Psicología, Terapia Ocupacional y Trabajo Social) que permita actuar en función de la evolución que presenta.

La intervención irá enfocada al mantenimiento integral de los patrones de salud y autonomía del residente, así como de la detección de cualquier problema que pueda alterar el bienestar de los mismos.

1. Tipos de intervención:

- a. Actuación terapéutica o derivación a otro recurso (servicios de urgencias, interconsultas, valoración por Fisioterapeuta...), tras detección de alteraciones en la salud ante descompensación somática o psicopatológica. (las interconsultas externas e internas se realizan a través del módulo de peticiones de SIAE). Se realizaran informes en el caso de derivación a urgencias o a consultas externas que quedaran en el registro de informes de EKON.
- b. Actuaciones dirigidas a cubrir las necesidades detectadas a nivel social, familiar, económico y/o legal, utilizándose: entrevistas personales, correo postal, fax, correo electrónico, teléfono, visita domiciliaria, coordinación con fiscalía, juzgados y otros organismos públicos, etc. Quedaran reflejadas en EKON en evolutivo de Trabajo Social o en módulo de protocolos de EKON.
- c. Actividades de ocio y tiempo libre así como de pastoral que se llevarán a cabo a demanda del residente. Quedaran reflejados en evolutivo de Terapia Ocupacional.

2. Programas

a. PROGRAMAS DE SALUD

Serán responsables de los programas de salud médico y enfermera.

Se desarrollarán programas de control preventivo y seguimiento sistemático a los pacientes que presentan patología crónica somática (HTA, DM, dislipemia...) descritos en la consulta de enfermería. Esto incluye la realización periódica de pruebas complementarias: analíticas, radiografías y electrocardiogramas que quedarán registradas en la Historia Clínica, así como el control de constantes y revisión clínica que se hará como mínimo de forma anual y siempre que exista un cambio clínico importante.

Para la prevención y control de Factores de Riesgo Cardiovascular se realizara la toma mensual de Tensión Arterial, el seguimiento de glucemias basales al menos mensualmente en residentes diabéticos y el control de obesidad con registro antropométrico al menos trimestralmente.

El seguimiento se realizará por parte del Médico y Enfermera de referencia quedando indicado en Estudios, Consulta de Enfermería (por enfermería) y Valoración Clínica Común (por geriatra) en EKON

Mantenimiento de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria: Mantenimiento de los programas de vacunación. Actualización periódica de diagnósticos de todos los residentes con Petición periódica de analíticas y ECG según lo establecido en el plan de seguimiento,

b. PROGRAMAS DE ESTIMULACION COGNITIVA

Al ingreso y durante su estancia en el Complejo los residentes serán evaluados por Geriatra, Psicólogo y Terapeuta ocupacional mediante entrevista y realización de test de despistaje (Folstein, Lobo...) para la detección precoz del deterioro cognitivo.

Aquellos residentes que lo requieran participarán en los talleres de estimulación cognitiva desarrollados en el Departamento de Terapia ocupacional.

Se realiza valoración anual de desarrollo de enfermedad por parte de Geriatra, Psicóloga y Terapeuta ocupacional. En aquellos residentes en tratamiento con inhibidores de colinesterasa serán valorados por consulta externa de neurología por la necesidad de autorización de prescripción del mismo, a partir de marzo de 2021 y en relación con situación de pandemia estas valoraciones y peticiones se pueden realizar a través de consultas no presenciales con Servicio de Neurología/Geriatria del Hospital Infanta Elena

c. PROGRAMAS DE INVESTIGACION

Comunicaciones, artículos, pósters, profundizando en las patologías del área.

d. PROGRAMAS DE SOCIALIZACIÓN Y COMUNICACIÓN

Asamblea de pacientes: Se realizara de forma mensual en las distintas unidades con el objetivo de conocer la opinión del residente y favorecer la interrelación entre pacientes. Quedará registro de la misma en la intranet por parte de Psicología. Además se analizaran por parte de Coordinadora y Supervisor de Enfermería, derivando las quejas y sugerencias si las hubiese al Servicio de Calidad o Departamento correspondiente. El seguimiento se realiza en las anotaciones de la actividad programada en SIAE.

5.5.2. INTERVENCIÓN TERAPIA OCUPACIONAL:

El terapeuta ocupacional, realizará una intervención individualizada, (utilizando como medio la ocupación), con el fin de mantener, adaptar o rehabilitar las capacidades y habilidades del residente y así alcanzar el máximo grado de independencia /autonomía



Prestación del Servicio de la Residencia Asistida a Personas Mayores

CÓDIGO DE DOCUMENTO: PR85RAPM0101

Estado: Vigor

funcional del individuo en las distintas áreas ocupacionales, previniendo así la aparición de déficits funcionales.

Consistente en:

- * Mantener/ prevenir/ estimular: El T.O. elabora programas terapéuticos con actividades y dinámicas de estimulación y entrenamiento de las diferentes áreas (cognitivas, motrices y sociales) de una forma periódica.
- * Adaptación: Se realizará el entrenamiento de estrategias compensadoras (ayudas técnicas) y se adaptará el entorno habitual para que el residente pueda mantener su autonomía/independencia en todas las áreas ocupacionales.
- * Rehabilitación mediante la ocupación significativa para el residente.

La intervención puede ser:

1. Individual.
2. Grupal: Los grupos estarán compuestos entre 5 y 15 residentes. Aunque se trabaje a nivel grupal, siempre se tendrán en cuenta los objetivos individuales.

La Terapia Ocupacional está integrada en los hábitos o patrones de desempeño que el residente presenta en su vida diaria.

Tras la valoración realizada de cada residente se establece un plan de tratamiento. Dicho plan quedará recogido en la valoración de Terapia Ocupacional y se establecerá en el plan de atención individualizada.

El T.O., teniendo en cuenta las capacidades cognitivas, destrezas motoras, independencia funcional, intereses y objetivos individuales de cada residente, le incorporará de una forma progresiva a los diferentes programas (y niveles de cada uno) con una frecuencia diaria o semanal.

Las actividades son planificadas por el T.O. La ejecución la llevará a cabo el T.O. o el/los auxiliares designados para ello, pero siempre con la supervisión del T.O.

Anualmente se realizará una reevaluación del residente y anotará cambios significativos en la evaluación del terapeuta ocupacional en EKON.

Se precisan diferentes Contextos Ocupacionales (espacios):

1. El lugar donde realiza habitualmente la actividad (baño, habitación, comedor,...)
2. En las salas/espacios que hay en la misma unidad.
3. Talleres ocupacionales, espacios exclusivos para una actividad concreta (departamento).

4. Otros espacios o instalaciones que nos ofrece el CABM (Iglesia, salón de actos, jardines,...)
5. Fuera del CABM, los espacios/ instalaciones que nos ofrece la comunidad (biblioteca, cafeterías, sala de exposiciones, plaza de toros,...)

Criterios de exclusión:

- Precisen cuidados permanentes de enfermería.
 - Por indicación del médico geriatra.
 - Presentación de conductas disruptivas, que interfieren negativamente en el grupo.
- Organización de Terapia Ocupacional

Los programas:

- Protocolo del Desempeño Ocupacional en Terapias Creativas. PT751APM0202.
- Protocolo de Estimulación Cognitiva. PT751APM0203.
- Protocolo del Desempeño Ocupacional en Destrezas Motoras. PT751APM0204.
- Protocolo de Actividades de la Vida Diaria. PT751APM0205.
- Protocolo de Cocina. PT 7.5.1.APM0209-01

Desarrollo de los Programas;

Estos podrán realizarse bien en las unidades mediante la supervisión del Terapeuta Ocupacional y en el Departamento de Terapia. Serán los terapeutas ocupacionales quien valoraran donde desarrollar los programas comunicándolo al resto del equipo en las reuniones de valoración del PAI.

Las distintas intervenciones que se realicen desde terapia ocupacional podrán realizarse tanto en el Departamento como en las unidades, quedando definida en la evaluación de terapeuta ocupacional donde realizara las mismas.

Cada año y en el mes de septiembre se revisa el cronograma de actividades definiendo los distintos programas sobre los que se va a intervenir.

5.5.3. INTERVENCIÓN FISIOTERAPIA:

El objeto de la intervención de la Fisioterapia es rehabilitar o mantener las cualidades físicas de los usuarios. La intervención en todo caso será mediante un programa de trabajo individual mediante el siguiente proceso:

El médico geriatra, una vez estime oportuno el tratamiento fisioterápico, realizará la interconsulta en el EKON SALUS de "Petición de Valoración" al fisioterapeuta de referencia, que la gestionará de la siguiente forma:

- 1- Solicitada: la petición ha sido recepcionada pero no gestionada en ese momento.



Prestación del Servicio de la Residencia Asistida a Personas Mayores

CÓDIGO DE DOCUMENTO: PR85RAPM0101

Estado: Vigor

- 2- Confirmada: la petición es recepcionada y se procede a efectuar la "Evaluación de fisioterapia" en un plazo no superior a 20 días desde la recepción de la Petición.
- 3- Finalizada: una vez cerrada la Evaluación del paciente y realizado el informe pertinente y la programación de actividades.
- 4- Rechazada: Bajo criterio del fisioterapeuta y en consenso con el médico geriatra se podrá rechazar la petición, con la adecuada justificación indicada en la misma petición que se recibió.
- 5- Anulada: por diversos motivos como rectificación de indicación médica, exitus o inicio de nuevo proceso patológico.

Proceso asistencial

Tramitada la Petición de valoración y efectuada la Evaluación de Fisioterapia, se procederá a asignar en el Sistema una programación de actividades individual o grupal según proceda, debiendo verificar en el sistema la asistencia a las actividades programadas.

Se confeccionará un horario adicional de actividades (F-PG09CA0703) que se renovará mensualmente y quedará ubicado en los espacios informativos situados en los botiquines y comedores en virtud de facilitar el quehacer diario. Este horario deberá estar fechado firmado por el fisioterapeuta responsable y no deberá albergar nombres completos según lo dispuesto en LOPD.

Cualquier tipo de incidencia, modificación en el tratamiento o anotación se efectuara en el Evolutivo del paciente en el Sistema.

Seguimiento

Registro de Asistencia: Se validarán las actividades programadas en el Sistema de Información a través de la Gestión de Actividades.

Tanto la Evaluación inicial y el Informe deberán ser revisados y renovados en el plazo de un año, en casos de que se estime oportuno y necesario se renovará antes

Alta:

Cuando se considere necesario se procede a realizar un informe de Alta en SIAE.

5.5.4 INTERVENCION PSIQUIATRIA

El objeto de intervención del Médico Psiquiatra es el diagnóstico especializado de aquellos procesos de salud mental que afectan a los usuarios, así como el tratamiento farmacológico y no farmacológico de los mismos.

Las intervenciones por parte del Médico Psiquiatra se realizarán:

- a. Al ingreso con una valoración psiquiátrica que se realizará en la primera semana.
- b. A demanda del Médico Geriatra responsable mediante con reuniones semanales, por parte de Coordinador y Geriatra con Psiquiatra de referencia.
- c. El psiquiatra no participará en los PAI, salvo en aquellos casos que se requiera su presencia por el equipo multidisciplinar.
- d. Elaborará los informes que se soliciten desde las distintas entidades judiciales o de la Dirección para la Autonomía y el Mayor, así como a requerimiento de Geriatra y Trabajadora Social.

5.6. SEGUIMIENTO

- Seguimiento de objetivos:

Tras la elaboración del PAI, en el primer mes desde el ingreso del residente, se procederá a la revisión semestral del mismo. A partir de esta revisión el seguimiento se realiza con elaboración de PAI Anual y revisión semestral.

Siempre que se realice el PAI de evaluación inicial así como en todos los PAIs anuales se elaborará un informe PAI en EKON que será revisado y editado por todos los miembros de Equipo, este informe se entregara al Residente o a Familiares/Tutores, dependiendo de la capacidad del residente, pasado el primer mes de realización del PAI. Se adjuntará un impreso RECIBI PAI que tras la firma del mismo por la persona interesada, que quedará archivado en el botiquín de la unidad del Residente.

- Seguimiento individual por los profesionales:

Se realizarán por parte de los miembros del Equipo interdisciplinar: Psicóloga, medico geriatra, trabajadora social, terapeuta ocupacional y enfermería, evaluaciones anuales y siempre que se considere necesario por cambios importantes en la situación del Residente.

Estas evaluaciones quedaran registradas en EKON en las evaluaciones de cada residente.

Además de las evaluaciones que se realizan con carácter anual, se harán seguimientos en los evolutivos de los residentes de aquellas situaciones que interfieran en su contexto biopsicosocial por cada profesional

- ### - Seguimiento de programas:
- La evaluación de los programas se seguirá según lo establecido en los protocolos correspondientes.

5.7. ALTA

El alta se produce por exitus o traslado a otro recurso. En ambos casos el procedimiento se realiza de acuerdo al Protocolo de Alta establecido en el CABM. PT85UADC0103

En aquellos casos que se produzca un traslado a otro recurso asistencial, el equipo multidisciplinar elaborará en EKON un informe de alta multidisciplinar.



Prestación del Servicio de la Residencia Asistida a Personas Mayores

CÓDIGO DE DOCUMENTO: PR85RAPM0101

Estado: Vigor

En caso de alta por traslado a otro recurso:

CRITERIOS:

1. A los cuatro meses de ingreso, se puede solicitar, bien a petición del propio residente o su familia o su Tutor legal, un traslado a otro Centro. El médico y trabajadora social realizan la petición y los informes definidos por la Dirección General de Coordinación de la Dependencia. La Coordinadora firma la petición y se remite a la Comunidad vía e-mail.
2. Ante estabilización clínica y al cumplir el requisito de la edad (65 años) se puede proceder a solicitar cambio de residencia. Se tramita de igual forma que el caso anterior.

En ambos casos, si el residente está ingresado con autorización judicial, es imprescindible comunicar al Juzgado de zona, el traslado al nuevo Centro.

Por orden judicial también se puede proceder al traslado de un residente, ya que el Juzgado de zona puede no autorizar la continuidad del internamiento.

Alta por éxitus: descrita en el protocolo de éxitus.

5.8. SISTEMA DE COMUNICACIÓN.

5.8.1. Comunicación interna

Reuniones de coordinación de unidades:

Se realizarán con carácter trimestral o ante la necesidad de tratar un tema que así lo requiriese y se realizarán actas de dichas reuniones que quedaran en la Intranet del SIAE desde el 1 de enero de 2019, anteriormente en libros de actas. . Se realizaran en la unidad siendo lideradas por la Coordinadora del Área y el Supervisor de enfermería. Acudirán todos los miembros del Equipo multidisciplinar de la unidad.

Reuniones de Coordinación de equipo interdisciplinar:

Se realizarán con carácter semestral, pudiéndose convocar por parte de la Coordinadora reuniones extraordinarias ante la necesidad de tratar un tema que así lo requiriese. Están lideradas por la Coordinadora del Área. Se elegirá anualmente un Secretario y se realizará acta de dicha reunión que quedara registrada en la intranet de EKON. Acudirán Coordinadora, Supervisores de enfermería, Trabajadora

Social, Psicóloga, Terapeutas ocupacionales, Fisioterapeuta, Geriatra, Enfermeras del Área y Encargadas de Auxiliares del Área.

Reuniones del Equipo Multidisciplinar por unidades:

Se realizarán con carácter mensual en cada unidad, con el objetivo de tratar necesidades e incidencias producidas en la unidad, así como comunicar por parte de Coordinación y Supervisión de Enfermería aquellas decisiones que afecten al Área y la Unidad. Están lideradas por Coordinadora. Acudirán a ellas Coordinadora, Supervisor de Enfermería, Trabajadora Social, Psicología, Médico Geriatra, Terapeuta ocupacional, Enfermería y Encargada Auxiliar.

Reuniones de los distintos grupos del Área

Se establecerán grupos de trabajo (Atención centrada en la persona, disfagia, contenciones mecánicas, etc.) según los distintos objetivos anuales que realizarán las reuniones según el calendario que establezcan y que dejen registrado en actas las mismas que queden en la intranet en recursos compartidos del equipo multidisciplinar del Área de Personas Mayores.

5.8.2. Comunicación externa

Reuniones programadas con otros dispositivos:

- Reuniones inter-áreas:
 - o De Coordinación que son convocadas por la Dirección del Centro.
 - o Por categoría profesional a demanda.
- Visitas a otros centros del sector
- Reuniones programadas con organismos públicos: seguimiento de casos de la Agencia Madrileña.
- Reuniones con otros asociados AMADE.

Informes:

- Informe Judiciales semestrales comunicando la necesidad de mantener internamiento, se realizarán por Coordinadora del APM y se remitirán al Servicio de Admisión quien se encargará de remitirlos al Juzgado correspondiente. Responsable Coordinadora del Área.
- Informes a demanda de residentes, familiares u otros requerimientos Sociales y Judiciales. Responsable Médico Geriatra, Trabajo Social y los profesionales que en cada circunstancia sea necesario.
- Informes de Plan de Atención individualizada anual que se remitirán a Familias/ Tutores



Prestación del Servicio de la Residencia Asistida a Personas Mayores

CÓDIGO DE DOCUMENTO: PR85RAPM0101

Estado: Vigor

o se entregarán a Residentes capacitados. Responsable de los informes el Equipo multidisciplinar.

- Informes a Hospital Infanta Elena u otros hospitales en caso de derivaciones urgentes o para seguimiento de Consultas externas. Responsable de los informes medico geriatra

Contactos telefónicos:

Atención a familias de residentes, seguimiento de residentes hospitalizados y organismos públicos.

5.9. INCIDENCIAS.

Permisos: Establecidos por el Geriatra responsable de la unidad en función de la estabilidad psicopatológica y según decisiones del equipo.

Fugas: Según protocolo de fuga del CABM [PT751CABM0201](#).

Contención mecánica previsible: Según protocolo de CABM.

Derivaciones a otros recursos asistenciales. Según petición de residentes, familia y/o tutores tras valoración de Equipo interdisciplinar.

Restricciones de residentes: Valoradas por el equipo interdisciplinar y registrado en módulo de restricciones de EKON por el Geriatra.

Incidencias registradas de residentes: Se realizaran en el registro de incidencia las caídas, atragantamientos, errores de medicación, crisis epilépticas, traslados urgentes y agresiones que se produzcan en el registro de incidencias de EKON, este registro se realizara por parte de Enfermería.

5.10. ACTIVIDAD INVESTIGADORA

5.10.1. Participar en actividades científicas o estudios clínicos que se realicen en el Complejo por parte de los profesionales del Área.

5.10.2. Asistencia a congresos o cursos específicos de actualización de conocimientos.

6.- Seguimiento y Medición.

Se realiza a través del Cuadro de mando por parte de Coordinadora y Supervisor de Enfermería con seguimiento de los siguientes indicadores: caídas, atragantamientos, errores de medicación, crisis epilépticas, traslados urgentes y agresiones. O aquellos que se puedan incrementar según las distintas necesidades,

Tras el seguimiento y medición se realizara un análisis anual de las incidencias y se tomaran las medidas precisas tras su aprobación por Dirección.