



ASOCIACIÓN
RIOJANA
DE
ESCLEROSIS
MÚLTIPLE

Rey Pastor, 49-51, bajo
26005 Logroño
Tfono. y Fax 941214658
www.ardem.es
ardem@ardem.es



**MEMORIA 2015 DE FUNCIONAMIENTO DE LA
VIVIENDA ESPECIALIZADA PARA PERSONAS
CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE**
ARDEM
Asociación Riojana de Esclerosis Múltiple

Logroño, a 31 de diciembre de 2015

INDICE SERVICIO DE VIVIENDA ESPECIALIZADA:

1. Definición
2. Objetivos
3. Prestaciones, naturaleza de los Servicios
4. Calendario de atención
5. Personas usuarias:
 - a. Características generales de las personas con esclerosis múltiple y ELA
 - b. Derechos y deberes de los residentes
 - Derechos
 - Deberes
6. Medios personales
 - a. Organigrama del servicio de la Vivienda Especializada
 - b. Plantilla de personal
7. Metodología de Intervención:
 - Programa de acogida y adaptación a la vivienda
 - Programa de convivencia y atención de residentes
 - Coordinación de los servicios de vivienda especializada
 - Asamblea general de residentes
 - Programa de salud
8. Gestión de la Vivienda Especializada
 - Gestión de recursos humanos
 - Gestión de recursos materiales
 - Gestión de recursos económicos
 - Plan general contable
 - Implantación del sistema de calidad
 - Prevención de riesgos laborales
 - Aplicación de la ley de protección de datos
 - Elaboración de protocolos de intervención (anexo I)
 - Elaboración de fichas y registros (anexo II)
9. Programa de salud

10. Protocolos de actuación del Servicio de Vivienda Especializada:

- P.01.- Protocolo de ingreso
- P.02.- Protocolo de movilización de pacientes
- P.03.- Protocolo de higiene y aseo
- P.04.- Protocolo de aseo del paciente encamado
- P.05.- Protocolo de estimulación para aquellos usuarios que tengan problemas cognitivos.
- P.06.- Protocolo de actuación en caso de caídas
- P.07.- Protocolo de prevención de las úlceras
- P.08.- Protocolo de la incontinencia urinaria
- P.09.- Protocolo de comida
- P.10.- Protocolo de actuación en caso de problemas de salud de algún residente
- P.11.- Protocolo de actuación en la utilización y administración de medicamentos
- P.12.- Protocolo de actuación en caso de traslado interno de residentes
- P.13.- Protocolo de actuación en caso de ausencia del residente
- P.14.- Protocolo de actuación en caso de urgencia médica de residentes
- P.15.- Protocolo de actuación en caso de hospitalización de un residente
- P.16.- Protocolo de actuación en caso que un residente tenga una enfermedad contagiosa
- P.17.- Protocolo para la atención en servicios de rehabilitación de la asociación
- P.18.- Protocolo de actuación en caso de enfrentamiento entre residentes
- P.19.- Protocolo de intervención y resolución de conflictos e incidencias que surjan en horario nocturno o días festivos
- P.20.- Protocolo de utilización de las llaves de la vivienda especializada:
- P.21.- Protocolo de actuación a seguir con el dinero de los residentes
- P.22.- Protocolo de celebración de cumpleaños de los residentes
- P.23.- Protocolo de cambios de turno, cambios de horario y ausencias del puesto de trabajo de los cuidadores
- P.24.- Protocolo de defunciones

11. Documentación de los servicios de Vivienda Especializada

- Expediente personal
- Diarios de la vivienda especializada
- Registro de control del dinero de los residentes y cajas de dinero
- Registro de comunicación con las familias, visitas y estancias con la familia
- Registro de ausencias de la vivienda especializada
- Registro de cambio de conducta
- Historial medico individual
 - Calendario médico del residente
 - Historial medico
 - Historial farmacológico
 - Registro de visita al médico
 - Registro de peso, cuando sea posible
 - Registro de menstruaciones
 - Registro de control de esfínteres
 - Registro de tensión arterial
 - Registro de aparición de escaras
 - Registro de caídas
 - Registro de ingresos hospitalarios
- Registro de habilidades sociales
- Registro de habilidades de la vida diaria

DEFINICIÓN

Es un Centro especializado destinado a proporcionar atención integral y personalizada, y servir de Vivienda estable a personas que por su tipo de discapacidad o por circunstancias socio-familiares encuentran dificultades para residir en el ámbito familiar o en una vivienda propia.

Con la Vivienda Especializada queremos dar respuesta a:

- La necesidad que tienen las familias que atienden a personas con esclerosis múltiple y patologías afines, con dependencia, de un espacio de respiro, para descansar de la atención de su familiar.
- Atender a necesidades de urgencia, como puede ser el ingreso hospitalario del cuidador principal de la persona dependiente, ofreciendo un servicio de alojamiento y manutención mientras se mantenga la situación de urgencia que provocó el ingreso.
- Proporcionar alojamiento, manutención y asistencia permanente a aquellas personas dependientes con esclerosis múltiple y ELA que se quedan solas, por que no tienen familiares que les puedan atender o que por diversas circunstancias no pueden ser atendidas por su entorno más cercano.

OBJETIVOS:

- Proporcionar alojamiento temporal o permanente, dependiendo del caso, a enfermos de esclerosis múltiple, ELA y patologías afines cuando por circunstancias personales y/o familiares se valore como el recurso más adecuado.

Indicadores:

- Que se utilice la Vivienda por un mínimo de 10 usuarios en el año, 7 con carácter permanente y 3 con carácter temporal.

Han utilizado la Vivienda Especializada nueve personas, seis con carácter permanente y tres con carácter temporal.

Por sexos la distribución ha sido de 6 hombres y 3 mujeres.

- Proporcionar un espacio de respiro a las familias de personas dependientes que están afectadas por esclerosis múltiple, ELA o patologías afines con un grado severo o muy grave de dependencia.

Indicador:

- Que aprovechen el recurso de respiro familiar en estancias temporales por lo menos tres familias.
- Han utilizado el recurso como respiro familiar tres familias.

- Ofrecer a las personas con discapacidad que accedan a este servicio una alternativa de alojamiento a su domicilio.

- Ofrecer un centro ubicado e integrado en la comunidad y para la comunidad.

Indicadores:

- Que participen en 2 actividades que organice la Asociación de Vecinos del ARCO por lo menos 5 de los 9 usuarios.
 - Los usuarios han participado en tres de las actividades organizadas por los vecinos del ARCO.
 - Que salgan por el barrio como mínimo 2 usuarios diarios, salvo que haga mal tiempo
 - Se ha cumplido con este indicador saliendo a la calle a pasear dos usuarios por día.
- Proporcionar los apoyos profesionales necesarios para la adecuada asistencia de estos enfermos, para contribuir a su autonomía personal.

Indicadores:

- Cumplir con la ratio de 2 cuidadores por cada 4 afectados y 1 cuidador por la noche.

Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador

- Comprobar que la formación de los cuidadores que se contraten sea la adecuada
 - Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador. Todos los cuidadores tienen la titulación exigida.
 - Asignar un cuidador con experiencia para la formación de los nuevos cuidadores para la atención de los usuarios de la vivienda.
 - Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador
- Proporcionar los apoyos necesarios para contribuir a su integración social en un entorno normalizado.
Indicador:
 - Comprobar y vigilar que las ayudas técnicas de los usuarios están en correctas condiciones para su uso
 - Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador. Todas las noches se cargan y se revisa diariamente su estado.
 - Fomentar la participación de los usuarios en las actividades comunitarias
 - Se acude a las actividades que se organizan en el barrio y en diferentes colectividades en Logroño.
 - Fomentar la participación de los usuarios en actividades lúdicas y/o de formación.
 - Se facilita la participación de los 9 usuarios en las actividades lúdicas y de formación que se organizan en la vivienda teniendo en cuenta sus capacidades y sus limitaciones.
 - Crear oportunidades de convivencia para el bienestar donde se presten los apoyos estructurales que promuevan la intimidad, de cuidado de uno mismo, de desarrollo de aficiones e intereses personales, de autorrealización, de seguridad, todo ello para favorecer el desarrollo personal y social y la mejora de la calidad de vida.
 - Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador. Se tiene permanentemente en cuenta su intimidad, sus gustos y sus aficiones, promoviendo su autonomía y facilitando su participación. Se realizan reuniones trimestrales para conocer el grado de satisfacción de los usuarios.

PRESTACIONES Y NATURALEZA DE LOS SERVICIOS

SERVICIO DE ATENCIÓN PERSONAL

Los Servicios de atención personal tienen como finalidad proporcionar una atención personal básica, con alojamiento y manutención, así como la asistencia en las actividades de la vida diaria: comida, higiene, vestido, movilidad..., dependiendo de las necesidades de cada residente, entrenar en AVD'S (actividades básicas de la vida diaria), garantizar la seguridad y la higiene atendiendo a las características particulares de cada residente, proporcionar una atención asistencial mediante la prestación de apoyos cuidados y supervisar las actividades de la vida cotidiana.

También es muy importante ofrecer un ambiente hogareño y un clima familiar, facilitar la inserción social y favorecer la máxima integración en la vida comunitaria, potenciar el desarrollo de actividades de cooperación y autoayuda que favorezcan la convivencia, solidaridad y ayuda mutua entre los residentes, así como potenciar la realización de actividades culturales, recreativas y de ocio y tiempo libre que debe ser abiertas e integradas en su entorno comunitario.

a) Alojamiento

Funciones	Tareas
Proporcionar techo	Tareas
Adecuación y confort de servicios privativos y comunes.	Control de las infraestructuras.
Comida y bebida	Tareas
- Dietas para el conjunto de los residentes.	- Alimentos a: <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura adecuada.

	<ul style="list-style-type: none"> • En turnos adecuados. <p>- Control de la ingesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De alimentos. • De bebidas.
- Dietas para residentes con problemas específicos de nutrición y/o hidratación.	<p>Tareas</p> <p>- Prescripción y modificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De dietas especiales. • De ayudas para comer. • De administración de dietas por sonda. <p>• Formación del personal.</p>
Territorio	Tareas
- Seguridad	<p>- Mantenimiento de las instalaciones de seguridad.</p> <p>- Medidas generales de seguridad del edificio y del equipamiento.</p>
- Accesibilidad - Eliminación de barreras arquitectónicas	- Control de las infraestructuras que reúnan en todo momento condiciones de accesibilidad y de eliminación de barreras arquitectónicas
- Privacidad	<p>- Conocer y aplicar las normas éticas y profesionales para la preservación de la confidencialidad</p> <p>- Asegurar privacidad en cuartos ocupados por dos o más personas.</p>
- Atractivo	<p>- Mantener el cuidado estético</p> <p>- Participación del usuario</p>

Indicador:

- Proporcionar a todos los residentes los servicios de alojamiento adecuados a sus características, tanto de los espacios, como del material como de la manutención.

- Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador. Se ha cambiado las dietas en función de las necesidades individuales.

b) Atención Asistencial:

Para todos los residentes:

Atenciones generales:

- Atender a la salud física.
- Atender al funcionamiento cognitivo.
- Atender al funcionamiento afectivo.
- Atender al funcionamiento social.
- Promoción y vigilancia de los hábitos higiénicos
- Sueño y descanso
- Paseo
- Vigilancia de enfermedades y deterioros
- Vacunaciones
- Prevención de enfermedades: respiratorias, urinarias, osteoarticulares, fracturas...
- Control de la temperatura corporal
- Control de la tensión arterial
- Revisiones médicas periódicas

Atender al funcionamiento afectivo:

- Según que los problemas afectivos sean más o menos importantes y según su prevalencia.
- Considerando el comportamiento depresivo.

Atender a la preservación de la propia imagen:

El aspecto de las personas es a la vez síntoma de su estado y factor de mejoría o agravamiento. Por otra parte, constituye un indicador del grado de atención que se le dispensa.

Aseo e higiene personal

- Baño
 - Ayuda al baño/ducha.
 - Baño en cama.
 - Higiene de genitales
- Higiene bucal
 - Higiene de boca y dientes.
 - Higiene de prótesis dentales.
 - Higiene bucal a la persona inconsciente.

Vestirse y desvestirse

- Respeto a la intimidad.
- Ayuda para vestirse y desvestirse y para la elección de ropa adecuada.
- Detección de la falta de ropa.
- Detección de ropa estropeada o desgastada.
- Sistema de obtención de ropa nueva.
- Transporte de ropa.
- Cuidados del calzado (adaptados, bien anudados; lavables para incontinentes).
- Cuidado de la ropa interior: cambio diario de la ropa interior y de calcetines o medias.
- Mantenimiento del orden de los armarios
- Cuidado en la colocación de la ropa: evitar arrugas, que esté bien abrochado...

Para residentes con problemáticas especiales:

Atenciones especiales a residentes de alto riesgo por:

- Deshidratación
- Infección urinaria
- Incontinencia
- Infección respiratoria
- Infección cutánea

- Dolor
- Espasticidad
- Problemas respiratorios
- Problemas de deglución

Atenciones especiales a aquellos residentes con problemas cognitivos:

- Que requieren supervisión en la comida.
- Que necesitan ayuda parcial para la comida.
- Que hay que darles de comer.
- Que necesitan supervisión en el baño.
- Que necesitan ayuda parcial en el baño.
- Que hay que bañarles.
- Que necesitan supervisión en el vestido.
- Que necesitan ayuda parcial en el vestido.
- Que hay que vestirles.
- Que necesitan asistencia para la eliminación.
- Que son portadores de sondas.
- Que son incontinentes.
- Que necesitan ayuda para moverse.
- Que tienen que ser movilizados.
- Que no pueden ser movilizados.
- Con úlceras de presión.
- Que tienen riesgo de sufrir caídas.
- Con dificultades o incapacidad para ver.
- Con dificultades o incapacidad para oír.

Atenciones especiales a residentes con problemas de alimentación:

- Administración de la hidratación oral.
- Control de la ingesta líquida.
- Administración de gelatinas.
- Actuación en caso de vómitos.
- Actuación en caso de atragantamiento.

- Tareas:
- Estudio nutricional inicial a todos los residentes.
- Evaluación semestral del estado nutricional.
- Elaborar un listado de residente con problemas de nutrición.
- Formación para la nutrición por sonda gástrica.
- Formación para el tratamiento de disfagias.
- Evaluar semestralmente la opinión de los residentes sobre las comidas.
- Adecuado manejo del residente obeso.

Atenciones especiales a personas con problemas de Movilizaciones

- Conocimiento y Formación de la movilización de pacientes.
- Conocimiento de las ayudas y soportes para andar y movilizar a pacientes.
- Ayuda en caso de movilidad deficiente: bastones, andadores y sillas de ruedas.
- Decisión de cuándo utilizar las ayudas y soportes para andar.
- Apoyar aquellos residentes con problemas y:
 - Que requieren supervisión en la comida.
 - Que necesitan ayuda parcial para la comida.
 - Que hay que darles de comer.
 - Que necesitan supervisión en el baño.
 - Que necesitan ayuda parcial en el baño.
 - Que hay que bañarles.
 - Que necesitan supervisión en el vestido.
 - Que necesitan ayuda parcial en el vestido.
 - Que hay que vestirles.
 - Que necesitan asistencia para la eliminación.
 - Que son portadores de sondas.
 - Que son incontinentes.
 - Que necesitan ayuda para moverse.
 - Que tienen que ser movilizados.
 - Que no pueden ser movilizados.
 - Con úlceras de presión.
 - Que tienen riesgo de sufrir caídas.

- Con dificultades o incapacidad para ver.
- Con dificultades o incapacidad para oír.

Facilitar todas las transferencias:

- Ayudar al residente que lo precise a sentarse/levantarse de la silla.
- Ayudar al residente que lo precise a echarse/levantarse de la cama.
- Ayudar al residente que lo precise a bañarse, asearse, etc.
- Movilización del encamado y cambios posturales.
- Utilización de ayudas mecánicas

Los residentes con riesgo de caídas:

- Evaluar los pacientes con antecedentes de caídas.
- Tener una ficha de caídas para evaluar los nuevos episodios. Es importante investigar la primera caída para detectar su causa y promover medidas preventivas y terapéuticas.
- Establecer medidas preventivas para evitar nuevos episodios de caídas.
- Tener un listado de residentes con riesgo o con antecedentes de caídas.
- Tener elaboradas y cumplimentadas al día las fichas de caídas.
- Formación en prevención y tratamiento de las caídas al personal y a los residentes.
- Detección de factores comunes en las caídas.
- Detección y modificación de barreras arquitectónicas en caso necesario.
- Evaluación mensual de las fichas de caídas.

Residentes con úlceras de presión:

- Comenzar cualquier tipo de medida preventiva lo más precozmente posible.
 - Ponerlo en conocimiento del médico
 - Ponerlo en conocimiento del equipo
- Mantener una adecuada higiene corporal. Inspección diaria de la piel en todos los residentes.
- Estimular la realización de cambios posturales por parte del residente.

- En todos aquellos residentes con incapacidad para realizar pequeños cambios posturales se deberán realizar cambios posturales cada dos horas (incluye el tiempo que pueda permanecer sentado).
- En pacientes encamados, no elevar la cabecera de la cama más de treinta grados.
- Control de la continencia de esfínteres en todo paciente con incontinencia urinaria o fecal.
- Empleo de colchón antiescaras.
- Educar al residente sobre aspectos relacionados con la nutrición, confort, mantenimiento del estado general y medidas preventivas básicas a seguir.

Dificultades en la eliminación; incontinencia:

- Conocimiento del patrón normal de eliminación.
- Control de la eliminación.
- Detección e información de anomalías.
- Ayuda a la realización de técnicas terapéuticas
- Cuidados de la eliminación urinaria (acompañamiento, ayuda, cuñas, pañales, higiene y cambio de bolsas urinarias).
- Promoción de la continencia.
- Cuidados de la eliminación fecal.
- Transporte de pañales.
- Prescripción de medidas contra el estreñimiento.
- Administración de enemas.
- Promover la prevención:
 - Hábitos higiénico - dietéticos
 - Abundante ingesta de líquidos (al menos 1,5 litros/día).
 - Adecuado aporte de fibra en la dieta o aporte extra.
 - Horario regular diario de intentar la defecación.
 - Ejercicio físico regular diario si es posible.

Con dificultades o incapacidad para oír:

- Recalcar la importancia de uso de audífono.

- Hablar a los residentes de frente, en lugares bien iluminados, para que puedan ayudarse de la lectura de labios.
- Hablar a una distancia de un metro del oído por el que mejor oiga o aquel donde tenga el audífono vocalizando bien y sin gritar (para evitar el fenómeno de reclutamientos).
- Revisión anual en consulta con otoscopia y prueba de discriminación de palabras a tono normal.
- Extracción frecuente de cerumen.
- Mantenimiento adecuado de los audífonos, limpieza, pilas.

Con dificultades o incapacidad para ver:

- Revisión anual para que las lentes correctoras estén bien graduadas.
- Adecuado control del oculista.
- Si ocurre un cambio brusco en la capacidad de visión o de audición de un residente, enviar a valorar a un servicio de urgencias (por si se tratase de un brote de esclerosis múltiple que le hubiese afectado a la vista) y si no es así al servicio de oftalmología.
- Estimulación de la socialización en residentes con déficits de visión.
- Posibilidades de actividades donde los sentidos a utilizar no sean los perdidos (música o los sonidos para los déficits de visión y actividades visibles para los déficits de audición).
- Aumentar la potencia de la iluminación en los lugares peligrosos y en zonas de lectura.

Con problemas cognitivos:

- Valoración anual de los problemas cognitivos: memoria, atención, procesamiento, desorientación, programación de actividades, solución de problemas...
- Si ocurre un cambio brusco en la capacidad cognitiva enviar a valorar a un servicio de urgencias (por si se tratase de un brote de esclerosis múltiple o cualquier otro problema grave).
- Realización de ejercicios diarios para mejorar estos problemas.

- Utilización de recursos que suplan las funciones cognitivas perdidas: agendas, avisadores...
- Estimulación de la socialización en residentes con déficits cognitivos.
- Posibilidades de actividades para potenciar la memoria, la planificación de actividades, problemas de atención...

Indicador:

- Proporcionar a todos los residentes la atención personal que requieran, a nivel físico, psicológico y social, prestando especial atención a sus necesidades especiales.
- **Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador**

c) Preservación de la inserción

Cuando se usa el término "*inserción*" suele entenderse el establecimiento de vínculos entre el residente y el resto de los ocupantes de la vivienda (otros/as residentes, gestores, trabajadores).

Suele entenderse o sobrentenderse que por ser las viviendas especializadas lugares de vida, la implicación de las personas con las otras personas, tendrá que tener la calidad necesaria para satisfacer algunas necesidades sociales y emocionales importantes.

Cuando se usa el término "*reinserción*" generalmente se quiere decir que las personas van a perder en alguna medida sus vínculos con quienes les proveen de afectos, reconocimiento y significados. Siendo así, se requiere necesariamente de alguna intervención para que se reanuden los antiguos contactos, o al menos no se pierdan completamente, y para que otras nuevas relaciones en el exterior abran, si resultase posible, el abanico de los intereses y de los afectos.

- Plantear estrategias para la preservación de la inserción o para el logro de la reinserción.
- Sistematización de la información referida a las relaciones entre las personas que conviven en la vivienda.
- Información referida a las relaciones entre residentes y familiares o amistades.
- Relaciones con la comunidad del entorno.

- Asesoramiento y orientación en los problemas personales de interacción, con los otros residentes, con familiares o con otras personas.
- Promoción de actividades culturales, recreativas y artísticas.
- Estimulación de la autonomía personal y de la vida recíproca.
- Intervención con familias:
 - Lúdico-relacionales.
 - Participativos.
 - De apoyo.
 - Formativos.
- Intervención con residentes:
 - Estimular nuevas aficiones.
 - Estimular antiguas aficiones.
- Intervención con la comunidad:
 - Ofrecer participación en organizaciones, grupos
 - Organizar actividades en torno a temas de la comunidad.
- Estimular contactos:
 - por afinidades
 - por edades
 - por atracción física.

Indicador:

- Apoyar y programar actividades de ocio y tiempo libre adecuadas a todos y cada uno de los usuarios de la Vivienda, programando actividades semanales para cada uno de los usuarios o para el grupo en general a partir del mes de mayo.
- **Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador. Se han programado las salidas semanales de los usuarios, así como sus actividades rehabilitadoras, terapéuticas y de ocio, teniendo en cuenta su situación personal y sus posibilidades y adaptando las actividades a ellas.**

d) Realización:

Por realización se entiende la práctica y el disfrute de todas las capacidades de la persona.

- Mejorar la identidad, aptitudes y potenciales:
 - Afiliación frente al anonimato.
 - Actividad frente a pasividad.
 - Información frente a aburrimiento.
 - Convivencia frente a soledad.
 - Participación frente a aislamiento.

- Actividades lúdicas:
 - Actividades planificadas de tiempo libre
 - Evaluación de la frecuencia.
 - Evaluación de la diversidad.

- Educación y cultura:
 - Grupales.
 - Otros.

- Tratamiento en la identificación personal y relacional:
 - Evitar sentimientos de no ser un objeto amor.
 - Ausencia de un ser con quien compartir.
 - Evitar malestar por la privación de una presencia del entorno familiar.
 - Evitar la nostalgia de las actividades familiares.
 - Evitar la impresión de pérdida de rango.
 - Mejorar las relaciones sociales.
 - Mejorar la capacidad para hacer nuevas amistades.

- Siempre que sea posible, organizar grupos mixtos, porque son muchos más dinámicos.

- Tolerar que se formen parejas.

- No escandalizarse demasiado pronto ante ciertas licencias eróticas, tachándolas de perversas, porque ciertas amistades sirven de refugio contra la soledad.
- Evaluar toda expresión sexual, como manifestación de la vida.
- Conocer los gustos y aficiones de los residentes.

Indicador:

- Promover con todos los residentes la atención a sus aficiones para elaborar actividades encaminadas a su disfrute, planteando actividades que puedan desarrollar los cuidadores de la Vivienda.
- **Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador. Se ha acompañado dos veces al teatro a un usuario. Se acompañó al cine a 6 de los 9 usuarios. Se les acompañó a las fiestas del barrio, organizadas por la asociación de vecinos de El Arco.**

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Considerando desde la Asociación Riojana de Esclerosis Múltiple que es necesario trabajar determinadas terapias rehabilitadoras con los residentes de la Vivienda Especializada, por el beneficio y la labor preventiva que se puede realizar con ellos, se procurará prestar también los siguientes Servicios dependiendo de los recursos con los que cuente la Asociación, ya que son recursos no incluidos en la Concertación de las plazas públicas:

Fisioterapia:

Este servicio se prestará en la Vivienda Especializada, y se darían dos sesiones a la semana de 45 minutos cada sesión, ya que las personas con esclerosis múltiple tienen fatiga crónica en el 90 % de los casos y dar más sesiones puede ser contraproducente para ellos.

La labor de la fisioterapia debe ir encaminada a mantener el estado de salud y la autonomía funcional de cada uno de los afectados, desde un punto de vista preventivo y de mantenimiento, así como a intentar lograr la mayor recuperación posible después de un período de exacerbación, dentro de los límites neurológicos impuestos por la enfermedad, siendo la meta final mejorar la calidad de vida del paciente.

Objetivos generales de la fisioterapia

- Mantener la autonomía funcional
- Mejorar la calidad de vida del paciente mediante:
 - Tratamiento sintomático
 - Acompañamiento del paciente (escucha, formación e información)

Los tratamientos fisioterápicos empleados irán dirigidos a paliar, en la medida de lo posible, los siguientes síntomas, habituales tanto en la Esclerosis Múltiple como en otras patologías neurológicas:

- Trastornos sensitivo-motores y funcionales
 - ◆ Función piramidal (hiperreflexia tendinosa, espasticidad, paresias o debilidades musculares, sincinesias, etc)
 - ◆ Función cerebelosa (ataxia, temblor intencional, marcha incoordinada, etc)
 - ◆ Función troncoencefálica (disartria, desórdenes vestibulares)
 - ◆ Función sensitiva (sensibilidad superficial y profunda)
 - ◆ Función vesical (urgencia miccional, nicturia, etc) e intestinal (estreñimiento o incontinencia anal)
- Otros síntomas como el dolor o la fatiga.

Las técnicas fisioterápicas empleadas son muy variadas y dependerán de las características de cada usuario.

Resulta imprescindible realizar una valoración continuada del paciente para poder evaluar la situación en cada momento y, del mismo modo, seguir su evolución. De esta forma es

posible establecer un programa de ejercicios individuales adaptados a las necesidades de cada período. Podemos hablar de diferentes estadios a lo largo de la evolución de la enfermedad y distinguir, dentro de cada uno de ellos, una serie de objetivos.

Los principales **objetivos** son, desde el punto de vista de un tratamiento sintomático y de forma general, los siguientes.

- ◆ Reeducar el equilibrio dinámico (durante la deambulación) y estático (en posición de pie y sentado).
- ◆ Estimular o reeducar la marcha de forma autónoma o con ayudas técnicas (muletas, bastón, andador).
- ◆ Aumentar la resistencia a la fatiga por medio del ejercicio físico graduado.
- ◆ Ejercicios de coordinación de las extremidades.
- ◆ Mantener o aumentar la fuerza muscular mediante ejercicios de tonificación.
- ◆ Facilitar la motricidad y habilidad de las extremidades superiores.
- ◆ Proporcionar estímulos adecuados a los déficits sensitivos.
- ◆ Lograr un estado de mayor relajación, tanto muscular como a nivel psíquico, mediante diferentes técnicas de relajación
- ◆ Enseñar un tratamiento postural correcto, facilitando unos patrones de movimiento y reposo normales.
- ◆ Luchar contra la hipertonía y espasticidad.
- ◆ Evitar las complicaciones articulares, tales como deformidades y rigideces, o tratar de reducir las ya existentes.
- ◆ Evitar los acortamientos músculo-tendinosos.
- ◆ Potenciar la función cardiorrespiratoria, mejorando la capacidad ventilatoria y previniendo posibles complicaciones como las infecciones respiratorias.
- ◆ Enseñanza de transferencias, así como el paso desde el suelo hasta posiciones de pie (mostrar el mejor modo de levantarse tras sufrir una caída).
- ◆ Mantener un correcto esquema corporal.
- ◆ Prolongar, en la medida de lo posible, los efectos beneficiosos de la bipedestación, en contraposición a los largos períodos en silla de ruedas o incluso de encamamiento. Mediante la verticalización prolongada obtenemos mejoras a nivel del sistema

circulatorio, aparato respiratorio, funciones digestiva y urinaria, prevención de úlceras por decúbito y osteoporosis, etc, sin olvidar los beneficios psicológicos que aporta.

- ◆ Prevención de los trastornos tróficos consecuentes a problemas circulatorios y linfáticos (limitación en la aparición de posibles éstasis y edemas).
- ◆ Prevención y limitación, a través de medios físicos, del dolor que puede aparecer como consecuencia de las alteraciones provocadas por la enfermedad (rigideces articulares, retracciones musculares, etc).
- ◆ Enseñanza de ejercicios y actividades a llevar a cabo por el paciente en el propio domicilio, cuando sean estancias temporales, bien de forma complementaria.
- ◆ Realizar una labor de educación sanitaria y promoción de la salud, tanto del usuario como de las personas de su entorno.
- ◆ Actividades terapéuticas en grupo, tales como la hidroterapia y la relajación.

Indicadores:

- Prestar el Servicio de Fisioterapia a todos los residentes dos días a la semana en sesiones de 45 minutos cada una.
- **Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador**
- Promover la realización de ejercicios diarios que mejoren la movilidad de los residentes o prevengan problemas futuros por falta de movilidad.
- **Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador**
- Formar a los cuidadores en los ejercicios que deben realizar los usuarios diariamente para que observen su correcta realización.
- **Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador**

Terapia Ocupacional:

La Terapia Ocupacional pretende, a través de la aplicación de diversas actividades y del entrenamiento funcional en actividades de la vida diaria de cada uno de los afectados, lograr una mayor autonomía en los mismos.

Desde el servicio de Terapia Ocupacional, se utilizan multitud de actividades, previamente analizadas, seleccionadas y graduadas de acuerdo al momento y situación de cada afectado (previa valoración).

Éstas implican un trabajo, por lo tanto un tratamiento, de los diferentes componentes de ejecución de cada persona (físico, funcional, cognitivo y/o social), imprescindibles en el desarrollo de las actividades de cada día (tanto de autocuidado, ocio como de trabajo).

La Terapia Ocupacional tiene como **objetivos** generales:

- ◆ Mantener y/o restaurar la capacidad física, mental y social del paciente.
- ◆ Prevenir mayores incapacidades
- ◆ Mantener el máximo grado de independencia posible en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD).
- ◆ Informar, tanto al afectado como a la familia, de la forma más cómoda, fácil y segura de desenvolverse en su entorno habitual.
- ◆ Aconsejar las ayudas técnicas y adaptaciones que puedan necesitarse, y adiestrar en su uso.

El tratamiento se centra principalmente en 4 aspectos:

1. La funcionalidad

En todas las afectaciones neurológicas, los trastornos en la ejecución del movimiento y la pérdida de funcionalidad puede deberse a alteraciones motrices, sensitivas, cerebelosas, y también a alteraciones práxicas y cognitivas (estas últimas menos tenidas en cuenta pero igual de importantes).

El tratamiento se planteará teniendo en cuenta el tipo y grado de afectación de cada paciente, debe ser personalizado y se irá adaptando a los cambios que se vayan produciendo por la evolución de la enfermedad.

De forma general, en terapia ocupacional se realizan actividades que trabajan los siguientes aspectos:

- **Movilidad global:**

Con estas actividades intentamos mantener y/o mejorar la movilidad de MMSS y tronco, ganando amplitud, fuerza y resistencia. La amplitud del movimiento que se pedirá dependerá de las posibilidades de cada paciente, trabajando siempre de forma activa o activa-asistida en algunos casos. Son movimientos repetitivos que intentan tanto mantener la movilidad y fuerza existentes como aumentar las mismas y la resistencia a la fatiga de los grupos musculares que están trabajando.

Utilizamos: Traslados de conos a varillas de diferentes alturas, juego de anillas, juego de pinzas (que ofrecen distinta resistencia), deslizamientos de objetos o con férula en plano horizontal e inclinado, etc.

- **Equilibrio:**

Lo trabajamos realizando traslados que impliquen cierto desequilibrio, lo que se consigue modificando la posición y/o alejando el objeto a alcanzar.

Se trabaja en sedestación y si es posible también en bipedestación o se realizan actividades que obliguen ciertos desplazamientos.

- **Coordinación:**

Todos los ejercicios anteriores implican coordinación de MMSS (tanto de un solo miembro como de ambos). Nos obligan a mover las articulaciones del MS de forma coordinada y a adaptarnos a las distancias que nos marcan las posiciones de los objetos y a los tamaños y pesos de los mismos.

También se realizan actividades que implican mayor coordinación óculo-manual, utilizando objetos de menor tamaño. Por ejemplo, ensartar bolas en un cordón, seguir trazos con un rotulador, hacer una torre de cubos, colocar las anillas sin tocar la antena, etc.

Se trabaja la coordinación de miembros superiores e inferiores también, favoreciendo una disociación escapular (implicada en la marcha).

Todas estas actividades, en caso de que el temblor sea importante, se realizan fijando articulaciones proximales apoyando bien el tronco al respaldo, los codos en la mesa o juntándolos al tronco y en algunos casos se usarán muñequeras lastradas para mejorar la propiocepción (de poco peso para no aumentar la fatiga).

- **Habilidad fina:**

Para mejorar la destreza manipulativa se realizan actividades, generalmente bimanuales, que impliquen el manejo de objetos de pequeño tamaño, como colocar tuercas, coser, trenzar, ensartar, abotonar, hacer lazadas, nudos, etc.

Aquí también se incluye la reeducación de la escritura. Intentamos recuperar los automatismos gestuales del grafismo, y conseguir un buen agarre del bolígrafo.

Dentro de la reeducación de la habilidad fina incluimos también los cambios de dominancia. Imprescindible en personas con una afectación en su hemicuerpo dominante. En estos casos utilizamos las mismas actividades de movilidad global, coordinación y habilidad que se han expuestos hasta ahora, de forma que poco a poco, el miembro no dominante consiga una destreza semejante a la que anteriormente tenía el dominante. En caso de que el afectado pudiese manejar la parte dominante se seguirá tratando a su vez el mantenimiento y mejoramiento funcional. Y, por su puesto, ambos brazos se utilizarán en actividades bimanuales, animando a usar el brazo anteriormente dominante afecto para todas aquellas actividades que aun pueda realizar (ej. Sujetar el papel, sujetar la prenda que esta abotonando, etc.).

- **Sensibilidad:**

Intentamos estimular las terminaciones sensitivas superficiales frotando la zona con pérdida sensitiva con diferentes texturas, dando golpeteo, etc. También utilizamos juegos de reconocimientos de diferentes texturas/ objetos cotidianos, sin ayuda de la vista.

La sensibilidad profunda también se trabaja a través de copia de posturas con ojos cerrados (tanto imitando a otra persona como a su otro lado no o menos afectado, en la medida de lo posible).

Se realizan parte de las actividades, hasta ahora citadas, sin el apoyo visual, a fin de mejorar la percepción de cada una de todas sus articulaciones.

- **Funciones superiores:**

Consideramos importante trabajar funciones superiores, ya que en ciertas enfermedades neurológicas está presente un deterioro cognitivo, que en ciertos casos

puede ser incluso más invalidante que las limitaciones físicas y que unidas ambas hacen a la persona más dependiente. Para valorar el deterioro en este campo utilizamos un screening, para un conocimiento de las funciones afectadas. De acuerdo a cuales estén peor se pasarán otros test baremados como Test Barcelona y Luria. Con los datos obtenidos en estas pruebas, y teniendo en cuenta el nivel de estudios y la ocupación anterior del afectado, se valora las funciones que sería necesario trabajar con cada paciente.

De forma general, en la reeducación de funciones superiores se trabaja:

- ◆ **Orientación temporo-espacial:** calendarios, mapas.
 - ◆ **Atención:** sopas de letras, juegos de mesa (cartas, dominó, etc.), ejercicios de clasificación y seriación, etc. Hay que buscar actividades que les motiven.
 - ◆ **Memoria:** juegos de cartas, Memory, color cards, ejercicios de evocación, etc.
 - ◆ **Automatización:** series de colores, números, palabras, etc
 - ◆ **Cálculo:** Euro-pesetas, juegos de cartas.
- **Funciones senso-perceptivas:**
 - **Gnosias:** reconocimiento de rostros conocidos, personas, colores, partes del cuerpo..
 - **Praxias:**
 - **Ideomotoras:** Se realizarán ejercicios de *imitación de gestos y de movimientos de MS y mano* intentando mantener cada vez más tiempo las posturas que se le indican.
 - **Ideatorias:** Realizamos ejercicios que impliquen manejo de objetos, obligando a la mano a adoptar posturas correctas y contrarias a las que adopta normalmente. Utilizaremos los mismos ejercicios que se han nombrado antes en movilidad, coordinación y destreza y también el manejo de objetos de uso cotidiano, marcando mucho más las posturas y la secuencia de del movimiento.
 - **Constructivas:** utilizamos dibujos, juegos de construcción, Structuro, puzzles, Ritmos y perlas, cubos "3D", etc.
 - **Funciones ejecutivas:**

Las que se encargan de planificar actividades, valorar consecuencias, prever acontecimientos, inhibir respuestas incorrectas; aprender del entorno.

Para trabajarlas se realizarán actividades, entre otras de: *resolución de problemas* (aritméticos o de la vida real), *role-playing*, realización de actividades que impliquen muchos de los *aspectos cognitivos* previos, *responder o realizar actividades de forma contraria* a la pedida y/o a la que está acostumbrado el paciente.

2.Actividades de la vida diaria (AVD):

Actividades básicas de la vida diaria. Autocuidado.

- ◆ Alimentación.
- ◆ Vestido.
- ◆ Transferencias.
- ◆ Aseo personal.
- ◆ Uso del WC.
- ◆ Baño.
- ◆ Deambulación.
- ◆ Subir escaleras.
- ◆ Control de esfínteres.
- ◆ Alimentación
- ◆ Cuidado personal
- ◆ Aseo
- ◆ Vestido superior
- ◆ Vestido inferior
- ◆ Uso del aseo
- ◆ Control vesical
- ◆ Control intestinal
- ◆ Transferencias (cama - silla / al WC / a la bañera o ducha)
- ◆ Locomoción
- ◆ Escaleras

- ◆ Comprensión / Expresión / Relación social / Solución de problemas / Memoria

Actividades instrumentales de la vida diaria

Son aquellas actividades que, a pesar de ser prescindibles para sobrevivir, es necesario realizar cada día para un correcto desenvolvimiento en sociedad, como por ejemplo. Valorables a través del Índice de Lawton

- ◆ Manejo del teléfono
- ◆ Capacidad para hacer compra
- ◆ Preparación de la comida
- ◆ Lavado/preparación de ropa
- ◆ Uso de medios de transporte
- ◆ Toma y preparación de medicación
- ◆ Manejo económico

Actividades de ocio:

Valoradas a través de la Escala de Intereses del Modelo de la Ocupación Humana. A la cual añadimos lo que el paciente nos cuenta sobre las dificultades que tiene, sus inquietudes, intereses, etc.

3. Ayudas Técnicas

Son los instrumentos, externos al cuerpo de una persona, que facilitan ciertas funciones deterioradas de ésta. Por ello, ciertas limitaciones físicas e incluso cognitivas podrán compensarse mediante ayudas técnicas y adaptaciones, pudiendo los pacientes adquirir una mayor independencia a pesar de presentar ciertas dificultades en el desempeño de alguna AVD.

Para poder recomendar la ayuda técnica apropiada es necesaria una exhaustiva valoración y conocimiento de dichas ayudas y de la situación físico-cognitivo-socio-funcional de cada paciente. Siendo también imprescindible un entrenamiento en el uso de la misma.

Las ayudas técnicas se clasifican según las funciones a compensar (clasificación ISO):

- Terapia y Formación
- Protección y cuidado personal
- Movilidad personal
- Tareas domésticas
- Mobiliario y adaptaciones
- Comunicación e información
- Productos y mercancías
- Mejoras ambientales
- Ocio y tiempo libre

La selección de una Ayuda Técnica concreta implica una colaboración totalmente activa por parte del afectado que se podrá beneficiar de ella. Así como del resto del equipo multidisciplinar que ampliarán los conocimientos del terapeuta ocupacional.

Se deben de tener siempre presentes los siguientes criterios:

- ◆ Adecuación al usuario: dimensiones, peso, necesidades clínicas.
- ◆ Adecuación al uso: nivel de actividad, aficiones
- ◆ Adecuación al entorno: acorde a lugares de uso
- ◆ Seguridad.
- ◆ Confort.
- ◆ Precio.
- ◆ Durabilidad.
- ◆ Estética.
- ◆ Facilidad del manejo (plegado y transporte, dependiendo de la ayuda)
- ◆ Regulabilidad.
- ◆ Facilidad de limpieza y mantenimiento.

La Terapeuta Ocupacional propondría pautas de intervención con los residentes que los cuidadores aplicarían en la Vivienda Especializada.

Indicadores:

- Fomentar la máxima autonomía personal de todos los residentes con la utilización de los productos de apoyo necesarios para cada uno.
- Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador, indicándoles en todo momento cual era la mejor ayuda técnica para ellos, entrenándoles en su uso y asesorándoles y tramitándoles las ayudas necesarias para su adquisición. Se ha asesorado a un usuario en la adquisición de una silla de ruedas eléctrica y a dos usuarios se le ha tramitado la prestación para adquirir baterías para sus sillas eléctricas.
- Entrenamiento en la utilización de ayudas técnicas
- Se sigue entrenando en la utilización de silla de ruedas eléctrica con un usuario.
- Establecer pautas para todos los residentes que requieran estimulación cognitiva para que los cuidadores las trabajen todos los días.
- Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador. Se han atendido a 2 personas realizando actividades de valoración y/o estimulación cognitiva, a través de la Terapeuta Ocupacional del Centro de Atención Integral y de la TPAP (Técnico de promoción de la autonomía personal) del programa de la FELEM gestionado por ARDEM.
- Revisar diariamente las ayudas técnicas que requieran mantenimiento para comprobar su correcto estado.
- Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador. Se cargan todas las noches las sillas y se revisan diariamente el funcionamiento de las ayudas técnicas.
- Cargar las Sillas de ruedas eléctricas todos los días de todos los usuarios que utilizan esta ayuda.
- Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador
- Consultar a la Terapeuta Ocupacional del Centro de Atención Integral cada vez que se vaya a adquirir una ayuda técnica para que nos indique cual es el mejor modelo y características de la misma para cada usuario o para la Vivienda.
- Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador, consultando a la Terapeuta Ocupacional del Centro de Atención Integral todas las ayudas técnicas o productos de apoyo que se han necesitado para la vivienda en general o para los usuarios en particular.

Servicio de logopedia

Fundamentado en el tratamiento de los trastornos de la audición, del habla y del lenguaje, que puedan presentar los usuarios. Las funciones se enmarcan en la evaluación de cada una de las estructuras responsables de la comunicación y la terapia individualizada necesaria en esos aspectos.

Objetivos

Los objetivos de la Intervención Logopédica con pacientes afectados de Esclerosis Múltiple varían mucho de uno a otro dependiendo de la sintomatología. Pero el objetivo general de la rehabilitación logopédica es mantener y mejorar las posibilidades comunicativas de cada enfermo; entendiendo por ello tanto comunicación, lenguaje y habla. Se trabaja a dos niveles:

- ◆ **Preventivo:** hay enfermos que desde el punto de vista logopédico no presentan alteraciones o lo hacen de manera muy leve. Pero es interesante comenzar con ellos actividades logopédicas de prevención. Por lo que se actúa mediante ejercicios que consiguen:
 - ◆ Conservar la movilidad cervical y facial.
 - ◆ Mantener la capacidad respiratoria.
- ◆ **Rehabilitador:** una vez que han aparecido los síntomas, se actúa sobre los mismos para evitar una progresión de los déficits.
 1. Lograr una correcta coordinación fono-respiratoria mediante ejercicios de respiración costo-diafragmática, soplo, emisión de palabras, sílabas y frases. Con ello conseguiremos:
 - Aumentar la Capacidad Vital.
 - Aumentar la Intensidad de la Voz.
 - Mejorar Timbre, Prosodia y Resonancia.
 - Disminuir la Fatiga.
 - Mejorar la relación Inspiración-Espiración

2. Potenciar la capacidad de movimiento de los órganos buco-fonatorios mediante ejercicios de movilización cervical, praxias aisladas y secuenciadas, ejercicios de articulación mediante actividades en voz alta con articulación forzada y controlada.
3. Mejorar el proceso de deglución, expectoración... mediante movilizaciones pasivas y activas de los órganos que intervienen en la deglución.

Indicador:

- Seguir trabajando con los 2 usuarios que necesitan este servicio desde el Servicio de Logopedia del Centro de Atención Integral de ARDEM. Pautar para nuevos usuarios la necesidad del servicio.
- **Se ha atendido por parte del Servicio de Logopedia del Centro de Atención Integral de ARDEM a dos residentes de la vivienda especializada.**

Servicio de tratamiento psicológico:

Tiene por objeto facilitar y proporcionar el apoyo y los medios necesarios a las personas con esclerosis múltiple y sus familias en su adaptación a esta enfermedad, con la finalidad de que se enfrenten a la misma con una actitud positiva.

Es de su competencia reducir al mínimo las desventajas sociales que generan las discapacidades que presentan los usuarios, conociendo las deficiencias funcionales en la esfera psico-social. En este servicio se incluye el apoyo y asesoramiento a los usuarios y familias y la evaluación de cada uno de los usuarios. Se confeccionan programas individuales y colectivos que incluyen el seguimiento. También se realizan programas de higiene mental, para prevenir desequilibrios y promocionar la salud mental de los beneficiarios, tiene como misión la puesta al día y reciclaje en esta materia de los profesionales que presten este servicio.

Los tratamientos que se proporcionarían serían:

- ♦ Terapia individual: para asegurar el proceso de adaptación activa a la enfermedad.

- ♦ Terapia Familiar: para la adaptación al proceso del ingreso.

Intervención individual

La intervención individual trata de servir de apoyo a la persona en el afrontamiento del proceso de enfermar y las posibles alteraciones emocionales y del comportamiento propias de la enfermedad.

Los **objetivos** del tratamiento individual que nos planteamos:

- Proporcionar estrategias de afrontamiento y solución de problemas.
- Tratar las conductas sociales inadecuadas y/o disruptivas (por exceso, por defecto e inapropiadas)
- Reeducación de los posibles trastornos de ganancia secundaria (somatización, etc.).
- Tratar posibles cambios de personalidad producidos por la enfermedad.
- Eliminar o reducir posibles trastornos psiquiátricos postraumáticos: trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, etc...
- Posibilitar la integración del paciente en su entorno.

Los **objetivos** del tratamiento familiar que nos planteamos:

- Desarrollar y mantener un contacto fluido de la familia y/o sus miembros con su entorno.
- Alentar la formulación de proyectos tanto por parte del enfermo cuanto de los restantes miembros de la familia en relación con el y consigo mismo.

Los **objetivos** del tratamiento de grupo que nos planteamos:

Fomentar la creación de grupos de autoayuda y de apoyo emocional que sirven de marco donde intercambiar experiencias y formas de afrontar la enfermedad.

Las sesiones variarían es días y horas dependiendo de las necesidades de los usuarios.

Indicador:

- Proporcionar a todos los residentes que lo requieran el Servicio de Apoyo Psicológico.
- Los usuarios pueden requerir apoyo psicológico cuando lo necesiten, y así se les hace saber. Se hacen visitas a demanda del usuario por parte del psicólogo de la asociación.

Servicio de neuropsicología

Este Servicio tiene como finalidad identificar las posibles alteraciones de las funciones reguladas por la corteza cerebral, así como las necesidades de tratamiento que tienen las personas afectadas por alteraciones de las funciones cerebrales superiores, contribuyendo a facilitar la máxima independencia física, intelectual y emocional que sea posible para cada persona en su ambiente particular, posibilitando el mayor grado de autonomía, la integración psicosocial y un aumento de la calidad de vida.

Objetivos:

- ◆ Participar en la evaluación y delimitación de las secuelas de la enfermedad desde el equipo multidisciplinar del Centro, que permita una visión global de cada caso, con el fin de apreciar si el paciente se puede beneficiar de nuestra intervención.
- ◆ Establecer planes individualizados de evaluación y rehabilitación neuropsicológica.
- ◆ Rehabilitación de los déficits cognitivos producidos.
- ◆ Intervención sobre las secuelas emocionales y conductuales.
- ◆ Intervención de los cuidadores de la vivienda.
- ◆ Establecer planes individualizados de integración psicosocial.

Modelo de intervención

1. Evaluación :

- Se realiza una primera consulta en la que todos los pacientes son evaluados por el equipo multidisciplinar del Centro con el fin de delimitar un perfil básico de sus déficits y de los objetivos a lograr.
- Posteriormente se realiza una segunda consulta para evaluar el nivel de funcionamiento familiar, la definición que hace la familia sobre la enfermedad y el nivel de autoconciencia del paciente y de la familia sobre las secuelas: conciencia de déficit, de las consecuencias y expectativas más o menos realistas sobre nuestra intervención.

2. Intervención:

- Reunión del equipo para valorar la pertinencia de la atención en el centro, dependiendo de los beneficios, en la posible evolución del paciente, que se espera conseguir mediante la intervención.
- Evaluación neuropsicológica exhaustiva para poder valorar los déficits y elaborar un plan individualizado de rehabilitación.
- Reunión periódica para estudiar la evolución de cada caso por parte del equipo del Centro, para valorar progresos y revisar objetivos.
- El equipo elabora la ficha personal donde se detallan los datos personales de evaluación del plan de intervención y de la evaluación periódica.

Valoración neuropsicológica

La valoración neuropsicológica es el primer paso para la rehabilitación.

Las áreas neuropsicológicas que se deben valorar son:

- Orientación y atención: la valoración de los procesos cognitivos comienza por el establecimiento del nivel de atención del paciente, ya que constituye la base de todo funcionamiento intelectual.
- También valoramos si el paciente está orientado en persona, tiempo, espacio y lugar.
- Funciones motoras: valoramos los movimientos que tienen un componente intencional.
- Comunicación y lenguaje: valoramos trastornos del lenguaje, afectación de las habilidades comunicativas verbales y no verbales.

- También valoramos trastornos relacionados como son las apraxias y acalculias.
- Capacidades visuoespaciales y visuconstructivas donde se valoran los distintos aspectos de la percepción y su combinación con la respuesta motora dentro de un contexto espacial.
- Aprendizaje y memoria: Se valora la capacidad para procesar la información, almacenarla y recordarla posteriormente.
- Pensamiento y razonamiento: Evaluamos las dificultades para el razonamiento abstracto, la capacidad de conceptualización y categorización, flexibilidad mental y generación de ideas.
- Funciones ejecutivas: Valoramos la capacidad mental necesaria para formular objetivos, planificar para conseguirlos, y llevar a cabo el plan de actuación de una manera eficaz.
- Capacidad intelectual general.
- Datos neurocomportamentales: por que es necesario identificar los posibles trastornos psico-patológicos existentes antes de la enfermedad y estudiar los cambios conductuales, emocionales, y de personalidad que son consecuencia de la enfermedad, ya sea por problemas neurológicos como por el proceso de adaptación a la misma.

Ámbitos de rehabilitación

Rehabilitación de las funciones cognitivas

Se trabaja con dos modelos de aproximación a la rehabilitación:

1. Entrenamiento específico de tarea, adiestrando en actividades determinadas de la vida diaria del paciente, en el ambiente particular en el que serán ejecutadas, analizando las tareas a realizar y las capacidades del paciente.
2. Rehabilitación orientada al deterioro, tratando de recuperar las deficiencias en áreas cognitivas específicas, comunes a muchas tareas.

Se interviene en base a la restauración de la función dañada, la compensación de la función perdida y la optimización de las funciones residuales.

Rehabilitación de las funciones ejecutivas

A partir del conocimiento del funcionamiento de los lóbulos frontales, tratamos de:

- ◆ Aplicar una estrategia de rehabilitación favoreciendo que el paciente tenga que identificar, definir, elegir, aplicar y ver el logro de sus actos.
- ◆ Intervenir sobre las variables cognitivas relacionadas con un buen funcionamiento ejecutivo: memoria de trabajo, atención dividida, habilidades pragmáticas y motivación.
- ◆ Usar técnicas de modificación de conducta para incidir sobre comportamientos: distracción, impulsividad, desinhibición y perseveración.
- ◆ Tener en cuenta en todo momento las variables de situación del paciente.
- ◆ Utilizar actividades lo más cercanas posibles a la realidad del paciente.

Conciencia de las limitaciones

Se analiza con el paciente la conciencia de las limitaciones que tiene, derivadas de su enfermedad, y se valora la posible discrepancia entre la idea que tiene el paciente de sus propias limitaciones y la de sus familiares cercanos, con el objetivo de facilitar el manejo de las consecuencias de la enfermedad y del nivel de apoyo dentro de la familia.

Entrenamiento en habilidades sociales

Algunos pacientes presentan dificultades en sus relaciones con el entorno por que están condicionados por el nivel de su propio funcionamiento cognitivo.

La intervención en este ámbito se centra en tres posibles líneas de actuación:

- ◆ Entrenamiento en solución de problemas sociales
- ◆ Entrenamiento en habilidades de comunicación
- ◆ Entrenamiento en autocontrol

Modificación de conductas desadaptativas

Interviniendo en las alteraciones conductuales y emocionales derivadas del propio proceso de enfrentamiento a la enfermedad y las secuelas de la enfermedad neurológica. Se tratan conductas que se pueden dar por exceso, por defecto o por inadecuación.

Intervención familiar y cuidadores

Se interviene con las familias en tres niveles:

- ◆ Informativo
- ◆ Asesoramiento

Indicador:

- Trabajar como mínimo con los dos usuarios de la vivienda que tienen afectación cognitiva, así como con nuevos usuarios que lo demanden.
- **Se ha trabajado con dos usuarios que tienen deterioro cognitivo a través de la TPAP.**

Servicio social:

Su objetivo es garantizar la integración social de las personas con esclerosis múltiple. La Trabajadora Social informa y asesora de forma individualizada a las personas con esclerosis múltiple y sus familias sobre los recursos sociales existentes, apoyándoles en la tramitación de las ayudas.

Temas de información y gestión de ayudas

- ◆ Información sobre Esclerosis Múltiple
- ◆ Información general
- ◆ Información/orientación sobre recursos sociales: Información sobre recursos sociales existentes, CEAPAT, C.R.M.F., Asociaciones ...
- ◆ Tarjeta de aparcamiento: Se informaría y gestionaría la tarjeta de aparcamiento para minusválidos, tanto para el cambio a la nueva tarjeta como para la tramitación de ayudas.

- ◆ Ayudas para la adaptación de vehículos: Se informa sobre adaptación de vehículos de discapacitados, marcas, lugares donde realizan las adaptaciones, ayudas económicas para la adaptación, beneficios de las personas con discapacidad a la hora de adquirir un vehículo adaptado...
- ◆ Otras
 - Se informa, orienta y/o gestiona sobre diferentes temas como por ejemplo:
 - Pensiones de incapacidad, invalidez ...
 - Ayudas técnicas
 - Cursos de formación
 - Adaptación de casas rurales

Indicador:

- ◆ Gestionar las ayudas y recursos sociales que requieran los residentes de la vivienda especializada y apoyar a las familias en la gestión.
- ◆ **Se han realizado varias gestiones por parte de la Dirección en este sentido: gestiones para la adquisición de ayudas técnicas, cambio de cuentas bancarias, tramitaciones de las recetas sanitarias electrónicas...**

OTROS SERVICIOS

LIMPIEZA:

La planificación del servicio de limpieza se organiza en tareas diarias, mensuales y trimestrales.

- Diariamente se ha de realizar el barrido, fregado de todas las dependencias de la Vivienda Especializada: habitaciones de residentes, zonas comunes, pasillos y baños.
- En todo momento se procederá a la limpieza de las habitaciones o espacios comunes cuando se produzca un accidente que manche estas instalaciones: (caída al suelo de un vaso de leche, un yogurt, manchas en el suelo producidas por las ruedas de las sillas...)

- Diariamente, y después de cada servicio de comidas, se procederá a la limpieza de todo el menaje utilizado así como de la vajilla, cristalería y cubertería, también se procederá a la limpieza de la cocina.
- Mensualmente se procederá a la limpieza de ventanas, cristales, radiadores, puertas, paredes y techo de servicios, aseos y frigorífico.
- Trimestralmente se procederá a la limpieza de la campana extractora, paredes, almacén, trasteros.
- **Durante el año 2015 se ha cumplido estrictamente con los protocolos de limpieza.**

LAVANDERÍA:

La planificación del servicio de lavandería se realizará diariamente, semanalmente, quincenalmente y semestralmente.

Diariamente, y a primera hora de la mañana, se retirará toda la ropa sucia de los usuarios (sábanas o ropa personal del residente) y se llevará al almacén para su lavado, secado y planchado.

Asimismo diariamente y a primera hora de la mañana se procederá al reparto de la ropa limpia, esta ropa es propiedad del residente y debe estar correctamente identificada.

La ropa limpia se recogerá en los armarios de los residentes.

Las sábanas se recogerán limpias en uno de los trasteros de la Vivienda Especializada para su reparto.

Semestralmente se procederá a la limpieza general de cortinas de forma paulatina de todas las dependencias.

El lavado y secado de la ropa se realizará en la propia Vivienda Especializada y será realizada por el personal de la vivienda: la coordinadora y/o las cuidadoras.

Si se detecta que el acúmulo de sábanas y toallas es muy elevado, se procederá a prestarlo a través de un servicio externo, una lavandería.

Indicador:

- Mantener en correcto estado de limpieza la Vivienda Especializada así como los enseres.
- Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador. Se ha adquirido una lavadora nueva.

ALIMENTACIÓN:

El servicio de alimentación ofrecido en la Vivienda Especializada se realizará a través de una empresa externa, a la que se facilitará toda la información necesaria para el cumplimiento de dietas especiales cuando los residentes lo requieran por prescripción médica.

Para ello se realizará un estudio previo y detallado de la adecuación nutricional de los mismos, adecuándose a las recomendaciones de ingesta diaria de energía y nutrientes propuestas para la población española y concretamente para la población a los que van destinados teniendo en cuenta menús especiales hipocalóricos, dietas blandas...

La empresa facilitará al centro dentro de los 5 días previos al mes los menús que se servirán y serán transportados en contenedores isotérmicos cumpliendo la reglamentación establecida en materia de transporte de comidas preparadas.

Los menús serán publicados en el tablón de la Vivienda Especializada los 5 primeros días del primer mes del trimestre y distribuidos a los residentes y a sus familias en su caso.

El sistema de análisis de Peligros y Puntos de control Críticos (APPCC) está caracterizado por un sistema preventivo de los peligros vinculados a los alimentos.

El sistema permitirá una mayor garantía en la salubridad de los alimentos consumidos, así como una mayor eficacia en la utilización de los recursos técnicos y económicos de la Vivienda Especializada.

Su aplicación abarcará desde el momento de la recepción de la comida preparada a utilizar en la Vivienda Especializada hasta servirlo en la mesa.

Para ello se realizan registros diarios, semanales, mensuales, trimestrales y anuales que garantizan una valoración y posterior puesta en práctica de medidas correctoras aplicadas en cada caso.

La mejor manera de alcanzar un estado nutricional adecuado es incorporar una amplia variedad de alimentos a nuestra dieta diaria y semanal.

Fases de la alimentación diaria:

El desayuno

El aporte energético-calórico del desayuno es de gran importancia, ya que nos permitirá lograr un adecuado rendimiento tanto físico como intelectual, en el trabajo diario.

Un desayuno completo contribuye a:

- Conseguir unos aportes nutricionales más adecuados.
- Equilibrar las ingestas.
- Puede contribuir a la prevención de la obesidad
- Mejora el rendimiento intelectual, físico y la actitud

Se compondrá:

Debemos tener en cuenta la importancia de la triada compuesta por:

1. **Lácteos:** 1 vaso de leche, 1 yogur fresco o queso.
2. **Cereales:** pan, galletas, pan integral o cereales de desayuno.
3. **Frutas o zumo natural**

La comida

Teniendo en cuenta que la mejor manera de alcanzar un estado nutricional adecuado es incorporar una amplia variedad de alimentos en nuestra dieta diaria, es conveniente tratar de incorporar en la comida alimentos de los diferentes grupos de la pirámide.

La comida puede estar compuesta por:

- Arroz, pastas, patatas o legumbres: una ración.

- Ensalada o verduras: una ración o guarnición.
- Carne o pescado o huevo alternativamente: una ración.
- Pan: una pieza.
- Fruta: una pieza.
- Agua.

Merienda

La merienda nos brinda los nutrientes necesarios para completar el aporte energético del día. Podemos elegir una fruta o zumo de frutas, leche o yogur, bocadillo... reservando la bollería para alguna vez por semana.

Cena:

La cena es, generalmente, la última comida del día y debemos procurar que consuman aquellos alimentos de la pirámide que no hemos consumido en la comida.

También debemos tratar de consumir alimentos fáciles de digerir, como verduras cocidas, sopas, pescados o lácteos, para tener un sueño reparador no perturbado por una digestión difícil.

Por lo tanto, en la cena podemos incluir:

- Ensalada o verduras cocidas.
- Arroz y pastas integrales, patatas o legumbres: en pequeñas cantidades, ya que pueden producir flatulencias.
- Pescados, huevos, aves o pequeñas porciones de carne.
- Pan: blanco o integral.
- Frutas enteras, ralladas, crudas o cocidas.
- Lácteos: yogur fresco, natillas, etc.

Indicador:

- Proporcionar a todos los residentes la alimentación adecuada a las características de su enfermedad.
- **Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador. Se ha tenido en cuenta las necesidades especiales de aquellos residentes que tienen algún problema, proporcionado la alimentación adecuada a su estado.**

- Se ha proporcionado comida baja en grasa a un residente con sobrepeso.
- Vigilar los alimentos que traen los familiares que puedan perjudicar a los usuarios
- Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador. No se permite traer a los familiares alimentos para los residentes porque hay que conocer las limitaciones de los mismos y algunos alimentos pueden ser potencialmente peligrosos para ellos, como en los casos en los que hay problemas de deglución por atragantamientos.

MANTENIMIENTO

El personal de la Vivienda Especializada, especialmente la directora vigilarán el control del sistema de protección contra incendios, y la vigilancia del adecuado funcionamiento de fontanería, caldera, sistemas eléctricos y otras instalaciones.

Para ello se contará con el registro de incidencias que será rellenado por el personal de la Vivienda Especializada y puesto en conocimiento de la directora/gerente de la Vivienda Especializada.

Durante el año 2015 se ha cumplido totalmente este indicador. Se registran todas las incidencias en el Programa CEX.

CALENDARIO DE ATENCIÓN

Los horarios están íntimamente relacionados con su finalidad que es dar alojamiento a aquellas personas que por su tipo de discapacidad o por circunstancias socio-familiares encuentran dificultades para residir en el ámbito familiar o en una Vivienda Especializada alternativa.

Por esta razón la atención será continua durante las 24 horas y abierta todos los días del año.

Indicador:

- Elaborar un calendario semanal de actividades para cada uno de los usuarios de la Vivienda Especializada.
- **Durante el año 2015 se ha cumplido este indicador**

PERSONAS USUARIAS:

Características de las personas con esclerosis múltiple y con ELA

Características generales de las personas con esclerosis múltiple

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad crónica del sistema nervioso central, que afecta a la sustancia blanca (mielina) del cerebro y la médula espinal.

En los lugares afectados se destruye la vaina de mielina que recubre los nervios, y a consecuencia de ello se retarda o interrumpe la comunicación nerviosa, pues la mielina queda sustituida por unas placas de tejido endurecido (esclerosis). Las lesiones (placas) pueden aparecer en cualquier lugar del SNC (sistema Nervioso Central, dando lugar a una gran diversidad de síntomas.

Afecta fundamentalmente a adultos jóvenes, siendo más frecuente en mujeres, y se inicia entre los 20 y los 40 años.

En España hay más de 40.000 personas, y más de 1.000.000 en el mundo. Se desconocen las causas de la enfermedad, pero podemos afirmar que no es hereditaria, no es contagiosa y no es mortal.

La sintomatología y evolución son variadas según cada paciente, desde formas benignas hasta casos graves:

Las personas afectadas pueden manifestar un amplio número de síntomas, pero varían mucho de unas a otras, tanto en el tipo de síntomas como en su grado. En principio, pueden clasificarse según la zona del sistema nervioso afectada en: derivados del daño al nervio

óptico, derivados del daño a la médula espinal (en concreto, los relativos a la movilidad son de este tipo) y derivados del daño al cerebro.

Se presentan a continuación los problemas más comunes en esta patología:

- Astenia (fatiga)
- Pérdida de masa muscular
- Debilidad muscular
- Descoordinación de movimientos
- Atrofia muscular
- Dependencia de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- Pérdida de equilibrio
- Disfagia (problemas al tragar)
- Disartria (problemas de habla)
- Insuficiencia respiratoria
- Disnea (problemas al respirar)
- Espasticidad (rigidez muscular)
- Espasmos musculares
- Calambres
- Disfunción sexual
- Problemas de visión: pérdida, visión doble, nistagmo
- Problemas cognoscitivos: dificultad para realizar tareas simultáneas, seguir instrucciones detalladas, pérdida de memoria a corto plazo, depresión...
- Labilidad emocional (risas y llantos inapropiados sin afectación psicológica).
- Estreñimiento

Características generales de las personas con ELA

La esclerosis lateral amiotrófica (abreviadamente, ELA), también llamada enfermedad de Lou Gehrig y, en Francia, enfermedad de Charcot, es una enfermedad degenerativa de tipo neuromuscular por la cual unas células del sistema nervioso llamadas motoneuronas disminuyen gradualmente su funcionamiento y mueren, provocando una parálisis muscular

progresiva de pronóstico mortal, pues en sus etapas avanzadas los pacientes sufren parálisis total que se acompaña de una exaltación de los reflejos tendinosos (resultado de la pérdida de los controles musculares inhibitorios).

Sus características principales son:

- Esclerosis lateral indica la pérdida de fibras nerviosas acompañada de una cicatrización glial en la zona lateral de la médula espinal, región ocupada por fibras o axones nerviosos que son responsables últimos del control de los movimientos voluntarios.
- Amiotrófica: por su parte, señala la atrofia muscular que se produce por inactividad muscular crónica, al haber dejado los músculos de recibir señales nerviosas.

En la ELA, las funciones cerebrales no relacionadas con la actividad motora, esto es, la sensibilidad y la inteligencia, se mantienen inalteradas. Por otro lado, apenas resultan afectadas las motoneuronas que controlan los músculos extrínsecos del ojo, por lo que los enfermos conservan los movimientos oculares hasta el final. Igualmente, en la ELA no daña el núcleo de Onuf, por lo que tampoco resultan afectados los músculos de los esfínteres que controlan la micción y defecación.

La enfermedad afecta, especialmente, a personas de edades comprendidas entre los 40 y 70 años, más frecuentemente en varones y entre los 60 y 69 años.

Aunque los síntomas tempranos varían de un sujeto a otro, todos los pacientes suelen mostrar los siguientes trastornos: se les caen los objetos, tropiezan, sienten una fatiga inusual en brazos o piernas, muestran dificultad para hablar y sufren calambres musculares y tics nerviosos.

La debilidad muscular implica dificultad a la hora de andar y la dificultad de coordinación en alguna de sus extremidades (las manos, especialmente, en lo que se refiere a inconvenientes a la hora de realizar determinadas actividades cotidianas). La extensión de ese debilitamiento y de la parálisis al tronco termina por provocar problemas para masticar, tragar y respirar, llegándose a la necesidad, a este último respecto, de recurrir a la ventilación mecánica.

Progresivamente, aparecen movimientos musculares anormales como fasciculaciones, espasmos, sacudidas, calambres o debilidad, o una anormal pérdida de masa muscular o de peso corporal. La progresión de la enfermedad es normalmente irregular, es decir, asimétrica (la enfermedad progresa de modo diferente en cada parte del cuerpo).

La enfermedad cursa sin dolor aunque la presencia de calambres y la pérdida de la movilidad y función muscular acarrearán cierto malestar. En cualquier caso, esta sensación suele desaparecer con la medicación específica y el ejercicio. En algunos casos, aparecen síntomas relacionados con alteraciones de la afectividad (lloros, risas inapropiadas o, en general, respuestas emocionales desproporcionadas como reacción a la afectación física) denominados labilidad emocional y que en ningún caso significa que exista un auténtico problema psiquiátrico.

[Limitaciones que nos podemos encontrar en los residentes de la Vivienda Especializada de Respiro](#)

A efectos analíticos, es útil clasificar los diversos criterios en estos grupos:

1. Con limitaciones relacionadas con las funciones fisiológicas.
2. Con limitaciones en la movilidad en espacios interiores.
3. Con limitaciones en la movilidad en espacios exteriores.
4. Derivadas de caídas.
5. Con limitaciones de sus funciones mentales, problemas cognitivos y de orientación.
6. Con problemas de memoria.
7. Con problemas emocionales.

Con limitaciones relacionadas con las funciones fisiológicas

De este repertorio se excluyen las limitaciones en la movilidad; las derivadas de las caídas y las limitaciones en las AVD instrumentales, porque se analizan más tarde.

a) Referidos a la ingesta de alimentos:

- Que requieren supervisión en la comida.
- Que necesitan ayuda parcial en la comida.
- Que hay que darles de comer.
 - Que necesitan cuidados especiales como por ej. comida por gastrostomía.

b) Referidos al aseo y limpieza personales:

- Que necesitan supervisión en el baño.
- Que necesitan ayuda parcial en el baño.
- Que hay que bañarles.

c) Referidos a la capacidad de desnudarse y vestirse:

- Que necesitan supervisión en el vestido.
- Que necesitan ayuda parcial en el vestido.
- Que hay que vestirles.

d) Referidos a las funciones urinarias y rectales:

- Con incontinencia fecal u urinaria.
- Que necesitan supervisión para usar el servicio.
- Que necesitan ayuda para defecar.

Con limitaciones en la movilidad en los espacios interiores

- a) Encamado.
- b) Limitado para las transferencias desde la cama a la silla, de la silla a la cama, de la silla al sillón y del sillón a la silla.
- c) Puede realizar desplazamientos por el interior de la Vivienda Especializada pero con ayuda.
- d) No puede acostarse o levantarse de la cama sin ayuda.
- e) No puede ponerse de pie o sentarse por sí mismo en una silla.
- f) Utiliza silla de ruedas manual o eléctrica
- g) Maneja la Silla de ruedas independiente.
- h) No pueden desplazarse en silla de ruedas sin ayuda.

- i) Camina con ayuda de una persona.
- j) Camina con ayuda de dos personas.
- k) Camina solo, utilizando muletas.
- l) Camina solo utilizando andador.
- k) Sube escaleras con ayuda.
- l) Sube escaleras sin ayuda.

Con limitaciones en la movilidad en los espacios exteriores

Para las personas que vayan a vivir en la Vivienda Especializada, la movilidad en los espacios exteriores comprenden una de estas dos situaciones:

- Que la persona deje de salir, lo cual tiene efectos indeseados a varios niveles.
- Que requiera de otra y otras personas familiares, voluntarios, o cuidadores que la acompañen.

Deberemos pues diferenciar los siguientes aspectos para concretar las necesidades del usuario a estos niveles:

- a) Puede caminar y utilizar transportes públicos.
- b) Puede caminar pero no utilizar transportes públicos.
- c) Puede caminar pero acompañado de otra persona.
- d) No puede caminar ni acompañado de otra persona.

Relacionadas con los riesgos de caídas

- a) Residentes con fracturas de cadera.
- b) Residentes con otras fracturas.
- c) Residentes con esguinces.
- d) Residentes con problemas de pérdida de equilibrio.
- e) Residentes con problemas osteomusculares
- f) Residentes que utilizan muletas o andadores.
- g) Residentes con riesgo de sufrir caídas desde la cama.
- h) Residentes con problemas graves de la visión: ceguera u otras disminuciones de la capacidad visual, que supongan la necesidad de ayuda para las AVD instrumentales o básicas.

i) Residentes con riesgos de perder el conocimiento.

Con limitaciones en AVD instrumentales

Las actividades comunicativas, las relacionadas con el manejo del dinero y las elementales tareas de su casa nos van a definir sus limitaciones instrumentales.

- a) Cuando sólo pueden utilizar unos pocos teléfonos conocidos.
- b) Cuando pueden responder, pero no llamar.
- c) Cuando no pueden utilizar el teléfono sin ayuda, por propia iniciativa, sin a) restricciones.
- d) Si pueden mandar mensajes al exterior.
- e) Si pueden manejar, cambiar, administrar dinero.
- f) Si pueden leer una carta sin ayuda.
- g) Si son capaces de adquirir, de comprar bienes u objetos sin ayuda.
- h) Si pueden hacerse su cama.
- i) No pueden hacer su cama.
- j) Si pueden prepararse una taza de leche caliente, o un batido de cola-cao; o hacerse un bocadillo.

Con limitaciones de las funciones mentales, con problemas cognitivos y de orientación

Según el grado de la alteración, se establecen estas categorías, con sus correspondientes características:

a) Residentes con alteraciones severas en la memoria y orientación:

- Confunde a las personas.
- No puede mantener una conversación lógica.
- Presenta trastornos evidentes del comportamiento. Hace cosas que parecen no explicables, a veces o a temporadas.
- Tiene trastornos del humor.
- Ofrece dificultades en el autocuidado.
- Aparece incontinencia ocasional.

b) Residentes con desorientación completa:

- Tienen claras alteraciones mentales, grave deterioro cognitivo.
- Presentan incontinencia habitual o total
- No pueden reconocer a las personas.
- Llevan una vida vegetativa con o sin episodios de agitación.

Con problemas de memoria

Las personas que quedarían clasificadas como residentes con problemas de memoria pueden ser quienes presenten alguna de estas disfunciones:

- a) Repite la misma pregunta.
- b) Tiene dificultades para recordar acontecimientos recientes.
- c) Tiene dificultades para recordar acontecimientos remotos.
- d) Pierde objetos; olvida dónde deja las cosas.
- e) Olvida el día en el que vive.
- f) Olvida el día de su cumpleaños.
- g) Comienza a hacer algo y luego se olvida de lo que era.
- h) Pierde el hilo de una conversación.
- i) Olvida el nombre de las personas con las que mantiene trato.
- j) No puede hacer cálculos sencillos que anteriormente era capaz de llevar a cabo.

Con problemas emocionales

Los signos o comportamientos que suelen considerarse dentro de esta tipología serían los siguientes:

- a) Residentes que lloran.
- b) Residentes que se niegan a salir de su cuarto.
- c) Residentes que se niegan a recibir a sus familiares y a recibir visitas.
- d) Residentes que manifiestan deseos de morirse (por ejemplo, "sería mejor que me muriera").
- e) Residentes que desean dejar de vivir en la Vivienda Especializada.
- f) Residentes que pasan demasiado tiempo durmiendo sin causa clínica.
- g) Residentes que manifiestan pérdida de la autoestima.
- h) Residentes que expresan sentimientos de inutilidad.
- i) Residentes que manifiestan sentimientos de infelicidad.

- j) Residentes que manifiestan sentimientos de autoinculpación.
- k) Residentes con insomnio.

Referencias a la integración y la participación:

La integración con los demás en la Vivienda Especializada se evalúa observando el comportamiento y la capacidad de comunicación.

Las distinciones que se hacen entre los residentes, según su integración y participación, o responden a alguna disminución en las AVD, por ejemplo, de la agudeza visual y auditiva, o son distinciones basadas en la capacidad de sintonización con las reglas del centro.

Los indicadores son los siguientes:

Relativos al comportamiento

- a) Residentes verbalmente agresivos.
- b) Residentes que agreden físicamente a otros residentes o al personal.
- c) Residentes que realizan actividades peligrosas para ellos mismos o para los demás.
- d) Residentes que llevan a cabo acciones molestas para los demás (por ejemplo, despertar a los otros).
- e) Residentes que destruyen objetos propios o ajenos.
- f) Residentes suspicaces o acusadores.
- g) Con adicción al tabaco.
- h) Con adicción al alcohol.
- j) Con adicción a otras drogas.
- k) Que se niegan a hacer las cosas normales que se esperan de él.

Relativos a la comunicación

- a) Que tienen dificultad para leer el periódico aun con gafas.
- b) Que tienen dificultad para escuchar una conversación aun a pesar de utilizar ayudas para la audición.
- a) Que tienen dificultad para hablar.

Uso de servicios de salud

Relativos a la utilización de recursos sanitarios:

- Residentes que con visitas pautadas a médicos de familia (por Hipertensión, alta frecuencia cardiaca...)
- Residentes con visitas a médicos especialistas: neurólogo, urólogo...
- Residentes con historial de varios ingresos hospitalarios.
- Residentes que permanecen encamados la mayor parte del tiempo o todo el tiempo.
- Residentes con cuidados paliativos.

Necesidad de utilización de los cuidados técnicos:

- Residentes que necesitan asistencia para la toma de medicamentos.
- Residentes atendidos con:
 - Curas.
 - Inyecciones.
- Residentes con necesidades de tratamientos rehabilitadores.
- Residente con trastornos cognitivos.

Consumo de fármacos y de tratamientos farmacológicos

- Residentes necesitados de medicación que son responsables en la toma de medicación en las dosis y en el tiempo adecuado.
- Residentes que sólo toman la medicación adecuadamente si se les deja preparada la dosis correcta.
- Residentes incapaces controlar y tomar su propia medicación.

Prevalencia de otros problemas médicos

- Residentes con enfermedades que implican riesgo vital.
- Residentes terminales.
- Residentes fallecidos al año.

Derechos y deberes de las personas residentes:

Derechos:

Toda persona, como usuaria de los servicios y centros de servicios sociales gozará de los siguientes derechos:

- Acceder a los mismos y recibir asistencia sin discriminación por razón de nacimiento, sexo, raza o religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- A la integridad física y moral, sin que en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas, ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.
- A la libertad ideológica, religión o creencias
- Al honor y a la propia imagen
- Al ejercicio de la libertad para el ingreso, permanencia y salida de los centros de servicios sociales o, en su caso, en los términos previstos en el código civil.
- Al secreto de las comunicaciones y, en especial, de las postales, telegramas y llamadas telefónicas, salvo resolución judicial.
- A comunicar y a recibir libremente información veraz por cualquier medio de difusión.
- A asociarse al objeto de favorecer su participación en la programación y en el desarrollo de actividades.
- A la consideración en el trato, debida a la dignidad de la persona, tanto por parte del personal del servicio o centro, como de las otras personas usuarias.
- Al secreto profesional de los datos de su expediente personal, de su historia sanitaria y de su historia social.
- A mantener relaciones interpersonales, incluido el derecho a recibir visitas.
- A una asistencia individualizada acorde con sus necesidades específicas
- A la máxima intimidad en función de las condiciones estructurales de los centros y servicios.
- A que se les facilite acceso a la atención social, sanitaria, farmacéutica, cultural, y en general a todas las necesidades personales que sean necesarias para conseguir un adecuado desarrollo y atención psico-físicas.
- Hacer uso de las hojas oficiales para constatar sus peticiones, reclamaciones y quejas.
- Los demás reconocidos por ley o en el resto del ordenamiento jurídico.

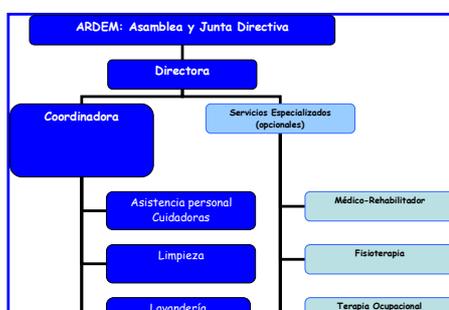
Deberes

Son obligaciones de las personas usuarias de los servicios y centros de servicios sociales:

- Cumplir las normas determinadas en el reglamento de régimen interno del Centro, previamente aprobadas por la Consejería correspondiente del Gobierno de La Rioja.
- No omitir información de interés para la organización o funcionamiento de la Vivienda Especializada.
- Acatar y cumplir con las instrucciones de la directora, responsable y personal de atención directa de la Vivienda Especializada en el ejercicio de sus funciones.
- Observar una conducta basada en el respeto mutuo, la tolerancia y la colaboración, encaminada a facilitar una mejor convivencia
- Participar en los programas y tareas individuales y comunes que se le encomienden.
- Velar por el cuidado y conservación de los enseres de la Vivienda Especializada, comprometiéndose a restituir los que se rompan o deterioren por su mal uso.
- Asumir las sanciones que por incumplimiento de la norma se le imputen.
- A no fumar en la Vivienda Especializada.
- A que permita la utilización de las ayudas técnicas que se requieran para su manejo: grúa... Esto será obligatorio para aquellas personas que lo precisen o requieran.
- Abonar las cuotas que reglamentariamente se establezcan por la utilización de la Vivienda Especializada.
- A cuidar de las instalaciones

MEDIOS PERSONALES

Organigrama del Servicio de la Vivienda Especializada especializada y plantilla de personal



[ARDEM: Asamblea y Junta Directiva](#)

La Asociación Riojana de Esclerosis Múltiple, ARDEM, con CIF G26066019, es la entidad Responsable de la Vivienda Especializada para personas con Esclerosis Múltiple, sita en la Calle Manuel de Falla, nº 55, bajo N de Logroño.

Entre sus fines destacan:

- Agrupar a personas con esclerosis múltiple y sus familias
- Sensibilizar a la opinión pública y a las administraciones sobre la esclerosis múltiple.
- Editar publicaciones informativas sobre la enfermedad.
- Promover sistemas de autoayuda, servicios y terapias para sus asociados.
- Fomentar la investigación científica.

Sus funciones son, entre otras:

- Aprobar la programación anual de la Vivienda Especializada
- Aprobar la memoria de actividad
- Aprobar el presupuesto de la Vivienda Especializada anualmente
- Aprobar el balance de la Vivienda Especializada anualmente
- Proponer mejoras en la Vivienda Especializada

- Resolver cuantas dudas de gestión, organización y funcionamiento puedan surgir en el desarrollo del Servicio propuestas por la Directora del mismo.
- **Durante el año 2015 se ha informado permanentemente a la Junta Directiva sobre la Vivienda.**

Directora:

Es la máxima autoridad de la residencia y su más directo responsable.

Las funciones que le corresponden son las siguientes:

Funciones Generales

- Dirección administrativa de la vivienda especializada y evaluación de la gestión.
- Planificar y programar las actividades de la vivienda y la previsión de sus necesidades, en base a las propuestas de la coordinadora y las cuidadoras.
- Determinar los objetivos del centro, en colaboración con los respectivos responsables de la vivienda y de los órganos integradas en el Centro.
- Realizar la gestión presupuestaria general y la distribución de los medios materiales.
- Proponer la configuración de los puestos de trabajo de la estructura interna del Centro.
- Elaborar estudios y proyectos para perfeccionar los servicios prestados en la vivienda.
- Proponer la adscripción y traslado del personal a los diferentes puestos de trabajo correspondientes a sus respectivas categorías, con excepción de los puestos de jefatura, con arreglo a la normativa aplicable.
- Coordinar las diferentes secciones adscritas a la dirección del Centro.
- Supervisar y controlar las actividades realizadas en la Vivienda.
- Controlar los resultados obtenidos y los costes de funcionamiento de la vivienda.
- Atender a las relaciones humanas, a las condiciones de salud laboral y seguridad en el trabajo, al perfeccionamiento profesional y a la correcta relación con el público.
- Realizar el visado, con carácter potestativo, de los informes, proyectos y actos de gestión originados en el Centro.
- Preparación e impulso de la planificación del gasto y la previsión de inversiones.
- Tramitar los expedientes de autorización de gastos.

- Realizar la administración de las partidas presupuestarias asignadas a la Dirección como conjunto orgánico y de las cantidades libradas en concepto de gastos a justificar.
- Tramitar los expedientes para la aprobación y contratación para la adquisición o suministro de bienes para el Centro.
- Gestionar y controlar los pedidos de material
- Tramitar facturas
- Inventario, control y administración de los medios materiales adscritos o suministrados a la Vivienda.
- Analizar los costes de mantenimiento del Centro y realizar propuestas de mejora.
- Mantener relación con los servicios encargados de la conservación y mantenimiento del Centro.
- Registro, archivo y documentación del Centro
- Ser responsable de la memoria anual del Centro
- Utilización de las aplicaciones informáticas necesarias para el desempeño de su puesto de trabajo.
- Efectuar propuestas de mejora a los superiores en relación a los procesos y sistemas de trabajo de la Sección.
- Realizar aquellas funciones relacionadas con el desempeño de su puesto que le sean encomendadas por el superior jerárquico para contribuir al buen funcionamiento del Departamento al que pertenece y, en general, de la Corporación.

Funciones Específicas:

- Supervisar, controlar y dirigir el funcionamiento y relación entre los diferentes servicios del centro.
- Definir, programar, dirigir, controlar y evaluar los objetivos y funciones de la Vivienda en base a las directrices y estrategias fijadas por el Gobierno de La Rioja y los órganos de representación de la Asociación Riojana de Esclerosis Múltiple.
- Dirigir la elaboración del presupuesto económico y proponer su aprobación.
- Proponer las medidas necesarias para aumentar la optimización de los recursos humanos, materiales y financieros asignados.

- Definir y planificar las estrategias más adecuadas para lograr el mejor clima laboral posible, contribuyendo a la realización profesional del personal, en función del residente y proyecto de centro.
- Dar cuenta de la gestión ante los órganos de Gobierno de La Rioja y elaboración de informes sobre la misma.
- Asumir la guarda y custodia y garantizar la preservación de los derechos de los residentes.
- Gestionar la Vivienda Especializada.
- Velar por el respeto de los derechos de los usuarios y por que reciban los servicios que la residencia debe ofrecer, así como el pleno cumplimiento de los objetivos del centro en la atención de los usuarios.
- Gestionar y dirigir el personal y los recursos materiales y financieros del centro.
- Organizar, distribuir y coordinar los servicios de comedor, lavandería, lencería y limpieza.
- Supervisar la actividad de los trabajadores a su cargo, cuidadores, distribuir las actividades, los turnos de las personas que tiene asignadas.
- Vigilar el buen uso y economía de los materiales, utillaje, y herramientas, maquinaria a su cargo, proceder al recuento e inventario de estos.
- Responsabilizarse de la buena marcha del servicio de comedor, distribución de comidas, control de regímenes,
- Responsabilizarse de los servicios especiales, montaje, limpieza y retirada del servicio.
- Responsabilizarse de los registros de funcionamiento y de los residentes de la Vivienda Especializada.
- Tener conocimiento del número de servicios diarios realizados en el departamento.
- Vigilar el cumplimiento de la labor profesional del personal a su cargo, así como de su higiene y uniformidad.
- Supervisar el buen funcionamiento del servicio de limpieza.
- Si por necesidades perentorias o imprevisibles, la normal actividad del centro lo requiere, colaborar en las actividades propias el personal a sus órdenes.
- Cualquier función de carácter análogo que se le encomiende.

Cualificación: La responsable ha de tener una Titulación Universitaria de Grado Medio y experiencia en la gestión de Centros.

Cuidadores

Es el personal que, bajo la dependencia del Director del centro o persona que determine, tiene como funciones:

- Asistir al usuario de la Vivienda Especializada en la realización de las actividades de la vida diaria que no pueda realizar por el solo, debido a su incapacidad.
- Efectuar trabajos encaminados a la atención personal del residente y de su entorno. Entre otros destacar:
 - Higiene personal de usuario.
 - Limpieza y el mantenimiento de los utensilios del residente
 - Hacer las camas, recoger la ropa, lavarla, plancharla y almacenarla.
 - Labores de limpieza de la Vivienda Especializada a propuesta de la Coordinadora.
 - Dar de comer a aquellos usuarios que no lo pueden hacer por sí solos.
- Se ocupará igualmente de la recepción y distribución de las comidas a los usuarios.
- Realizar los cambios de postura y de la movilización de los residentes cuando estos lo necesiten.
- Realización de servicios auxiliares de acuerdo con su preparación técnica y que le sean encomendadas.
- Comunicar las incidencias que se produzcan sobre salud de los usuarios.
- Limpiar y preparar el mobiliario, materiales y aparatos de la Vivienda Especializada.
- Acompañar al usuario en las salidas, paseos, gestiones, visitas médicas, excursiones y tiempo libre en general, según se establezca por la Coordinadora en la organización del trabajo.
- Realizar actividades de prevención de problemas de salud (escaras, infecciones...) y cognitivos (pérdida de memoria, desorientación...), ponerlo en conocimiento de la Coordinadora o en su caso de la Directora de la Vivienda Especializada para que actúen como consideren oportuno.

- Colaborar con el equipo de profesionales mediante la realización de tareas elementales que complementen los servicios especializados de aquellos, en orden a proporcionar la autonomía personal del residente y su inserción en la vida social.
- En todas las relaciones o actividades con los residentes procurar complementar el trabajo asistencial, educativo y formativo que reciban de los profesionales respectivos.
- Actuar en coordinación y bajo la responsabilidad de los profesionales de los cuales dependan directamente.
- Guardarán absoluto silencio sobre los procesos patológicos que sufran los residentes, así como asuntos referentes a su intimidad.
- En general, todas aquellas actividades no especificadas anteriormente que le sean solicitadas dentro de su cualificación profesional.

Cualificación: Se valorará que tenga el Título de Auxiliar de clínica, Título de atención sociosanitaria en instituciones, Cualificación profesional o experiencia de más de tres años atendiendo a personas dependientes.

- **Ha habido un despido de una trabajadora en 2015 por causas objetivas. El equipo de cuidadores este año ha sido más estable y el equipo que hay a fecha de hoy funciona bien coordinado y con profesionalidad.**

Personal de limpieza:

Las tareas de limpieza serán encomendadas y supervisadas por la Directora de la Vivienda Especializada.

Otro personal:

Como se ha señalado en el apartado de Servicios, dependiendo de los recursos de los que se disponga en la asociación se podrán prestar todos o alguno de los siguientes Servicios de Rehabilitación: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logopedia, Psicólogo, los profesionales de estos servicios desempeñarán las funciones propias de su actividad profesional, desarrolladas en el mencionado apartado.

Durante el año 2015 se ha atendido en el Centro de Atención Integral de la Asociación a todos los residentes que lo han necesitado.

METODOLOGÍA DE FUNCIONAMIENTO DE LA VIVIENDA

El organismo competente del Gobierno de La Rioja derivará a las personas que hayan solicitado plaza pública para estancias temporales o permanentes.

Este organismo nos avisará, a ser posible, con un mínimo de cinco días de antelación y nos aportará los datos y documentación del nuevo residente con la finalidad de preparar: la habitación, la alimentación...

El ingreso se realizará en la Vivienda Especializada de ARDEM, situada en la Calle Manuel de Falla, número 55, bajo letra N.

PROGRAMA DE ACOGIDA Y ADAPTACIÓN A LA VIVIENDA

Para cualquier persona, cambiar de domicilio y de personas que le cuidan es un paso muy importante. Fácilmente, si no se hace con cuidado, se genera desconfianza, desorientación, depresión.

Debemos tener presente que, generalmente, hasta el momento de su llegada al centro, la persona con discapacidad ha vivido sola en su casa, o cuidada por sus familiares, con los cuales tiene fuertes vínculos afectivos.

Cuando las familias y las personas con discapacidad llegan al centro, se enfrentan a un componente de estrés y de culpa. Estrés porque para la familia es muy difícil compatibilizar las atenciones a la persona con discapacidad dependiente con una vida laboral y de familia. Culpa porque, pese a la situación, hay motivación para hacerlo, y el hecho de no poder siempre genera la duda de si se está haciendo todo lo posible.

Debemos pues plantear propuestas de acogida que tengan en cuenta las potencialidades de la familia y que permitan involucrarla en el proceso de acogida y de atención al nuevo residente.

Hay que definir un espacio y unas preguntas dirigidas a la familia en el protocolo de acogida y es tan importante como, una vez realizado el Programa de Atención individualizado, transmitir a la familia cual es la situación de su familiar y definir cuales son las responsabilidades de la misma en el proceso de atención.

En este estado de situaciones, una de las funciones importantes del centro es la de transmitir a la familia y a la persona con esclerosis múltiple, ELA o patologías afines, entre otros, los siguientes valores:

- La Vivienda Especializada va a ser un nuevo hogar para la persona dependiente. Por esto la ambientación de la casa deber ser familiar y las relaciones que se establecen entre el personal y las personas dependientes deben ser cordiales, amables y respetuosas, persiguiendo no sólo la individualización de la atención sino también la personalización de la misma.
- La Vivienda Especializada debe estar especialmente abierta a la participación de la familia con respecto a las atenciones de su familiar, las decisiones que se tomen sobre él, que hace falta tomar, con la máxima flexibilidad de visitas y con espacios específicos para su participación, siempre y cuando el usuario lo desee, salvo en los casos en los esté incapacitado.
- La Vivienda Especializada debe respetar y potenciar la autonomía de cada persona dependiente, trabajar con cuidado la personalización de la atención, y generar tanto cómo se pueda espacios de privacidad.
- La Vivienda Especializada debe facilitar y potenciar la salida de las personas al exterior.

Objetivos:

- Facilitar la adaptación de la persona dependiente a la Vivienda Especializada.
- Trabajar con la persona dependiente la elaboración de la pérdida de autonomía.
- Integrar a la familia de los residentes en la Vivienda Especializada como un elemento más de la atención a la persona dependiente.

Profesionales

Todos los profesionales del centro deben velar, en la medida que su profesión lo permita, por la buena calidad de vida de los residentes en la Vivienda Especializada, especialmente en sus primeros días.

Son tan importantes los profesionales de atención directa como los de atención indirecta, puesto que toda su tarea va orientada a satisfacer necesidades del nuevo residente.

La hora de ingreso será a las 11.00 h. de lunes a viernes. Este horario es porque es una hora en la que ya se han realizado las actividades fundamentales de la vivienda: aseo de los residentes, limpieza de las habitaciones, etc. y se puede atender al nuevo residente con más tranquilidad y prestarle una atención mayor, sin interrupciones y sin ruidos.

La recepción del nuevo usuario se realizará en la propia Vivienda Especializada y la encargada de recibirlo será la Directora.

Proceso:

1. Breve entrevista, de presentación tanto al usuario como a los familiares si le acompañan, presentándonos y presentándoles a las personas que en ese momento se encuentre en las instalaciones comunes de la vivienda.
2. Se le enseñarán las instalaciones de la Vivienda Especializada, se le informará sobre los distintos espacios y usos de los mismos.

3. Se le enseñará su habitación y se le informará de que puede decorarla a su gusto si la estancia va a ser permanente. Si la habitación es compartida se le informará de que puede decorar su parte de la habitación como le guste y cual se su armario.
4. Dejará las maletas o bolsas que lleve el usuario, y una cuidadora le dejará todas sus pertenencias ordenadas encima de la cama, si la habitación es individual, si la habitación es compartida se esperará a ordenarla con el propio residente.
5. Se pasará al salón para facilitarle el Reglamento de Régimen Interno, informarle sobre las características generales del funcionamiento y organización de la vivienda y resolver todas las dudas que pueda tener el nuevo residente o sus familiares.
6. Se recogerá toda su documentación, que se guardará en un archivador dentro de una funda de plástico para que no se extravíe.

La documentación que se guardará será:

- DNI
 - Tarjeta de la Seguridad Social
 - Informes médicos
 - Informes Sociales
 - Certificado y tarjeta de minusvalía
 - Declaración de grado y nivel de dependencia
 - Tarjeta de aparcamiento
 - Títulos de estudios
 - Certificados Laborales
 - Otros documentos que el nuevo residente aporte y que sean necesarios para la atención del mismo o que el residente nos pida que se los custodiamos.
7. Posteriormente se mantendrá una nueva entrevista con el nuevo residente y con la familia si le acompaña para recoger información urgente:
 - Alergias
 - Cuidados Especiales
 - Atenciones que le prestan los cuidadores habitualmente y que el usuario o la familia considera que es importante tener en cuenta: incontinencias, cremas, parches para el dolor...

8. Se procederá a despedir a la familia que le ha acompañado, citándoles para el día siguiente a la misma hora, para informarles sobre aspectos no hablados el día anterior, y necesarios para que ellos los conozcan: régimen de visitas, ausencias...
9. La Coordinadora de la Vivienda Especializada, o en su caso las Cuidadoras, guardarán, en una caja habilitada para ello, la medicación del usuario, repasarán los informes sobre prescripción de los medicamentos y prepararán las cajas dosificadoras.
10. La Directora de la Vivienda Especializada, y en su caso la Coordinadora, revisarán la documentación aportada por el nuevo residente, especialmente en lo referente a aspectos sobre los que se tenga que tener especial cuidado: informes médicos, informes sociales..., para saber cuanto antes si el usuario tiene alguna alergia o necesita algunos cuidados especiales para alguna cosa.
11. El nuevo usuario se incorporará a la vida habitual de la Vivienda.
12. Al día siguiente se mantendrá una nueva reunión con el usuario y sus familiares para cumplimentar toda la documentación necesaria.
13. La Directora de la Vivienda Especializada, a partir de los 20 días de estancia, del periodo de prueba, revisará toda la documentación de usuario y actualizará aquella que esté desfasada. También, cuando el usuario sea de régimen permanente, solicitará revisiones (minusvalía, dependencia...) y cuando sea necesario gestionará el cambio de Centro de Salud, médico y enfermera.
14. La Directora pedirá cita en el DNI para cambio de dirección en el documento nacional de identidad, así como realizará, o acompañará al usuario, para el cambio de dirección en la documentación del coche si este dispusiese de vehículo.
15. La Directora informará a los médicos especialistas sobre el cambio de dirección donde deben realizar las notificaciones.

Se intenta que los ingresos no se hagan en fin de semana, para que pueda estar presente la directora de la vivienda. Durante este año se ha realizado un inventario de enseres personales del residente, comprobando al abandono de la plaza, si lleva todo sus enseres personales.

PROGRAMA DE CONVIVENCIA Y ATENCIÓN DE RESIDENTES

Es muy importante cuidar lo que ocurra en los primeros días ya que el usuario puede sentirse desorientado y sin comprender el funcionamiento de su nuevo lugar de vida: muchas presentaciones, muchas visitas y exploraciones, compañeros nuevos, muchos trabajadores...

Es importante hacer las presentaciones con calma, amabilidad, sin prisas, al ritmo que la misma persona mayor va solicitando y sea capaz de asimilar. De lo contrario, la excesiva intervención profesional es demasiado invasiva y genera más desorientación. Lo importante es generar confianza y dar puntos de referencia claros, de forma que la persona con dependencia y su entorno familiar pueda siempre pedir más información.

Después de esta fase inicial, hará falta observar cómo se adapta el residente al centro y cual es su estado de ánimo.

Todas las tareas que se realicen con él se concretarán en los protocolos, desarrollados más adelante.

La Vivienda Especializada debe prestar al usuario todas aquellas tareas de atención personal necesarias para que tenga una buena calidad de vida, debe cuidar de que su estado de salud sea el mejor posible y, si es posible, prestarle los Servicios de Rehabilitación necesarios para prevenir el deterioro y mantener sus facultades el mayor tiempo posible:

- Movilización permanente para aquellos residente que tienen importantes problemas de movilidad
- Cuidado de úlceras
- Prestar los cuidados sanitarios necesarios para el residente, recomendados por el sistema de salud:
 - Administración de medicación
 - Prevención de escaras
 - Atención a problemas de la enfermedad

- Atención a problemas derivados de otras enfermedades
- Atención de su estado anímico
- Estimulación cuando haya problemas cognitivos para evitar o en su caso retrasar el deterioro.
- Supervisar constantemente las relaciones con el resto de residentes, evitar el aislamiento y la soledad
- Fomentar la relación con la familia
- Promover actividades de ocio y tiempo libre

Se procurará que, en la medida en que sus problemas físicos y cognitivos, lo permitan, sea lo más autónomo posible:

- Se le facilitará los horarios para que entre y salga cuando quiera siempre que respete los horarios establecidos para la vivienda: horarios de comidas, visitas, nocturno...
- Se potenciará el que participe de forma independiente en actividades de la comunidad:
 - Cursos
 - Asociaciones
 - Actividades de la Universidad Popular
 - Actividades deportivas: Escuela Municipal de deportes...
 - Actividades de la Asociación Riojana de Esclerosis Múltiple

Para ello el personal procurará en todo momento que el residente haga todas aquellas actividades que puede desarrollar independientemente aunque le lleve hacerlo mucho tiempo: vestirse, comer, asearse, acudir al baño...

- Durante el año 2015 se ha procurado cumplir con el bienestar de todos los residentes.

COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS DE VIVIENDA ESPECIALIZADA

Para poder llevar a cabo nuestro trabajo que es mejorar la calidad de vida de las personas con esclerosis múltiple, ELA, y la de sus familias, y desde los parámetros de la calidad, se

entiende que el instrumento más eficaz consiste en establecer reuniones de equipo para compartir los mismos valores y principios y estableciendo desde el mismo la revisión y mejora constante del servicio.

Desde esta visión, consideramos que es básico que se busque y se potencie siempre el trabajo en equipo, coordinado entre los profesionales que intervienen diariamente en la vida del residente, nunca bajo la perspectiva de trabajo y decisiones individuales.

Por todo ello se han establecido unos canales de coordinación internos y externos, cuya finalidad no es otra que poner en práctica nuestra misión y velar por los intereses y derechos de los residentes, profesionales, familias y en definitiva por la calidad de vida para todos lo que creemos que un servicio residencial es algo más que cubrir las necesidades básicas.

Coordinación interna

Las reuniones son importantes, para las diferentes finalidades: para informar, recoger opiniones, generar ideas, formar, tomar decisiones, crear nuevas ideas o propuestas..., de este modo cada reunión tiene una función u objetivo y conduce a un resultado

A la hora de organizar una reunión, es importante tener en cuenta que es necesario para la preparación previa: definir los objetivos y el tema de la reunión, elegir a los participantes, confeccionar el orden del día, convocatoria, preparación del material y la documentación. También es necesario realizar un trabajo durante su desarrollo: conocer el rol de los asistentes, el tiempo de que se dispone, el entorno físico, y finalmente, elaborar las conclusiones o actos finales.

Durante el año 2015 se han mantenido 3 reuniones de la Dirección con el equipo de cuidadores al completo y se ha potenciado el constante contacto entre los cuidadores para que estén plenamente coordinados en su trabajo.

La Directora de la Vivienda ha mantenido varias reuniones con los trabajadores de forma individual para aclarar actitudes hacia los residentes y los compañeros y para corregir aspectos de su trabajo profesional.

Equipo de atención directa:

Se mantendrán reuniones: participarán los trabajadores de los distintos turnos y los responsables de la Vivienda Especializada. Su duración será de 1 hora y su orden del día se elaborará incluyendo por parte de los cuidadores los temas que deseen tratar, con un doble objetivo: práctico, con las líneas básicas de atención a los usuarios, intercambio de experiencias y teórico:

Coordinación externa:

Los servicios de Vivienda Especializada se coordinan siempre que es necesario, para el funcionamiento, con aquellos servicios o profesionales que influyen en la relación con los usuarios.

Por una parte se coordinará con los distintos Servicios que se prestan desde la Asociación Riojana de Esclerosis Múltiple y, por otra, con otras entidades, organizaciones y centros necesarios para la atención integral del residente: Centro de salud, Centro de Servicios Sociales, médico de familia, médicos especialistas, enfermeras, centros de formación, entidades que organicen actividades de tiempo libre y de deportes, etc.

Se han mantenido varias reuniones con el equipo profesional del Centro de Atención Integral de ARDEM, así como con los centros de salud y hospital San Pedro

ASAMBLEA GENERAL DE RESIDENTES

Estos se reunirán con los cuidadores y los responsables de la Vivienda Especializada, y se realizará como mínimo de forma mensual.

El objetivo de las mismas es que los residentes tengan un marco donde plasmar sus dudas, quejas y se planifiquen las actividades a realizar durante el mes.

Consideramos que es de gran importancia llevar a cabo actividades individuales y de grupo. La planificación de actividades se elaborará de forma conjunta entre los cuidadores y los usuarios de los servicios.

A pesar de ello, hay que tener en cuenta que antes de la realización de las mismas, habrá variables que no se podrán prever, tales como actividades extraordinarias y se deberá modificar alguna de las actividades planificadas previamente. Esta planificación siempre

se llevará a cabo haciendo participar directamente a los usuarios y motivándolos para que puedan decidir correctamente.

Indicador:

- Mantener cuatro reuniones al año con los residentes para que expongan sus necesidades, preocupaciones o propuestas de actividad (trimestrales).
- Durante el año 2015 se ha cumplido este indicador. Se han mantenido reuniones trimestrales donde se da a los usuarios la oportunidad de expresar sus necesidades o propuestas. Así como reuniones individuales para conocer las incidencias o problemas que han podido surgir. Los usuarios han demostrado estar más cómodos y comunicativos en reuniones individuales que colectivas.

PROGRAMA DE SALUD

Cuidar de la salud de los usuarios de la Vivienda Especializada es fundamental para que consigan un buen nivel de calidad de vida, sobre todo teniendo en cuenta que a menudo tienen bastantes problemas médicos y que toman mucha medicación.

Todos los familiares/tutores, estarán informados puntualmente de las revisiones hechas a su familiar o tutelado y pueden acompañarles a las consultas siempre que lo consideren oportuno con el acuerdo del residente.

Los servicios externos a los que acuden los usuarios, serán informados de las citas médicas y tratamientos a seguir.

Anualmente como mínimo se realizarán analíticas a todos los residentes y revisiones de los especialistas que sean necesarios a cada caso (neurólogo, urólogo, médico rehabilitador...). Se acudirá a todas las citas que prescriban los médicos y se acudirá al médico de familia cuando un residente se encuentre enfermo.

En el botiquín se colocará el cuadro de medicación con los nombres de los residentes y tomas de medicación, que se irán modificando siempre que haya cambios.

Indicador:

- Realizar con cada usuario de la Vivienda Especializada en plaza permanente como mínimo una revisión anual con los especialistas correspondientes, además de con el dentista y el oculista.
- **Se ha realizado el seguimiento de salud de los 9 residentes, con los distintos especialistas dependiendo de las necesidades de cada uno.**

ORGANIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

Usuarios

La documentación se organizará y archivará, siempre que sea posible, en sistema informático, incluido el escáner de informes, certificados, DNI, cartilla sanitaria...

Por cada usuario se abrirá una carpeta y toda su documentación se archivará en subcarpetas:

1. Carpeta personal:

- Datos Personales
- Fotografía
- DNI
- Tarjeta Sanitaria
- Ficha Social
- Situación económica
- Formación curricular
- Estancias: permanente o temporales: fechas de ingreso y salida

2. Carpeta Sanitaria:

- Ficha sanitaria
- Ficha de medicación

- Calendario de usuario
- Ficha de observaciones del calendario de usuario
- Dietas especiales
- Ficha de control sanitario
- Fichas de consultas médicas
- Archivo de informes médicos (estos también se guardarán en papel).
- Caídas
- Incontinencia
- Ingresos hospitalarios:
 - Fecha de ingreso
 - Fecha de alta
 - Motivo del Ingreso
 - Prescripciones Médicas
- Archivo del Historial sanitario
 - Ficha de historial clínico o antecedentes
 - Ficha de historial farmacológico
 - Otras informaciones

3. Otros documentos:

- Ficha de AVD'S
- Valoración neuropsicológica
- Informes de rehabilitación, cuando se realice en la Asociación.
- Informes técnicos de los servicios de rehabilitación (estos se podrán guardar en el Centro de Atención Integral de la Asociación cuando la atención, si la reciben, sea en ese centro.
- Documentación personal que haya que custodiar
- Fichas de asistencia a servicios externos

Centro:

La documentación de la Vivienda Especializada será, a ser posible, informatizada:

- Calidad
- Prevención de Riesgos Laborales

- Protección de datos
- Programas y memorias
- Balances y Presupuestos
- Contabilidad
- Programa de datos del Concierto de plazas del Gobierno de La Rioja
- Personal
- Incidencias
- Calendario laboral
- Cambios de turnos de los profesionales y ausencias
- Otros que se consideren necesarios

La documentación en papel será entre otras:

- Seguros de responsabilidad Civil
- Seguro del Local
- Acreditaciones
- Cesión del local
- Autorizaciones de funcionamiento
- Actas de inspección
- Facturas
- Registros de entradas y salidas de documentación
- Prevención de Riesgos Laborales
- Revisiones de las instalaciones
- Currículos
- Reglamento de régimen interno
- Menús de alimentación
- Hojas de reclamaciones
- Otros que se consideren necesarios.

La documentación organizada y tratada informáticamente se salvará en un pendrive que se utilizará siempre que se quiera realizar alguna consulta. Ese pendrive se guardará bajo llave por parte del personal de la Vivienda Especializada. La finalidad es que no esté la documentación personal de los usuarios en el ordenador cuando este esté conectado a

Internet para evitar que los datos puedan ser vistos por terceros o afectados por algún virus informático. El ordenador debe estar desconectado de Internet cuando se acceda a la información personal de los usuarios.

También se realizará una copia de esta información en un disco duro externo, y la información se salvará todas las semanas, el disco duro lo custodiará la Directora del Centro y no se dejará en ningún caso en la Vivienda Especializada.

La documentación en papel se podrá guardar en la Vivienda Especializada o en las oficinas de la Asociación Riojana de Esclerosis Múltiple, ya que la Vivienda tiene poco espacio y se puede gestionar determinada documentación mejor en la sede de la asociación que en la propia vivienda. Constará de:

- Archivo donde se guardarán los informes médicos
- Archivador donde se guardarán las tarjetas sanitarias, DNI...
- Archivador de las facturas
- Libro de Hojas de reclamaciones
- Carpeta de fundas donde se guardará toda la documentación básica de la Vivienda: autorización de funcionamiento, seguros de responsabilidad civil, seguro del local, revisiones de las instalaciones, etc.
- En el tablón de la Vivienda se colgará el Reglamento de Régimen Interno y los Menús semanales
- Otros que se consideren necesarios.

Se realizan las actuaciones administrativas necesarias para el buen funcionamiento de la Vivienda.

PERSONAL DE VIVIENDA ESPECIALIZADA:

- Directoras del Centro
- Cuidadores con una ratio de 1 cuidador por cada 4 residentes en turnos de mañana y tarde y 1 cuidador por cada 8 residentes en el turno de noche.
- Personal de limpieza

- Personal de Servicios: si los recursos lo permiten, se les prestarán a los residentes servicios de rehabilitación para lo cual se contaría con uno o varios de estos profesionales:
 - Médico rehabilitador
 - Fisioterapeuta
 - Terapeuta Ocupacional
 - Logopeda
 - Psicólogo- Terapeuta Familiar
 - Trabajadora Social

Selección de personal:

En la Selección de personal se valorará:

- La Titulación
- La experiencia profesional
- La actitud y motivación

Directora:

- Titulado de grado medio
- Experiencia en trabajo de gerencia
- Experiencia en trabajo con personas con discapacidad
- Experiencia en trabajo con personas con esclerosis múltiple y ELA
- Actitud profesional y motivación.

Cuidadores:

- Titulación: auxiliar de clínica, integración social, ATS fundamentalmente, Cualificación profesional o en proceso de tramitación.
- Experiencia en trabajo con personas dependientes
- Experiencia en trabajo con personas con esclerosis múltiple y ELA
- Actitud profesional y motivación.

Otros servicios de rehabilitación:

- Titulación correspondiente
- Experiencia en trabajo con personas dependientes
- Experiencia en trabajo con personas con esclerosis múltiple y ELA
- Actitud profesional y motivación.

Limpieza:

- Experiencia
- Actitud profesional y motivación.

Capacitación

La capacitación en el área de trabajo es fundamental para la calidad del trabajo. Este es el proceso de adquirir conocimientos técnicos, teóricos y prácticos que mejoren el desempeño de los empleados en sus tareas laborales.

La buena capacitación puede traer beneficios a la organización como mejorar su imagen y la relación con los empleados, además de que aumenta la calidad de la atención. Para los empleados, también hay beneficios como el aumento en la satisfacción del empleo y el desarrollo de sentido de progreso.

Se establecerá un plan de formación y reciclaje de los profesionales que trabajen en la Vivienda Especializada, siempre y cuando esta formación no afecte al correcto funcionamiento del Centro.

GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES

Estos resultan fundamentales para el éxito o fracaso de una gestión administrativa, lo básico en su administración es lograr el equilibrio en su utilización. Tan negativo es su escasez como su abundancia. Cualquiera de las dos situaciones resulta antieconómica.

La administración de recursos materiales consiste en:

Obtener oportunamente, en el lugar preciso, en las mejores condiciones de costo, y en la cantidad y calidad requerida, los bienes y servicios, con el propósito de que se puedan ejecutar las tareas de la mejor manera posible y de elevar la eficiencia en las operaciones.

Recursos materiales:

- Edificio
- Espacios de trabajo
- Hardware y software
- Ayudas técnicas
- Mobiliario, etc.

GESTIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS

La administración de recursos financieros supone un control presupuestario y significa llevar a cabo toda la función de tesorería (ingresos e ingresos). Es decir, todas las salidas o entradas de efectivo deben estar previamente controladas por el presupuesto.

Para estar en condiciones de evitar fallas y de aplicar correcciones oportunamente, corresponde a esta gestión realizar los registros contables necesarios. Estos registros contables deben corresponder al presupuesto.

Ingresos:

Los recursos económicos de la Vivienda Especializada estarán constituidos por las cantidades que se obtengan en concepto de precios públicos por parte del Gobierno de La Rioja en las plazas Concertadas.

La Dirección de la Vivienda Especializada gestionará estas cantidades como establezca el Gobierno de La Rioja.

Se podrá contar también con otros ingresos como donativos de terceros, subvenciones para actividades de ocio y tiempo libre, y subvenciones o donativos para desarrollar aquellas actividades y Servicios que no se contemplan en la Concertación de las plazas.

Gastos:

Los gastos serán fundamentalmente los derivados de:

- Personal
- Alimentación
- Mantenimiento de la Vivienda Especializada:

- Pago de la comunidad de vecinos
- Pago de la comunidad de garajes
- Teléfono
- Gas
- Electricidad
- Correos
- Seguro de responsabilidad civil
- Seguro del local
- Aplicación de la prevención de riesgos laborales
- Aplicación de la Ley de protección de datos
- Asesor laboral y contable
- Material para la atención de los residentes
- Mantenimiento de caldera, instalación de la luz, extintores...
- Formación de los trabajadores

La Contabilidad está informatizada y se aplica el Plan General Contable.

Anualmente se realiza un Presupuesto y un Balance de ingresos y gastos de la Vivienda Especializada, que será aprobada por los órganos de representación de la Asociación la Junta Directiva y la Asamblea.

APLICACIÓN DE SISTEMAS DE CALIDAD

Las organizaciones se destacan por gestionar sus actividades y recursos mediante un conjunto de sistemas, procesos y datos que les permiten la toma eficaz de decisiones. En este contexto, aplicar un sistema de calidad implica, entre otros aspectos, llevar a cabo mediciones periódicas tanto de los enfoques aplicados como de su despliegue, con el fin de disponer de datos objetivos que sustenten el avance de la organización hacia unos buenos resultados en relación con sus grupos de interés.

El desarrollo de sistemas de indicadores para estructurar la medición en las organizaciones es sin duda necesario para asegurar la calidad de la información empleada en dicha toma de decisiones.

No se aplica el sistema de calidad por el coste tan elevado que supone su implantación, unos 7000 € y desde la Comunidad Autónoma se considera que no es necesario.

APLICACIÓN DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

La Ley de Protección de datos de carácter personal tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

El procedimiento que se seguirá en la Vivienda Especializada es por una parte que el residente nos autorice a disponer de sus datos personales y sanitarios y deberá autorizar por escrito si derecho a la imagen.

Se elaborará, con ayuda de PRODAT, un manual de protección de datos, se determinará el responsable del cumplimiento que será la Directora del Centro y se formará a todos los trabajadores en esta área.

Todos los trabajadores nuevos estarán obligados a recibir formación sobre protección de datos.

Los trabajadores firmarán un documento en el que se comprometerán a velar el cumplimiento de esta Ley, así como las empresas externas que presten servicios a la Vivienda Especializada.

En todo momento se aplica el protocolo de protección de datos con cuidadores, los penados que cumplen sentencia con trabajos para la comunidad y voluntarios.

ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN (ANEXO I)

La finalidad de los protocolos es que los trabajadores sepan que hacer ante determinadas situaciones que se puedan dar en la Vivienda Especializada y que requieran ser sistematizada la metodología del trabajo.

Reflejan la mejor manera de hacer las cosas y ayuda a la integración del equipo y facilitan la información para el personal de nueva incorporación.

Con el fin último de prestar a nuestros usuarios una atención de calidad, existen diferentes herramientas que pueden ayudar a tomar decisiones en momentos de incertidumbre.

Los protocolos son documentos de éste tipo que además contribuyen a normalizar la práctica, son una fuente poderosa de información.

En el Anexo I se aportan una serie de Protocolos de actuación de la Vivienda Especializada.

La Dirección, con el asesoramiento de la Coordinadora de la Vivienda y de los profesionales y residentes, elaborará distintos protocolos de intervención que consideren necesarios y que no se recogen en este Programa Técnico.

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN LA VIVIENDA ESPECIALIZADA

- P.01.- PROTOCOLO DE INGRESO
- P.02.- PROTOCOLO DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES
- P.03.- PROTOCOLO DE HIGIENE Y ASEO
- P.04.- PROTOCOLO DE ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO
- P.05.- PROTOCOLO DE ESTIMULACIÓN PARA AQUELLOS USUARIOS QUE TENGAN PROBLEMAS COGNITIVOS.
- P.06.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE CAÍDAS
- P.07.- PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS
- P.08.- PROTOCOLO DE LA INCONTINENCIA URINARIA
- P.09.- PROTOCOLO DE COMIDA

- P.10.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE PROBLEMAS DE SALUD DE ALGÚN RESIDENTE
- P.11.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA UTILIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
- P.12.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE TRASLADO INTERNO DE RESIDENTES
- P.13.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE AUSENCIA DEL RESIDENTE
- P.14.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE URGENCIA MÉDICA DE RESIDENTES
- P.15.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DE UN RESIDENTE
- P.16.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO QUE UN RESIDENTE TENGA UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA
- P.17.- PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DE LA ASOCIACIÓN
- P.18.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ENFRENTAMIENTO ENTRE RESIDENTES
- P.19.- PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS E INCIDENCIAS QUE SURJAN EN HORARIO NOCTURNO O DÍAS FESTIVOS
- P.20.- PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE LAS LLAVES DE LA VIVIENDA ESPECIALIZADA:
- P.21.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN A SEGUIR CON EL DINERO DE LOS RESIDENTES
- P.22.- PROTOCOLO DE CELEBRACIÓN DE CUMPLEAÑOS DE LOS RESIDENTES
- P.23.- PROTOCOLO DE CAMBIOS DE TURNO, CAMBIOS DE HORARIO Y AUSENCIAS DEL PUESTO DE TRABAJO DE LOS CUIDADORES
- P.24.- PROTOCOLO DE DEFUNCIONES

P.01- PROTOCOLO DE INGRESO

ANTES DEL INGRESO

La Directora, al tener conocimiento de la persona que va a ingresar, iniciará las siguientes tareas:

- Ponerse en contacto con el la persona dependiente que va a ingresar.
- Ponerse en contacto con sus familiares o personas responsables.
- Visitar a la persona dependiente, en situaciones necesarias, en su lugar de residencia o domicilio.
- Pedir recopilación de los informes médicos que se posean.
- Estimular a traer algunos recuerdos personales significativos para la persona dependiente (fotografías, cuadros...).
- Ampliar el conocimiento si existen otras fuentes de información sobre la situación real del nuevo residente.
- Con los datos recopilados elaborará un informe donde consten:
 - Los antecedentes personales, familiares y sociales de la persona dependiente.
 - Estudios que realiza o realizó.
 - Trabajos que desarrolla o ha desarrollado
 - Lugares donde ha vivido, aficiones, acontecimientos familiares..., es decir, una sucinta biografía de la persona en cuestión.
 - Datos personales y situación actual.
 - Centro o lugar de donde procede.
 - Motivo del ingreso.
- Solicitará a la familia que "marque" toda la ropa del usuario con las iniciales del nombre y de los dos apellidos. Si no tuviera familia ni nadie que se lo pueda hacer se encargará la Coordinadora de la Vivienda Especializada.
- En la redacción del informe tendrá en cuenta señalar el estado físico y psíquico que se haya percibido en el usuario en estos contactos previos; valorando asimismo la capacidad para la realización de las tareas diarias.

- Concertar y programar el día y la hora de ingreso con el usuario, su familia o las personas responsables (12 h. de lunes a viernes).
- Comunicar a todos los profesionales de la Vivienda sobre lo que tienen que hacer, al menos tres días antes, por medio de la entrega del informe elaborado, todos los datos recopilados y día y hora del ingreso.
- Comprobará que la habitación esté preparada: cama hecha, toallas en su lugar, jabón para la higiene, útiles ordenados y en buen estado.
- Informará al residente que corresponda que va a tener un nuevo compañero de habitación.
- Elegirá a alguno de los residentes antiguos, si puede ser el compañero de habitación, sino uno fijo de la Vivienda, para que se ocupe de acompañar e introducir al recién llegado en la dinámica de la Vivienda, durante los primeros días.
- Designará al auxiliar que se va a ocupar del recién llegado en los momentos de su primer contacto con el nuevo entorno.

MOMENTO DEL INGRESO

- La Directora recibirá al recién llegado y sus acompañantes en la entrada de la Vivienda.
- Les invitará a que pasen a la Vivienda para completar datos, recibir los informes médicos anteriores, y conversar con el nuevo residente y sus acompañantes según oportunidad.
- En este momento se rellenará la ficha social: datos personales, teléfono de contacto de los familiares.
- Se recogerá el D.N.I. y la Cartilla de Seguridad Social.
- Se guardará en un archivador con funda donde se meterá toda la documentación del nuevo residente.
- La Directora presentará a los profesionales que estén en ese momento en la Vivienda y a los residentes que se encuentren en los espacios comunes.
- Posteriormente se acompañará al nuevo residente a su habitación, y enseñarle las instalaciones de la Vivienda Especializada.

- Uno de los cuidadores, junto con la familia, colocará la ropa en el armario. Durante esta tarea tendrá en cuenta las carencias que puede presentar el vestuario del anciano, para comunicarlo inmediatamente a la Coordinadora.

PRIMER DIA DE INGRESO

- Después de la visita la Directora recabará información sobre:
 - Antecedentes.
 - Patología actual.
 - Alergias.
 - Dieta.
 - Deambulación.
 - Continencia.

Posteriormente notificará inmediatamente a la Coordinadora sobre las precauciones que hay que tener.

EN DÍAS INMEDIATAMENTE POSTERIORES:

- Los cuidadores se ocuparán de atender a las necesidades de la personas dependiente según el grado de dependencia en cuanto a:
 - Aseo personal.
 - Programación de duchas.
 - Grado de incontinencia: carro, pañales, colector, sonda vesical...
 - Sueño: a observar por el turno de noche.
 - Programación de curas, sonda vesical, sonda nasogástrica, inyectables, etc.
 - Valorar si necesita barandillas en la cama para preservar su seguridad.
 - Revisión de podología, anotándose si precisa nuevas revisiones.
- Rellenará la historia de asistencia por parte de la Coordinadora.
- Se colocará el nombre, con los adhesivos oportunos, en las carpetas y cajas de medicación.

- Se informará al nuevo residente sobre los horarios y actividades: levantarse, desayuno, comida, merienda, cena, acostarse, grupos de voluntariado, etc.
- Comunicarle que ante una necesidad médica avise a la Directora de la Vivienda o en su caso a la Coordinadora o al cuidador el que trasladará esta información a la Coordinadora.
- En la primera reunión interdisciplinar que corresponda a la planta del nuevo residente se estudiará el caso y se revisará el cumplimiento del seguimiento del protocolo.
- Se le informará de las actividades de ocio y esparcimiento: fiestas, coro, periódico, club, y sobre las actividades que puede desarrollar y participar.

CONCLUSIÓN

1. Durante la primera semana se hará un seguimiento especial del recién ingresado para ayudarle en su adaptación.
2. La Directora y en su caso la Coordinadora le visitará todos los días durante esta primera semana, para que la acogida y adaptación sea lo menos dolorosa posible y determinadas necesidades sean inmediatamente atendidas.
3. Especial cuidado tendrán los cuidadores para que se encuentren cómodos en la Vivienda Especializada, quienes le prestarán una adecuada atención.

P.02.- PROTOCOLO DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

IMPORTANTE: En todas las Técnicas de Movilización que se describen seguidamente, es fundamental preservar la integridad del paciente preservándole de posibles caídas u otros daños.

Movilización del paciente encamado

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

Giro del paciente encamado de decúbito supino a decúbito lateral

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

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

Forma de sentar o incorporar al paciente en la cama

Para sentar un enfermo en la cama, si ésta es articulada como son prácticamente todas, basta dar vueltas a la manivela correspondiente hasta que la elevación de la cama haga que el enfermo se encuentre cómodo y en una postura adecuada a su estado.

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

Forma de sentar al paciente en el borde de la cama

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

Pasar al paciente de la cama a la silla de ruedas

1. Lo primero que hay que hacer es fijar las ruedas. Si aún así hay peligro de que la silla se mueva harán falta dos personas, una de las cuales sujetará la silla por el respaldo para evitar su movimiento;
2. Como todas las camas de la Vivienda Especializada tiene carro elevador, se colocará la cama a la altura de la silla.
3. El residente se sentará al borde de la cama y se pondrá, con la ayuda del Cuidador, la bata y las zapatillas (de forma que no se le salgan con facilidad);
4. Si el residente no puede hacer solo los movimientos necesarios para sentarse al borde de la cama se le ayudará de la manera indicada en Forma de sentar al paciente en el borde de la cama;
5. La silla se coloca con el respaldo en los pies de la cama y paralela a la misma;
6. El cuidador se coloca frente al enfermo con el pie que está más próximo a la silla por delante del otro;
7. El residente pone sus manos en los hombros del cuidador mientras éste lo sujeta por la cintura;
8. El residente pone los pies en el suelo y el Cuidador sujeta con su rodilla más avanzada la rodilla correspondiente del enfermo para que no se doble involuntariamente;
9. El Cuidador gira junto con el residente y, una vez colocado frente a la silla, flexiona las rodillas de forma que el usuario pueda bajar y sentarse en la silla. Cuando la silla no es

de ruedas se procede en la misma forma, pero el peligro de que la silla se mueva es inferior.

Movilización de pacientes con grúa

La grúa es un elemento auxiliar del que dispone el personal para movilizar al residente dependiente con la mayor seguridad y menor riesgo de lesiones para él y para sus cuidadores.

Se utilizará para movilizar a los usuarios que requieren ayuda total con menor esfuerzo para el personal.

PREPARACIÓN DEL PERSONAL:

- Lavar las manos.
- Poner los guantes.

PREPARACIÓN DE PACIENTE:

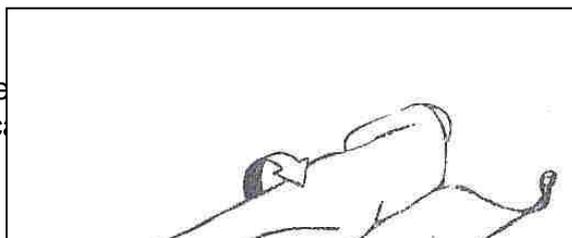
- Informar al paciente de lo que se le va hacer y pedir su colaboración.
- Preservar su intimidad en todo momento.

PROCEDIMIENTO:

- Frenar la cama y colocarla en posición horizontal.
- Métodos de Colocación del Arnés:

1. En decúbito lateral

Girar al enfermo en Decúbito Lateral, (en



enfermos con FRACTURA DE CADERA, colocar una almohada doblada entre las piernas, para evitar que las junte), colocar el arnés y una entremetida si el enfermo no la tuviese hacia la mitad, luego hacerlo girar hacia el Decúbito contrario y acabar de estirar el arnés y entremetida.

Luego las bandas de las piernas, se pasan por debajo de ambas piernas y se entrecruzan, la de la pierna derecha para colgar en el gancho izquierdo y la de la pierna izquierda en el gancho derecho.

2. Desde la posición de sentado

Incorporar al enfermo hasta la posición de sentado, colocar el arnés de arriba - abajo, por debajo de una sábana entremetida, del mismo modo que se hace si el enfermo está sentado en una silla - , hasta la altura de la cintura (como se ve en la figura 6.)

Acostar de nuevo al residente y hacer pasar las bandas de las piernas, justo por debajo de los muslos y cruzarlas como se explicó arriba en el método de Decúbito Lateral.

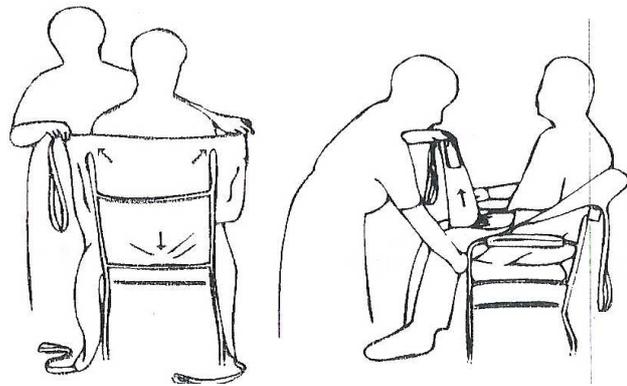
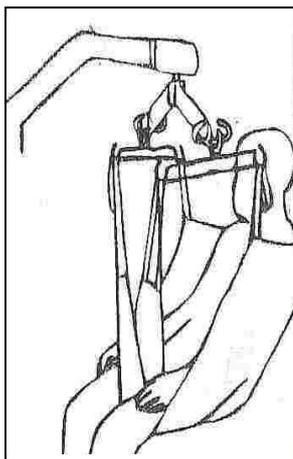
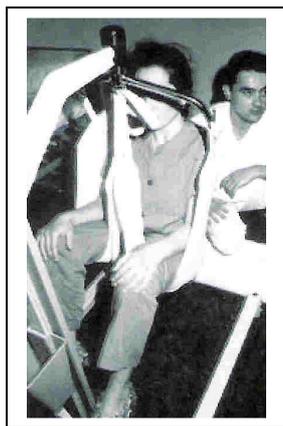


figura 6

Una vez colocado el arnés al enfermo por uno u otro método, elevar un poco el brazo de la grúa, y acercar a la cama o silla desde donde se desee movilizar al enfermo y colocar las bandas más cortas (hombros) en los enganches del lado correspondiente o en la percha supletoria si se dispone de ella, en la posición más corta, es decir más cercana al cuerpo del arnés. Y a continuación las bandas más largas (piernas) en la posición más alejada, o sea, la de la punta de la banda y entrecruzarlas de modo que la derecha se coloque en el enganche izquierdo y la izquierda en el derecho; así el enfermo, irá más sentado al elevarlo. (Figura 7)



Elevar **figura 7** en suavidad, hasta una altura de separación entre la cama, **como**, abrir las patas de la grúa para aumentar el radio de estabilidad de la misma y procurar mayor seguridad en el traslado; transportar al enfermo, hasta el sillón o viceversa; situar encima del sillón y descender, hasta la posición de sentado, uno de los auxiliares procurará que quede bien sentado tirando de las agarraderas de las que dispone el propio arnés.

- Durante la noche, en cada una de las rondas, se realizarán los cambios posturales de los usuarios que sean incapaces de realizarlos por sí mismos.

EN TODO CASO LA FISIOTERAPEUTA DE LA ASOCIACIÓN LES DARÁ UNA FORMACIÓN IN SITU PRÁCTICA PARA MOVILIZAR A LOS DISTINTOS USUARIOS DE LA VIVIENDA ESPECIALIZADA.

P.03.- PROTOCOLO DE HIGIENE / ASEO

- El baño se realizará cada dos días como mínimo procurando que el agua esté aproximadamente a la temperatura corporal (35-40°).
- Los usuarios encamados o que por sus características especiales no posean la bipedestación ni puedan mantenerse sentados en las sillas de ducha, el baño se realizará en la bañera de acuatec o en la silla basculante especial de ducha que posee la Vivienda Especializada, extremando el cuidado en las movilizaciones pues son personas con problemas de descalcificación ósea y en consecuencia con tendencia a las fracturas.
- Si durante el baño se observa alguna lesión (hematomas, heridas, escoriaciones, úlceras, etc.) se comunicará a la directora.
- Es muy importante realizar una adecuada higiene genital (lavar de dentro hacia afuera y de delante hacia atrás, es decir, de la zona genital a la anal).
- Después del baño y una vez secos se deberá hidratar la piel de todos los usuarios utilizando las cremas y lociones hidratantes corporales.
- Los cortes de uñas se realizarán semanalmente en el aseo general de la mañana.

CAMBIOS DE PAÑAL

- Los absorbentes se deben colocar de delante hacia atrás y retirarlos siempre hacia atrás, así pasaremos de la parte más limpia a la más sucia, evitando infecciones.
- No se recomienda la utilización de dos absorbentes a la vez, ya que no solo no se consigue mayor absorción sino que aumenta el riesgo de derrames.
- Se cambiarán diariamente después de comer, merendar, cenar y siempre que sea preciso.
- Se efectuarán revisiones después del desayuno y durante la noche.

CONTROL DE ESFÍNTERES Y MENSTRUACIONES

- Se anotarán en las hojas que existen a tal efecto los controles de esfínteres, de al menos los usuarios que figuran en ellas y menstruaciones.
- Si se apreciara alguna anomalía (diarreas, heces sanguinolentas, anuria, menstruaciones abundantes o de larga duración, etc.) se comunicará a Coordinadora para solicitar cita con el médico.

P.04.- PROTOCOLO DE ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

Uno de los procedimientos realizados con más frecuencia por los cuidadores, es el aseo del residente. La higiene, proporciona bienestar sobre todo si debido a su patología, el residente debe permanecer encamado.

Este bienestar mejora sin duda la calidad de vida y trata de brindar cuidados a través del aseo, mejorando la circulación, la hidratación de la piel y la imagen del paciente en general.

El aseo de un residente encamado es una tarea diaria.

PROCEDIMIENTO:

1. Lavar las manos con agua y jabón y colocar guantes estériles de un solo uso.
2. Explicarle al residente que se le va a higienizar y preparar todo el material correspondiente que incluye ropa para el paciente, agua, jabón, toallas, sábanas nuevas y todo lo que sea necesario y complementario para el aseo.
Además, vigilar que la habitación permanezca sin corrientes de aire para que el paciente no se enfríe, manteniéndolo desnudo el menor tiempo posible y preservando su intimidad.
3. Es importante la observación del residente de la cabeza a los pies y que al desnudarlo, este cubierto para que no se enfríe. Si tiene camión se lo retiramos primero por la

cabeza y después por los brazos y si hay dificultad por un problema o traumatismo, primero por un brazo y después por el otro siendo el miembro afectado el ultimo en desvestirse.

4. El orden para la higiene del residente es: Ojos, cara, cuello y hombros, brazos, manos, axilas, tórax y mamas, abdomen, piernas y pies, espalda y nalgas y por ultimo la región genital.
5. Para lavar la cabeza en un residente encamado, se procede a colocar al paciente sobre la orilla de la cama sin almohada recostado sobre un hule alrededor de su cuello sujetándolo de manera que quede fijo. La parte distal del hule se introduce en el cubo o palangana quedando un canal que facilita la recogida del agua. Mojar la cabeza, colocar el champú, luego enjuagar y secar lo más pronto posible para que el paciente no se enfríe.
6. Los ojos y la cara se lavan con agua sin jabón, siempre secamos después de lavar cada zona en particular. Todas las demás partes del cuerpo con agua y jabón. Se le acerca el recipiente con agua al paciente para que pueda lavarse las manos y luego se las secamos.
7. Debemos poner especial énfasis en el cuidado de lavar y secar bien la zona submamaria en las mujeres y todos los pliegues en particular en mujeres y hombres. Lavaremos las extremidades inferiores secando bien los pliegues interdigitales.
8. Posteriormente colocaremos al residente en decúbito lateral para lavar la parte posterior del cuello, hombros, espalda y nalgas. Enjuagar y secar.
9. Cambiamos el agua, jabón y la esponja y colocamos de nuevo al residente en decúbito supino.
10. Por último, procederemos a lavar la región genital. La higiene de los genitales la realizaremos desde la región genital a la anal (así evitaremos el arrastre de gérmenes

del ano a los genitales); utilizaremos agua y un antiséptico no irritante en vez de jabón. Enjuagar y secar bien.

11. Una vez seco, hidratar la piel del residente con una loción de uso diario, que no les irrite la piel.

Recordar que el aseo aumenta y mejora la calidad de vida del residente.

P.05.- PROTOCOLO DE ESTIMULACIÓN PARA AQUELLOS USUARIOS QUE TENGAN PROBLEMAS COGNITIVOS.

Es fundamental trabajar con los residentes el área cognitiva para evitar su deterioro, por lo que, si no se pudiera prestar el Servicio de Terapia Ocupacional, sería importante que los trabajadores de la Vivienda realicen habitualmente las actividades que se describen a continuación, especialmente los cuidadores:

1. Estimulación verbal:

Normas general:

- Hablar lenta y claramente.
- Bajar el tono de voz.
- Usar oraciones cortas y simples.
- Acercarse al residente de frente y lentamente.
- No entrar en discusiones.
- Llamarle siempre por su nombre, y decirle el nuestro.
- La actitud ha de siempre respetuosa y firme cuando sea preciso.

Orientación espacial:

- Preguntarle por su lugar de nacimiento, pueblo, provincia, país.
- Dónde estamos: Calle, número, piso...
- Dónde está Logroño

Orientación temporal:

- Al levantarlo decirle que día de la semana es, día de mes y año, y el tiempo meteorológico.
- Decir la hora, si es por la mañana, por la tarde, por la noche.

Noticias de actualidad:

- Transmitir y comentarles las noticias del día.

Alimentación:

- A la hora de comer, darle instrucciones simples y fáciles de entender.
- Al servir y dar la comida decirle lo que le damos, que está comiendo.
- Explicar el uso de utensilios.

Sobre sus constantes vitales:

- Que es el pulso, y cuanto tiene
- Que mide la tensión y cuanta tiene
- Porqué le tomamos la temperatura y cuanto tiene
- Cuanto pesa y cuanto debiera de pesar.

2. Estimulación afectiva:

- Que sienta que el que le cuida le quiere cuidar.
- Estar cerca, tocar la frente, las mejillas, dar la mano
- Escucharle.

3. Estimulación audiovisual:

- Leer (o manejar) periódico y revistas.
- Escuchar música suave y agradable.
- Anuncios y dibujos para ayudar a la orientación.
- Radio y televisión.

- Ver con el residente álbumes de viejas fotos suyas y que comente con quién está en la fotografía.

4. Estimulo en las necesidades básicas:

- Darle la oportunidad de seleccionar su ropa favorita.
- Motivarle para que nos diga cuando piensa o tiene necesidad de ir al baño.
- Mover la barbilla del dependiente con problemas cognitivos para recordarle que debe continuar masticando o tocar la lengua con la cuchara.
- Colocar mano junto a un cubierto.
- Dar abundantes líquidos.
- Recordarle especialmente la necesidad de la higiene personal, higiene bucal (enjuagues), peluquería, podología.
- Recordarle la necesidad de prevenir las escaras: cambios posturales, colchones y cojines de aire
- Fomentar la independencia lo máximo posible.

5. Otras actividades de estimulación que han de realizar las cuidadoras:

- Observar alteraciones y problemas físicos y psíquicos.
- Animar a las familias a que los visiten.
- Vigilar la toma de medicamentos.
- Vigilar que acuda a todas las actividades programadas.
- Dar paseos conversando con ellos.
- Fomentar la interrelación con los compañeros.

P.06.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE CAÍDAS

Definición: establecer las pautas a seguir en caso de que un usuario sufra una caída.

Procedimiento a seguir:

- Valorar la situación: si tiene dolor, si sangra, si se encuentra orientado, la postura...
- Si no tiene dolor en ningún lado del cuerpo, no sangra y se encuentra orientado, levantarlo con mucho cuidado, utilizando si es preciso para ello la grúa, y dejarlo en el sillón o en la cama según su estado de nerviosismo hasta que se le pase.
- Si tiene dolor: preguntar por la zona donde tiene dolor y la intensidad del mismo. Si fuese un dolor ligero en una zona del cuerpo que no suponga riesgo actuar como en el punto anterior.
- Si refiere dolor intenso e incluso hay pérdida de conocimiento, podemos sospechar que haya una fractura en tal caso:
 - Llamar al 112
 - Llamar a la responsable de la Vivienda Especializada en ese momento para informarle de la situación
 - Acompañarle a urgencias, si se puede en la ambulancia para tranquilizarles.
 - El Responsable de la Vivienda Especializada deberá acudir a urgencias para interesarse por el residente y realizar las gestiones necesarias.
 - Avisar a la familia del residente.
- Si sangrase un poco de alguna herida leve (rasguños o herida superficial, limpiarla bien y proporcionarle una cura (lavado de la herida, desinfección y apósito).
- Si sangrase mucho, y hay una hemorragia considerable, limpiarle, si se puede, la herida, valorar el lugar donde se ha producido y la gravedad de la herida y actuar. Si consideramos que la herida es profunda:
 - Llamar al 112
 - Llamar a la responsable de la Vivienda Especializada en ese momento para informarle de la situación
 - Acompañarle a urgencias, si se puede en la ambulancia para tranquilizarles.
 - Si no fuese posible por que no hay en ese momento personal suficiente, el Responsable de la Vivienda Especializada deberá acudir a urgencias para interesarse por el residente y realizar las gestiones necesarias.
 - Avisar a la familia del residente.
- Pérdida de conocimiento: Si el golpe de la caída le produce pérdida de conocimiento:
 - Llamar al 112

- Llamar a la responsable de la Vivienda Especializada en ese momento para informarle de la situación
- Acompañarle a urgencias, si se puede en la ambulancia para tranquilizarles.
- Si no fuese posible por que no hay en ese momento personal suficiente, el Responsable de la Vivienda Especializada deberá acudir a urgencias para interesarse por el residente y realizar las gestiones necesarias.
- Avisar a la familia del residente.

Es una medida preventiva que debe ser valorada por un médico y que este establecerá la pauta de intervención, cuidados...

P.07. PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS

INTRODUCCIÓN

El tratamiento efectivo de las úlceras por presión implica a todos los cuidadores, que deben trabajar en equipo; este equipo, ante pacientes de riesgo o cuando aparezca una úlcera, desarrollará un plan previamente organizado y perfectamente conocido por todos los miembros.

Se realizarán registros como herramienta de control y evaluación. Para ello se fomentará la formación continuada y el trabajo en equipo como punto fundamental en la prevención y tratamiento de las úlceras. Además es importante afianzar roles y responsabilidades compartiendo los errores y también los logros, teniendo en cuenta, siempre, que el disminuir la incidencia de las úlceras es un objetivo de calidad asistencial.

Las úlceras pueden y deben prevenirse, en gran parte, con un buen cuidado y atención al paciente por parte del personal.

En el momento del ingreso, se realiza la historia sanitaria, incluyendo en la misma, un estudio detallado del estado general del paciente. Dentro de este estudio se realiza una valoración del riesgo de úlceras que tiene dicho paciente.

ESTADÍOS

- *Estadío I.-* Afecta a epidermis (piel intacta). Eritema (piel rosada) que no recupera el color normal después de retirar la presión.
- *Estadío II.-* Afecta a epidermis y dermis. Piel con pérdida de continuidad, vesículas o flictenas.
- *Estadío III.-* Pérdida de tejido que se extiende en profundidad afectando a nivel subcutáneo. Puede haber tejido necrosado.
- *Estadío IV.-* Pérdida total del grosor de la piel, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén. Presenta lesiones con cavernas o trayectos sinuosos.

LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE.

- *Decúbito supino.*
 - Occipital.
 - Omóplato.
 - Codos.
 - Sacro.
 - Talones.
 - Isquion.
- *Decúbito lateral.*
 - Trocánter.
 - Orejas.
 - Costillas.
 - Cóndilos.
 - Maleolos.
- *Decúbito prono.*
 - Dedos pies.
 - Rodillas.
 - Órganos genitales masculinos.
 - Mamas (en mujeres).

- Acromion.
- Mejillas.
- Orejas.

FACTORES PREDISPONENTES

- Presión mantenida (el más importante).
- Pérdida sensitiva; propicia la disminución de la percepción del dolor y presión.
- Parálisis motora asociada con atrofia muscular; incapacidad para responder a la presión.
- Desnutrición (hipoproteïnemia, deficiencias vitamínicas). Determinan que la piel sea más vulnerable a la ulceración isquémica.
- Balance de nitrógeno, azufre, fósforo, calcio negativos.
- Déficit metabólicos secundarios a traumatismos o inmovilización prolongada.
 - Espasticidad y contracturas articulares. Dificultan la adopción de posturas adecuadas. Las prominencias óseas sufren presión.
 - Anemia. Propicia la hipoxia celular y necrosis.
 - Edema. Obstaculiza el suministro de nutrientes a las células.
 - Estado mental. El enfermo renuncia a moverse o adoptar posturas adecuadas.
 - Enfermedades metabólicas: diabetes, cirrosis...
 - Infección de lesiones y heridas.

MEDIDAS PREVENTIVAS

1. **Higiene y aseo general**, para mantener la piel limpia y seca. Para ello, el protocolo debe ser conocido y seguido por todos los cuidadores, propiciando, en lo posible, el baño o ducha completo.
 - Aplicación de cremas hidratantes, en lugar de lociones que contengan alcohol y que resecan la piel.
 - Estimular la circulación mediante masajes suaves, utilizando aceites específicos (ácidos grasos y vitaminas).

- Detectar precozmente la úlcera inminente con una rigurosa y minuciosa exploración de la piel. La exploración de la piel se realizará aprovechando los momentos del aseo, de los cambios posturales o cambios de absorbentes de incontinencia.
 - Evitar la presencia de arrugas al realizar las camas.
 - Lavado y secado minucioso.
2. **Incontinencia:** buscar el tratamiento más adecuado a cada caso, según las características de cada paciente; utilizando la sonda vesical sólo excepcionalmente y de forma temporal cuando sea imprescindible.
- Utilizar absorbentes de incontinencia cambiándose cuando sea necesario.
 - Protocolizar los cambios de absorbentes con un horario determinado.
 - Tratamiento de la incontinencia.
 - Aseo de la piel, evitando humedades.
 - Utilización de colectores de orina en aquellos residentes varones que lo precisen.
 - Valoración integral del residente en silla de ruedas por si puede evitarse las sillas con cuña de incontinencia por el alto riesgo que conllevan de úlceras en glúteos.
 - Valoración de la necesidad de uso de sondaje vesical en casos determinados.
3. **Utilizar dispositivos para aliviar la presión:**
- En los sillas durante el día (cojines de agua, silicona...). En determinadas personas es necesario reclinar el respaldo de la silla de ruedas para repartir la presión.
 - Colocar colchones de aire de presión alternante en la cama en todos los residentes que tengan la movilidad disminuida.
 - En los residentes con más riesgo se combinarán los colchones de aire con módulos de agua colocados en las zonas de mayor riesgo.
 - Proteger las zonas de riesgo de ulceración y las zonas más delicadas con protecciones de algodón, almohadas, cojines...

- Colocación de apósitos hidrocoloides en zonas donde haya signos de aparición inminente de una úlcera.
 - Protecciones en los pedales de las sillas de ruedas para evitar auto y heterolesiones al golpearse fortuitamente en las piernas. Está demostrado que si llevamos a cabo esta medida se produce una disminución considerable de las úlceras de origen traumático, ya que la mayoría se producen por traumatismos directos sobre los miembros inferiores.
 - En las sillas de ruedas, durante el día, uso de cojines de agua, silicona y borregos.
 - Proteger las zonas de riesgo de ulceración y las zonas más
4. **Cambios posturales** estrictos cada 2 horas, teniendo en cuenta que no se trata únicamente de un cambio de posición, sino que, en cada cambio hay que tener en cuenta los siguientes puntos:
- Evitar el arrastre a lo largo de la cama.
 - En cada posición evitar las zonas de presión y rozamiento.
 - Examen minucioso de la piel para detectar zonas de riesgo.
 - Evitar objetos en la cama que puedan ser causa de traumatismos: sondas atrapadas, arrugas de la ropa, restos de comida...
 - Dejar a los residentes encamados únicamente en las situaciones que sean imprescindibles.
 - Alternar los puntos de apoyo en aquellos residentes que precisen silla de ruedas incluyendo dicha movilización en la silla dentro del protocolo de cambios posturales.
 - Acostar la siesta a aquellos residentes que tengan alto riesgo de úlceras por presión y lo requieran.

Para la vigilancia y control de los cambios posturales, se elaborará una gráfica que se colocará en la pared, en la cabecera de la cama del residente, donde se especifica la posición y el horario del cambio; de esta forma la persona que va a realizar el cambio, conoce la posición en que se debe colocar al residente encamado

y además, de esta forma, vigilar que el cambio anterior ha sido realizado. El cuidador una vez constatado que el cambio postural ha sido realizado, lo refleja en una hoja con su firma, en esta hoja de firmas, se reflejan las posiciones y horarios del cambio, coincidiendo exactamente con la gráfica que tiene el paciente en su habitación. De esta forma se lleva un control riguroso de los cambios y se crean hábitos en la realización de los mismos.

Es importante dejar a los pacientes encamados únicamente en las situaciones que sea imprescindible.

Para evitar la presión continua sobre la misma zona en los pacientes que permanecen todo el día en silla de ruedas, se realizan movilizaciones periódicamente, y en los casos que es necesario se les encama durante unas horas a mediodía para modificar la postura.

5. **Poner protecciones en los pedales de los carros de ruedas** para evitar autolesiones y lesiones a los demás al golpearse. Esto puede producir una disminución considerable de las úlceras vasculares, ya que la mayoría se producen por traumatismos directos sobre los miembros inferiores.
6. **Cuidados nutricionales:** se debe procurar una dieta adecuada a las necesidades del residente, rica en proteínas y vitaminas, para ello es importante hacer una valoración nutricional periódicamente y utilizar suplementos dietéticos en los casos que sea necesario, recurriendo a la alimentación por SNG (Sonda nasogástrica) con administración de preparados específicos con bomba de nutrición, siempre que no sea posible lograr una buena alimentación por vía oral, con prescripción médica.
7. **Hidratación:** control de ingesta de líquidos y aumento de la cantidad de líquidos en los residentes que lo necesitan.
Durante los meses más calurosos se velará especialmente para que todos los residentes ingieran líquidos para evitar la deshidratación.
En los pacientes que tienen dificultad para ingerir líquidos, la cantidad pautada, se suple con gelatinas.

CONCLUSIONES:

- Es importante hacer una evaluación periódica (mensual) de todas las úlceras producidas en el centro para hacer una valoración interdisciplinar de las causas, prevención... así como compartir los éxitos en cuanto a prevención y curación de las mismas, lo que supone un estímulo positivo para los cuidadores.
- Es fundamental en el cuidado de las úlceras una buena formación y adiestramiento de los cuidadores ya que únicamente conociendo el mecanismo de producción y los signos de alarma, se pueden poner en marcha las medidas preventivas y curativas.
- Es importante no escatimar medios y facilitar todos los recursos necesarios para la prevención y tratamiento de las úlceras, ya que este gasto se traducirá a medio/largo plazo en un beneficio considerable para los residentes y en una mayor disponibilidad de tiempo de los cuidadores para que puedan dedicarlo a otras atenciones, e incluso en ahorro .
- Estas medidas no se deben abandonar en ningún momento del cuidado del residente, ni siquiera en los pacientes en estado terminal ya que al prevenir la aparición de úlceras, se contribuye a su calidad de vida.

TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Valoración de la lesión.

Con el fin de lograr una mejor actuación y comunicación entre los profesionales implicados, ante cada nueva úlcera, se realiza una hoja registro en la que se hace constar:

- Nombre del residente, edad.
- Fecha de aparición de la úlcera.
- Lugar de producción: en la Residencia, en el Hospital
- Localización
- Estadío (si se conoce)
- Antigüedad de la lesión.
- Curso-evolución de la lesión.

Seguimiento a través de su médico de cabecera y del servicio de enfermería del Servicio Riojano de Salud.

SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL:

Los cuidadores deben prestar especial atención a:

- Exudado purulento.
- Presencia de pus.
- Necrosis.
- Bordes inflamados.
- Mal olor.
- Aumento de dolor.
- Estancamiento en la evolución.

Para ir informando al médico sobre la evolución de la úlcera, y especialmente, para detectar a tiempo una infección.

P.08.- PROTOCOLO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Este protocolo va dirigido a los residentes con algún tipo de incontinencia.

Causas de la incontinencia

Incontinencia Transitoria:

- Enfermedades agudas
- Trastornos confusionales agudos
- Retención con incontinencia o por rebosamiento
- Drogas
- Alteraciones psicológicas

Incontinencia establecida:

- Procedimientos quirúrgicos previos
- Enfermedades de la corteza cerebral
- Enfermedades de la médula espinal
- Retención por rebosamiento
- Enfermedades de la vejiga
- Vejiga inhibida
- Incontinencia urinaria genuina o por estrés

Actuación:

Identificar el patrón de micción del residente:

- Residentes sin alteraciones en sus capacidades cognitivas: se le realizará una entrevista para conocer dicho patrón de micción, por parte de la Directora del Centro o en su caso por parte de la Coordinadora.
- Residentes con alteraciones en sus capacidades cognitivas. Se preguntará a su familia, y si no hay familia se realizará un seguimiento durante una semana, en el que se registrará tanto las horas, cantidades y aspectos de orina, para conocer así dicho patrón de micción.

Control de la eliminación:

- Residentes sin alteraciones en sus capacidades cognitivas. Se realizará seguimiento de incidentes puntuales.
- Residentes con alteraciones en sus capacidades cognitivas: Se controlará especialmente los problemas de micción, dolor, escozor, color de la orina, olor, sangre en la orina, fiebre...
- Si se detecta uno de estos problemas se pedirá cita al médico de cabecera para hacerle una analítica.

Cuidados de la piel:

- Cuidados de la piel: detectar posibles problemas en la piel, especialmente cuando el residente con problemas de incontinencia utiliza pañales.
 - Enseñar al residente, o realizar si este no pudiera, los cuidados de la piel, que consisten en lavado, secado total y protección con un agente impermeabilizante o protector.
 - Explicar al residente que la dermatitis de contacto por el amoniaco es la consecuencia de una exposición prolongada de la piel a la orina. El secado regular y total, así como un empleo de un agente protector o impermeabilizante y el uso de un sistema de retención adecuado, minimizan este problema.
 - Realizar o decirle que realice diariamente su higiene general
 - Valorar el estado de la piel del residente al menos una vez al día o siempre que se le realice algún procedimiento de higiene
 - Ayudar al residente a elegir un sistema de retención urinaria adecuado
 - Si aparece lesión en la piel, ponerle cita con el médico y aplicar la cura diaria de la zona lesionada con el tratamiento prescrito, extremar las medidas de higiene y valorar la posibilidad de sondaje vesical temporal para evitar que se moje o se ensucie la lesión.

Otros cuidados

- Control de la ingesta de líquidos, a través de la observación directa nos informaremos de la ingesta diaria de líquidos del residente pero no obstante sospecharemos de la disminución de ésta si hubiese una disminución de la frecuencia y de la diuresis.
- En residentes con capacidad cognitiva deteriorada.
 - Entrenamiento de los hábitos. El residente orinará según un horario previamente establecido. El horario se establece según sus hábitos urinarios y la finalidad es que permanezca seco.
 - Micciones incitadas: se comprueba o se pregunta al residente si esta seco o mojado, si esta seco se el invita a ir al cuarto de baño. Si esta invitación resulta satisfactoria se le proporciona un refuerzo positivo por mantenimiento de la continencia; si no fuera satisfactorio no se le proporcionará el refuerzo. El

objetivo de este ejercicio es conseguir que el residente reconozca el estado de conciencia y aprenda a pedir ayuda cuando lo necesite.

Prevención

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

Actuaciones de los cuidadores:

- En caso de que el residente sea portador de dispositivos de continencia, seguir los cuidados sobre el procedimiento de colocación de pañales
- En caso de que el residente sea portador de sondaje vesical realizar los cuidados necesarios para su inserción y mantenimiento
- Valorar diariamente la presencia de signos que indiquen infección de orina:
 - Orina turbia, maloliente, fiebre y poliaquiuria
 - Si el estado cognitivo del residente lo permite, enseñar al residente a reconocerlos para que avise al cuidador y/o la enfermera
 - Mantener el adecuado aporte de líquidos
 - Si aparece infección administrar el tratamiento antibiótico prescrito

Objetivos

- Retrasar la aparición de signos y síntomas del sistema genito urinario.
- Mejorar la calidad de vida del residente al evitar la incomodidad, los problemas físicos de la incontinencia, la disminución de la autoestima o el aislamiento.
- Retrasar la aparición de signos y síntomas de envejecimiento del sistema genito urinario
- Prevenir o disminuir los episodios de incontinencia para mejorar la calidad de vida del residente al evitar la incomodidad, los problemas físicos de la incontinencia, la disminución de la autoestima o el aislamiento

Preparación del residente

- Es imprescindible para la realización del procedimiento conocer el patrón de micción del residente en el que se registra: la duración, la frecuencia, el volumen de la micción y la cantidad de líquido ingerido.
- Explicarle al residente la serie de medidas que puede realizar
- Animarlo a mantenerse continente. Explicarle que si se produce algún episodio de incontinencia no se desanime y prosiga en programa de continencia

Actividades a realizar

- Mantener un aporte de líquidos: Un residente sin restricciones debe tomar un mínimo de 2-3 litros de agua al día. Restringir el aporte unas horas antes de acostarse o indicar al residente que orine antes de acostarse.
- Evitar el consumo de irritantes vesicales: La cafeína y el alcohol actúan como irritantes vesicales e incrementan la sensación de urgencia.
- Valorar el tratamiento farmacológico que toma el residente. Si toma diuréticos, procurar que los tome antes de las 10 de la mañana.
- Facilitar el acceso al baño y /o a los recipientes para eliminar:
 - Es necesario que el baño este bien indicado y cerca
 - No han de existir obstáculos entre la cama y el cuarto de baño
 - Procurar que lleve ropa fácil de desabrochar o retirar
 - Suministrar los recipientes para la eliminación (botellas, cuñas) día y noche
 - Dejar el timbre de aviso al alcance de la mano del residente, cuando se acueste

Observaciones:

- Si resulta necesaria la colocación de un dispositivo de continencia (pañal, colector, etc.) para evitar olores y ulceraciones, recomendar y ayudar al residente en su elección
- Realizar sondaje urinario solamente en casos estrictamente necesarios.
- Si aparece o aumenta el número de emisiones voluntarias:
 - Disminuir el tiempo de intervalo entre las micciones voluntarias, es decir, acompañarle al cuarto de baño en lugar de cada dos horas, cada hora y media

- Comprobar si existe relación entre la ingesta de líquidos y el horario de incontinencias, para reprogramar el horario de ingestas.
 - Programar consulta médica, para averiguar la posible etiología e iniciar tratamiento
 - Si la causa es una infección de orina: administrar el tratamiento antibiótico prescrito y mantener al residente en el programa de prevención
 - Si la causa es la aparición o empeoramiento de problemas neurológicos y se valora la imposibilidad que el residente en programa de prevención de la continencia, valorar el uso de dispositivos de incontinencia.
- *Puntos a reforzar:*
 - Evitar al residente periodos largos de cama. Andar y realizar alguna actividad son buenos medios para evitar la incontinencia.
 - Facilitar el acceso y acompañamiento al cuarto de baño todas las veces que sea preciso o el residente lo solicite.
 - Proporcionar un adecuado aporte de líquidos asegura en circunstancias normales un adecuado volumen diario de diuresis.
 - Ofrecer apoyo psicológico. Evitar que el residente se sienta culpable o sienta vergüenza.
 - Valorar positivamente todos los logros del residente al realizar las actividades de prevención de la incontinencia.

Prevención de la pérdida de autoestima/aislamiento social:

- Realizar higiene general una vez al día
- Realizar cambios de pañales y la higiene cada vez que el residente se moje o ensucie para evitar mal olor. Si el puede realizarlo, explicar la importancia de mantenerse limpio
- Aplicar colonia o desodorante una vez este limpio
- Valorar el olor y el aspecto de la ropa del residente., cambiar tantas veces como sea necesario
- Explicarle el uso de dispositivos de continencia es para que este más confortable y mantenga la piel mejor cuidada

- Si aparece pérdida de la autoestima/aislamiento social, animar al residente y explicarle que no tiene porque sentir vergüenza, que el no es un caso aislado, que la incontinencia no es una enfermedad grave, que con los sistemas de continencia puede llevar una vida normal, etc.

P.09.- PROTOCOLO DE COMIDA

- Es uno de los momentos de mayor riesgo (vómitos, atragantamientos, aspiraciones, etc. que pueden tener consecuencias fatales, asfixia e incluso la muerte) por tanto se dedicará el tiempo necesario. Cada usuario tiene un ritmo diferente que hay que respetar.
- Serán los cuidadores quienes servirán las comidas.
- La comida se servirá a la temperatura adecuada a cada alimento, pero en ningún caso ni demasiado caliente ni fría.
- A cada usuario se le administrará su dieta así como los suplementos alimenticios que tiene prescritos.
- No se mezclarán nunca los diferentes platos.
- El pan se repartirá a los usuarios antes de servir el primer plato, posteriormente se dará otro trozo antes del segundo los trozos de pan serán de unos 25 gr. para los usuarios con dieta hipocalórica y de 40 gr. para el resto.
- Como mínimo se les dará un vaso de agua entre primer y segundo plato. Así mismo a lo largo del día se ofrecerá agua al menos cada hora y media a todos los usuarios y especialmente a aquellos que no son capaces de pedirlo por sí mismos.
- El personal de atención directa deberá prestar una atención continua a los usuarios que tengan asignados durante la comida.
- Para evitar que el exceso de ruido a la hora de la comida y evitar que se provoquen conductas inadecuadas el cuidador velará para que el ambiente sea lo más agradable, que se utilice un volumen de voz adecuado, evitar golpear/arrastrar el mobiliario, etc.

- Antes y después de cada comida se lavarán las manos y la cara de los usuarios. Después de cada comida se procederá a realizar la higiene bucal.
- A los usuarios que requieren atención especial, después de las comidas y realizado el aseo correspondiente, se les mantendrá sentados unos 45 min.; posteriormente se les acostará en la cama prestándoles una cuidadosa vigilancia, en caso de presentar vómito se les colocará en decúbito lateral.

P.10.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE PROBLEMAS DE SALUD DE ALGÚN RESIDENTE

Definición: Establecer las pautas a seguir cuando se produzca un problema de salud de alguno de los residentes.

Protocolo de actuación:

- Se valorará la situación por parte del cuidador quien notificará al responsable de la Vivienda Especializada el problema.
- Se le pedirá cita con el médico, si no es un problema grave.
- Se llamará al médico de guardia si el residente presentase fiebre muy alta, o su estado no le permitiese acudir al médico.
- La responsable de la residencia o una cuidadora, a valoración de la responsable, le acompañará a la cita médica.
- Se cumplirá en uno y otro caso, lo prescrito por el médico.
- Se informará a la familia al respecto.

P.11.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA UTILIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Definición: establecer las pautas a seguir par ala correcta utilización y administración de los medicamentos de los residentes de la Vivienda Especializada Especializada.

Procedimiento a seguir:

- No se recogerán medicamentos traídos por los usuarios, otros servicios, familia, tutores o representantes legales, si no viene acompañada de informe médico que lo prescriba o receta médica.
- Sólo podrán administrarse las medicaciones prescritas por los facultativos, debiendo quedar indicadas las dosificaciones correspondientes en el cuadro de medicación.
- No podrán administrarse dosis diferentes a las prescritas. Se encuentra legalmente prohibido administrar medicación no prescrita a los residentes. En caso de necesidad urgente, obtener información previa referente a alergias e incompatibilidades con otros medicamentos.
- En cualquier caso la responsabilidad recaerá sobre el cuidador que la haya administrado.
- Cada residente tiene su propia medicación y está prohibido intercambiar medicamentos de los residentes, aunque estos sigan los mismos tratamientos.
- Cualquier síntoma secundario que pueda provocar un medicamento deberá quedar reflejada en el registro de cambio de medicación.
- Ante la prescripción de una nueva medicación psiquiátrica se rellenará en el registro de cambios producidos por cambio de medicación.
- Los medicamentos deberán ser custodiados por los cuidadores, debiendo ser estos los que distribuyan en las cajas individuales de los residentes la dosis diaria.

- La medicación debe ser administrada por los cuidadores, previa comprobación en el cuadro de medicaciones y asegurándose que el usuario se la toma; si se detectara cualquier anomalía bien en la caja individual o con el cuadro, debe informarse inmediatamente al coordinador o a la directora de la Vivienda Especializada.
- Cuando se prescribe por orden facultativa una medicación puntual o crónica, se debe:
 1. Rellenar la ficha de visita médica
 2. Rellenar la ficha de medicación
 3. Realizar un cuadro de medicación, también cuando se produzcan modificaciones en el tratamiento en las dosis.

Será responsabilidad de los cuidadores comprobar que la medicación prescrita ha sido administrada y tomada por los residentes.

P.12.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE TRASLADO INTERNO DE RESIDENTES

Definición: Establecer las pautas a seguir en caso de que surjan conflictos en la convivencia entre compañeros de habitación en la Vivienda Especializada.

Procedimiento a seguir:

1. Definir el conflicto
2. Valorar las características de ambos residentes
3. Establecer alternativas de solución al conflicto
4. Promover la participación activa de los afectados por el conflicto en el establecimiento de dichas alternativas de solución

5. Si la única solución sería el cambio de habitación:
 - a. Informar a los residentes, y a sus familias si procede, del conflicto.
 - b. Determinar fecha y hora para el cambio y recogida de pertenencias.
6. Realizar el seguimiento y valoración del cambio.
7. Todos los puntos anteriores serán valorados y establecidos por el Equipo técnico.

P.13.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE AUSENCIA DEL RESIDENTE

Definición: Establecer las pautas a seguir en caso de que un residente quiera salir por un tiempo de la Vivienda Especializada.

Procedimiento a seguir:

- Debe comunicarlo a las Coordinadora y en su caso a las cuidadoras.
- Debe rellenar el documento de Registro de que va a salir y por cuanto tiempo, si no le es inconveniente si ha quedado con alguien y el nombre, durante cuanto tiempo tiene previsto salir y si va a llegar a las horas establecidas por el Centro para comer, cenar o dormir.
- Debe llegar a la hora que ha señalado y, si se fuese a retrasar más tiempo, llamar por teléfono a la Vivienda Especializada para que las cuidadoras tengan conocimiento de ello.

Actuación en caso de ausencia del residente sin previo aviso a los responsables de la Vivienda Especializada

Las pautas a seguir en caso de que un residente se vaya de la Vivienda Especializada sin previo aviso o no regrese a las horas indicadas sin avisar.

Procedimiento a seguir:

- Llamarle al móvil para ver donde está.
- Buscarlo en las inmediaciones si no cogiera el teléfono

Si en el intervalo de 120 minutos no aparece ni llama por teléfono:

- Avisar al 092, Policía Local, ofreciendo una información lo más objetiva y rápida que sea posible, con descripción detallada del residente y ofreciendo indicaciones de donde puede estar (su casa, el parque, alguna cafetería)
- Avisar a la coordinadora de la Vivienda Especializada y a la Directora. Estas avisarán a la familia, si existiera, transmitiendo siempre tranquilidad. La familia, si el residente tiene, debe estar siempre informada por que puede enterarse por canales externos, y además, han de estar en sobreaviso de que su familiar tienen tendencia a este tipo de conductas. El cuándo y cómo depende de cada situación y corresponde a la Coordinadora o a la Directora en su caso.

La responsabilidad recaerá en los cuidadores, ya que les corresponde a ellos tener controlado en todo momento a los residentes en los horarios de la Vivienda Especializada.

P.14.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE URGENCIA MÉDICA DE RESIDENTES

Definición: Establecer las pautas a seguir cuando se produzca una urgencia médica con uno de los residentes.

Procedimiento a seguir:

- Avisar al 112 - Servicio de emergencias

- Llamar a la responsable de la Vivienda Especializada en ese momento para informarle de la situación
- Acompañarle a urgencias, si se puede en la ambulancia para tranquilizarles.
- el Responsable de la Vivienda Especializada deberá acudir a urgencias para interesarse por el residente y realizar las gestiones necesarias
- Avisar a la familia del residente

P.15.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DE UN RESIDENTE

Definición: Establecer las pautas a seguir cuando se produzca un ingreso hospitalario de uno de los residentes.

Este ingreso hospitalario puede ser por una enfermedad común o por una recaída de su enfermedad.

Protocolo a seguir:

- El responsable o la directora acudirán al Centro hospitalario con el residente hasta que llegue su familia, tutor o representante legal.
- Corresponde a la familia, tutor o representante legal el acompañamiento del residente durante el periodo de hospitalización.
- Si el residente no dispusiera de familia, tutor o representante que le pudiera acompañar, se pondrán en conocimiento del Centro hospitalario para que le faciliten los servicios de atención necesarios incluido el de darle la comida, en este supuesto las visitas de la responsable en ese momento de la Vivienda Especializada, realizará una visita diaria, haciéndola coincidir si es posible, con el horario de la visita del médico que lleve el caso para conocer su evolución, necesidades, autorización de pruebas, fecha probable de alta hospitalaria, intervención quirúrgica si esta fuera necesaria...

REGRESO A LA VIVIENDA ESPECIALIZADA

- Se seguirán escrupulosamente las pautas marcadas por los médicos
- Se vigilará especialmente su estado por si se notase algún cambio. Si esto sucediera se avisará a la responsable de la Vivienda Especializada quien se pondrá en contacto con el médico para informarle sobre lo sucedido.

P.16.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO QUE UN RESIDENTE TENGA UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA

Definición: Establecer las pautas a seguir cuando un residente tenga una enfermedad contagiosa.

Protocolo de actuación:

- Se valorará la situación por parte del cuidador quien notificará al responsable de la Vivienda Especializada el problema.
- Se le pedirá cita con el médico, si no es un problema grave.
- Se llamará al médico de guardia si el residente presentase fiebre muy alta, o su estado no le permitiese acudir al médico.
- La responsable de la residencia o una cuidadora, a valoración de la responsable, le acompañará a la cita médica.
- Se aislará al paciente en una habitación si es muy contagiosa para evitar problemas en el resto de los residentes.
- Se procurará mantenerlo en el Centro Hospitalario el mayor tiempo posible para evitar el contagio del resto de los residentes.
- Se cumplirá en uno y otro caso, lo prescrito por el médico.
- Se informará a la familia al respecto.

P.17.- PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DE LA ASOCIACIÓN

Los residentes socios de ARDEM serán atendidos por los Servicios de Rehabilitación del Centro.

1. Se le pondrá cita con el médico rehabilitador.
2. Una cuidadora le acompañará a la visita, a la que podrán acudir también la familia del residente.
3. El médico realizará una exploración del residente y emitirá un informe señalando los tratamientos que considera que hay que prestarle al afectado:
 - a. Fisioterapia
 - b. Terapia Ocupacional
 - c. Logopedia
 - d. Apoyo Psicológico
 - e. Tratamiento Neuropsicológico.

Estos dos últimos servicios pueden ser valorados su necesidad por los miembros del equipo multiprofesional de ARDEM.

4. Los tratamientos se les podrán proporcionar de dos maneras, dependiendo de los recursos de los que disponga la Asociación:
 - a. En el Centro de Atención Integral de ARDEM, esté consideramos que es la forma más adecuada ya que se le prestarían todos los Servicios de forma continuada e integral, además de que también facilitamos que salga de la Vivienda Especializada y se relacione con otras personas de la Asociación:

- Se procurará que se preste un servicio de acompañamiento, desde los servicios sociales municipales para que les acompañen al centro y los vuelvan a llevar a la vivienda, ya que habrá momentos en los que no se pueda realizar esta actividad desde los servicios de la Asociación.
- Se les prestaría todos los servicios que necesaria dos días a la semana con sesiones de 30 minutos por cada servicio.
- El servicio de apoyo psicológico se podrá prestar por una duración de tiempo mayor dependiendo de las necesidades de la familia.
- También se atenderá en el servicio de apoyo psicológico a los familiares de los pacientes.

- b) En la Vivienda Especializada: cuando no sea posible por no disponer la asociación de recursos suficientes se podrán prestar algunos de los servicios en la Vivienda: Fisioterapia y Logopedia, con intervenciones puntuales, si fuese necesario de la Terapeuta Ocupacional.
- a. La Fisioterapeuta, Logopeda se desplazarán a la vivienda para prestar los tratamientos.
 - b. Las sesiones serán de 30 minutos.

P.18.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ENFRENTAMIENTO ENTRE RESIDENTES

Definición: Establecer las pautas de actuación de los cuidadores en caso de que se produzca enfrentamiento verbal o físico entre residentes.

Procedimiento a seguir:

1. Separar físicamente a los contendientes, si la riña es física. No aceptar explicaciones ni autoexculpación.
2. Cada contendiente irá a su habitación.
3. Esperar el tiempo que sea necesario hasta la vuelta a la calma.
4. El cuidador que está interviniendo irá a buscar a cada uno de los residentes.
5. Hablar por separado con cada uno de ellos para obtener información de ambas partes.
6. Si la coordinadora o el cuidador lo considera oportuno mantener un careo con ambos.
7. Tiempo de intervención directa y reflexión

A tener en cuenta:

- Intervendrá siempre un solo profesional quién deberá comunicar su desarrollo y la intervención al resto del equipo de cuidadores de atención directa.
- Siempre que sea posible, la intervención deberá ser lo más inmediata posible y relacionada con la conducta conflictiva del residente.

- Los profesionales no pueden bajo ningún concepto utilizar la fuerza física, tocar o pegar a ningún residente, salvo en caso de extrema necesidad.
- Los profesionales no pueden utilizar como medida correctiva el encierro bajo llave en ningún espacio de la residencias.
- Ambos supuestos pueden ser constitutivos de un delito de lesiones y agresiones penados en el vigente Código Penal.

P.19.- INTERVENCIÓN Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS E INCIDENCIAS QUE SURJAN EN HORARIO NOCTURNO O DÍAS FESTIVOS

Definición: Establecer las pautas a seguir en caso de que se produzcan conflictos, imprevistos e incidencias de cualquier índole en horario nocturno o en días festivos.

Procedimiento a seguir:

1. Corresponde a los profesionales que se encuentran trabajando en la Vivienda Especializada la resolución de cualquier incidencia que pudiera surgir. Entendiendo por resolución: analizar de la forma más objetiva posible la situación, valorar las distintas opciones que puedan existir y optar por la que en ese momento se estime más conveniente, asumiendo la responsabilidad que de dicha opción pudiera derivarse y siempre respaldados por la asociación.
2. Los profesionales de la Vivienda Especializada están autorizados y respaldados para tomar cualquier decisión que en ese momento se crea más oportuna, sin autorización ni supervisión alguna por parte de las personas responsables del servicio, salvo casos graves o extremos.
3. En caso de grave o de extrema urgencia, deberá darse aviso al Responsable de Guardia y si no pueden localizarla, a la otra responsable.
4. En caso de inundación, problemas eléctricos o relacionados con el mantenimiento se procederá a estudiar el problema y a evacuar, si se considerase necesario, la Vivienda Especializada, llamando al servicio correspondiente para su solución (bomberos, mantenimiento de urgencia...). Sólo en casos de extrema urgencia.

Los responsables de la Vivienda Especializada serán la coordinadora de la misma y la Directora que estarán localizados las 24 h. del día en turnos de guardia.

P.20.- PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE LAS LLAVES DE LA VIVIENDA ESPECIALIZADA:

Definición: Establecer las pautas a seguir en cuanto a la utilización y guarda de las llaves de la Vivienda Especializada.

Procedimiento a seguir:

1. La correcta utilización, guarda y custodia de las llaves del Servicio de la Vivienda Especializada es responsabilidad de los cuidadores de la Vivienda Especializada.
2. Existirá una caja con el inventario de todas las llaves disponibles, que deberá comprobarse al comienzo de cada turno de mañana, tarde y noche, y será responsabilidad del mismo. Deberá quedar reflejado y firmado el arqueo de llaves por el turno saliente y el entrante.
3. El horario de la residencia es de 10.30 a 13.30 y de 16.30 a 21.00. La hora de comer se fija a las 13.30 h. y la de la cena a las 21.00 h., la hora de llegada no podrá ser más tarde de las 12.00 h. salvo que el residente lo haya comunicado a los cuidadores.

P.21.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN A SEGUIR CON EL DINERO DE LOS RESIDENTES

Definición: Establecer las pautas a seguir con el dinero de cada uno de los residentes de la Vivienda Especializada.

Procedimiento:

Residentes con autonomía para la gestión del dinero:

- Cada residente tendrá su propia caja individual donde guardará el dinero en metálico.
- Los que sean autónomos gestionarán su propio dinero particular.
- Deberán registrar todos los días los ingresos de los que disponen y los gastos realizados, fecha y concepto de los usuarios que no sean autónomos. Este registro será diario de lunes a domingo.
- En el caso de que un residente denuncie desaparición de dinero se interpondrá una reclamación a la dirección.
Esta investigará la reclamación analizando los registros y hablará con la coordinadora y con los cuidadores del turno que se ha producido para conocer cual ha sido el problema.
- El residente deberá justificar claramente que le falta ese dinero y si lo justifica podrá interponer una denuncia si no se aclara el problema.

Residentes que no tienen autonomía para gestionar, la su dinero:

- Para aquellos residentes que, por sus características físicas o psíquicas, no puedan gestionar por si solos su propio dinero, existirá un registro mensual de control del dinero en el que se anotarán los movimientos con la fecha, si es ingreso o gasto, el concepto y el saldo. Por cada residente de estas características de guardarán los tickets de compra y los recibos de salida de dinero.
- Los cuidadores custodiarán las cajas de aquellos residentes que no pueden gestionar su propio dinero.
- Será responsabilidad del coordinador de la Vivienda Especializada el realizar un arqueo de lunes a viernes de cada residente que no pueda autogestionar su dinero.

Caja de la Vivienda Especializada:

- Los cuidadores tendrán una caja individual para hacer frente a pequeños gastos de la Vivienda Especializada.

A tener en cuenta:

- Las cajas individuales y la hoja de registro tienen que estar siempre cuadrados, cualquier desfase es responsabilidad del cuidador.
- Todo movimiento de entrada o salida por muy pequeño que sea ha de quedar reflejado.
- El responsable de la falta de dinero será el cuidador/cuidadores de ese día y serán sancionados con faltas de leve a grave dependiendo de la cantidad, leve hasta 30 € y grave desde los 30 €.
- Cualquier cantidad que el usuario, familia o tutor entregue a los cuidadores para el residente, debe quedar reflejado y firmado por el cuidador que lo recibe y el usuario o el familiar /tutor que lo entrega.
- No se recogerá prestado para un residente de otro; se informará al responsable y este decidirá.
- El primer martes de cada mes la coordinadora justificará los gastos del mes anterior entregando la caja individual

P.22.- CELEBRACIÓN DE CUMPLEANOS DE LOS RESIDENTES

Definición: Establecer las pautas a seguir en la celebración de los cumpleaños de los residentes.

Procedimiento a seguir:

1. Cada celebración se adaptará al residente en concreto
2. Presupuesto: existirá un presupuesto de 10 € por cada usuario que se utilizará para la compra de un regalo para la persona que cumple años.
3. El dinero se le pedirá a la coordinadora de la Vivienda Especializada o se pedirá en la oficina de la Asociación.
4. Los regalos deben ser de las mismas características y precios.
5. La entrega del regalo se realizará en la hora de la comida ya que es el momento en el que se encuentran reunidos los residentes de la Vivienda Especializada. En el caso de que el residente se haya ido a comer con sus familiares o amigos, se le hará entrega a la hora de la cena.

6. En el caso de que el residente quiera, se comprará con antelación con él pastas, pasteles o aquello que quiera compartir con sus compañeros de residencia.

P.23.- CAMBIOS DE TURNO, CAMBIOS DE HORARIO Y AUSENCIAS DEL PUESTO DE TRABAJO DE LOS CUIDADORES

Definición: Establecer las pautas a seguir por los cuidadores del Servicio de Vivienda Especializada en caso de solicitar un cambio de turno, de horario, asuntos propios o para ausentarse del puesto de trabajo.

Procedimiento a seguir:

- La solicitud deberá realizarse por escrito y estar firmada por el solicitante. Si es un cambio de turno entre dos profesionales estará firmada por ambos.
- Los turnos únicamente se podrán intercambiar por otro de similares características, es decir turno de noche por turno de noche y sábados y festivos por sábados y festivos.
- Se notificarán a la Coordinadora de la Vivienda Especializada o en su caso a la Directora, que deberá dar su consentimiento.

Aspectos a tener en cuenta:

- Cambio de turno: una vez firmado por los profesionales que cambian el turno y dado el visto bueno por parte de una de las responsables de la Vivienda Especializada (coordinadora o directora), será responsabilidad del profesional que acepta el cambio acudir al puesto de trabajo.

P.24.- PROTOCOLO DE DEFUNCIONES

1. La Coordinadora, el cuidador de turno avisará a la Directora.

2. Se llamará al médico de guardia para que certifique la defunción.
Se avisará a la familia, lo hará la Directora o, en su caso, la Coordinadora de la vivienda.
3. El aviso a la funeraria lo hará la Directora teniendo en cuenta las especificaciones que de la familia: si tiene algún seguro, dónde prefieren que se le traslade, si quieren entierro o incineración...
4. Se concretará entre familia-funeraria y residencia la hora del entierro.
5. Se comunicará a la familia que revise los objetos personales que el fallecido haya dejado en su habitación.
6. Una vez revisados por la familia o bien después de haber manifestado ésta que no desea hacerlo, el cuidador de turno recogerá todo lo sobrante en bolsas grandes y lo entregará a la familia, si esta no lo desea lo tirará a la basura.
7. Si existen objetos de valor (joyas, dinero...) la cuidadora de turno lo meterá en un **sobre** con el nombre del anciano especificando lo que contiene y se lo dará al director.
8. Al día siguiente se limpiará a fondo la habitación y se dejará preparada para el próximo ingreso.

FICHAS Y REGISTROS

FICHA CONTACTO/HISTORIA CLINICA

- Nombre y apellidos del residente
- Número de la Seguridad Social
- Fecha de nacimiento
- Grupo sanguíneo
- Grado de minusvalía: porcentaje y última fecha de la revisión
- Centro de Salud al que pertenece: nombre, localidad y teléfono del mismo
- Médico de Familia asignado
- Nombre de la Enfermera
- Especialistas: especialidad médica, nombre y teléfono de los especialistas a los que habitualmente acude el usuario

- Diagnóstico y patologías: informe que lo justifica y fecha, el informe será archivado en su carpeta personal.
- Enfermedades y/o intervenciones quirúrgicas: se indicarán las enfermedades que padece o haya padecido el usuario, así como la fecha en la que hayan sido diagnosticadas. Se podrán indicar en este apartado aquellos problemas o patologías que frecuentemente presente, Asimismo se indicarán aquellas intervenciones quirúrgicas a las que se someta o se haya sometido el usuario y las fechas en las que estas se hubieran producido.
- Alergias: se indicarán las alergias que sufra el usuario y la fecha en la que fueron diagnosticadas.
- Vacunaciones: se indicará el tipo de vacunas, así como las dosis, fechas en las que fueron administradas y fechas en las que se tienen que volver a administrar.
- Régimen nutricional especial: se indicarán en este apartado tanto las dietas alimenticias especiales que tenga que seguir el usuario, como todos aquellos alimentos que tenga prohibido su consumo. Se adjuntará informe médico que lo justifique, que será archivado en el archivo de informes del residente.

Esta ficha será cumplimentada por la responsable de la Vivienda Especializada cuando el usuario ingrese por primera vez en dicho servicio y será modificada siempre que se produzca cualquier nueva circunstancia que obligue a ello. Para su cumplimentación se recogerá la información proporcionada por el usuario, su familia, tutor o responsable, y por los informes médicos del mismo.

FICHA DE MEDICACIÓN

- Nombre y apellidos del residente

Medicación crónica:

- Fecha: fecha de la última prescripción
- Medicación: se anotarán en distintos apartados el nombre de la medicación prescrita
- Dosis: se anotarán en las distintas casilla, correspondientes al desayuno, comida y cena, el número de dosis (pastillas, gotas...) que habrá que administrar al usuario.

- Observaciones: en este apartado se apuntarán las observaciones que se consideren relevantes respecto a la administración de la medicación, efectos secundarios de la misma, motivo de la prescripción...
- Médico: se anotará el nombre, la especialidad del médico que realiza la prescripción.

Medicación puntual:

- Fecha: fecha de la última prescripción
- Medicación: se anotarán en distintos apartados el nombre de la medicación prescrita
- Dosis: se anotarán en las distintas casilla, correspondientes al desayuno, comida y cena, el número de dosis (pastillas, gotas...) que habrá que administrar al usuario.
- Observaciones: en este apartado se apuntarán las observaciones que se consideren relevantes respecto a la administración de la medicación, efectos secundarios de la misma, motivo de la prescripción...
- Médico: se anotará el nombre, la especialidad del médico que realiza la prescripción.

Siempre que se produzca un cambio de medicación crónica se utilizará una nueva ficha en la que se registrará la nueva medicación, así como aquellas otras medicaciones puntuales que el usuario estuviera tomando en esa misma fecha. Esta nueva ficha se colocará inmediatamente antes de la anterior.

Siempre que se prescriban nuevas medicaciones puntuales, se irán rellenando las casillas correspondientes en orden cronológico hasta completar la ficha. Toda vez que esto suceda, se procederá a rellenar la nueva ficha, a la que se trasladarán, idénticos, los datos de la medicación crónica habidos en la anterior. Esta nueva ficha se colocará inmediatamente antes de la anterior.

El responsable de la Vivienda Especializada será el encargado de rellenar esta ficha.

La responsable de la Vivienda Especializada dispondrá de un calendario sanitario general y de unas fichas de observaciones del calendario general en el que se señalarán todas las nuevas fechas de las consultas, recogida de recetas, etc...

FICHA DE CONTROL SANITARIO

En esta ficha se anotarán los siguientes conceptos:

- **Peso:** la primera semana de cada mes se tomará el peso de cada usuario, siempre que ello sea posible, y se anotará en la casilla correspondiente.
- **Talla:** siempre que sea posible, se medirá la talla del residente-
- **Tensión Arterial (T.A.):** siempre que acuda al médico con el usuario, se le pedirá que le mida la T.A. y se anotará en la casilla del mes correspondiente con una línea divisoria entre Alta/Baja.
- **Frecuencia cardiaca (F.C.):** siempre que acuda al médico se le pedirá que le mida la F.C. y se anotará en la casilla correspondiente.
- **Analítica:** al menos una vez al año, todos los residentes tendrán que realizarse una analítica completa (orina y sangre). Se anotará la fecha de la misma en la casilla del mes correspondiente.
- **Dentista:** al menos una vez al año se realizará una revisión buco-dental a los usuarios, y se acudirá siempre que fuera necesario si estos presentaran problemas buco-dentales. Se anotará la fecha de estas en la casilla correspondiente.
- **Ginecología:** al menos una vez al año se realizará una revisión ginecológica a las residentes y se realizará una mamografía cada 2 años. Se acudirá siempre que fuera necesario si estos presentaran problemas ginecológicos. Se anotará la fecha de estas en la casilla correspondiente.
- **Urología:** al menos una vez al año se realizará una revisión urológica ya que los enfermos de esclerosis múltiple suelen tener problemas del aparato urinario, y se acudirá siempre que fuera necesario si estos presentaran problemas urológicos. Se anotará la fecha de estas en la casilla correspondiente.
- **Psiquiatría:** al menos una vez al año se realizará una revisión a los usuarios que presentan alguna patología psiquiátrica, y se acudirá siempre que fuera necesario si estos presentaran alguna crisis. Se anotará la fecha de estas en la casilla correspondiente.
- **Oftalmología:** al menos una vez al año se realizara una revisión a los usuarios, y se acudirá siempre que fuera necesario si estos presentaran problemas de visión, muy

típicos en esclerosis múltiple por otra parte. Se anotará la fecha de estas en la casilla correspondiente.

- Vacunaciones: Se anotarán las fechas y el tipo y número de dosis de éstas en la casilla del mes correspondiente,
- Menstruaciones: se anotará el día de inicio y finalización de la menstruación de cada una de las residentes en la casilla del mes correspondiente.
- Otros: este apartado queda reservado en cada caso para otros posibles especialistas médicos (dermatólogo, cardiólogo...)

El responsable de la Vivienda Especializada será la encargada de supervisar esta ficha

FICHA DE CONSULTA MÉDICA

Esta ficha será cumplimentada de la siguiente manera:

- Fecha y hora de la consulta
- Nombre y apellidos del usuario
- Médico/especialista: nombre y especialidad del facultativo que lo atiende.
- Centro: Centro de salud, consulta o lugar al que se acuda con el usuario, En el caso de que fuera atendido o la visita se realizase en la Vivienda Especializada deberá indicarse ARDEM.
- Acompañante: se indicará el nombre de la persona que acompaña al usuario o está presente en el momento de la consulta.
- Síntomas o motivo de la visita: se indicarán los síntomas que presentaba el usuario antes de acudir a la misma o el motivo por el que solicita la misma.
- Diagnóstico: se indicará el diagnóstico médico del caso presentado
- Tratamiento: se indicará el tratamiento prescrito por el facultativo (medicación, dosis, administración, duración...) en el caso de no existir tratamiento se indicará ninguno
- Observaciones: este apartado se reservará para cualquier otra información de interés (orientaciones, transcurso de la visita...) y en él se indicará si el médico ha realizado algún informe de la consulta. Si así fuera se archivaría en el archivo de informes del usuario.

- Próxima visita: se indicará la fecha, hora, lugar y motivo de la próxima visita médica, si la hubiera

Cada vez que se acompañe a un usuario a una consulta médica (médico de familia o especialista) se procederá a rellenar esta ficha. La información facilitada por la familia del usuario sobre visitas al médico o especialista, analíticas realizadas... se recogerá también en estas fichas.

Cada nueva ficha se colocará inmediatamente antes que la anterior (en orden cronológico ascendente). Así se conformará el nuevo historial clínico o antecedente del usuario.

Siempre que se considere oportuno se le pedirá al médico y/o especialista que expida un informe de la consulta realizada. Este se archivará en el ARCHIVO DE INFORMES del usuario.

La responsable de la Vivienda Especializada se encargará de supervisar esta ficha.

ARCHIVO DE INFORMES SANITARIOS

En el archivo se recogerán todos los informes sanitarios (analíticas, informes de cambios de medicación, partes de urgencias, etc.) que se tengan de los residentes.

La responsable de la Vivienda Especializada se encargará de gestionar este archivo.

ARCHIVO DEL HISTORIAL SANITARIO

Anualmente se procederá a la recogida, recopilación y archivo de toda la información habida durante el año anterior: calendario sanitario y fichas de observaciones de éste, ficha de control sanitario anual, fichas de consultas médicas realizadas en el año, fichas de medicación u otros.

Respecto al calendario sanitario y fichas de observaciones al mismo, se sustituirán por los del nuevo año y se anotarán las fechas de las consultas, etc. Que para ese año estarían previstas en el caso de que las hubiera.

El responsable de la Vivienda Especializada se encargará de mantenerlo actualizado.

DOCUMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA VIVIENDA ESPECIALIZADA

Una de las maneras de poder sistematizar el trabajo, realizarlo de forma objetiva y poder analizar, evaluar y avanzar en los objetivos planteados es a través de una recogida de datos periódica y sistemática.

En la Vivienda Especializada contará con una documentación específica que ha de ser conocida por los profesionales y ponerla en práctica.

Toda la documentación es de carácter confidencial de los usuarios y de circulación interna, no estando autorizado el personal a sacarla al exterior. Su guardia y custodia corresponde a los cuidadores.

1. **EXPEDIENTE PERSONAL:**

Cada usuario contará con una carpeta personal informatizada y guardada en un pendrive, donde se recogerán:

- Informes previos al ingreso
- Informes de seguimiento
- Incidencias en relación al usuario
- Fotocopias del DNI, tarjeta sanitaria
- Ficha con sus datos personales
- Ficha de la Programación Individual
- Ficha de seguimiento de objetivos.

2. **DIARIOS DE LA VIVIENDA ESPECIALIZADA**

Se elaboraran por los cuidadores y en ellos se reflejarán las incidencias diarias del servicio.

Su conservación y custodia corresponde a los cuidadores.

3. REGISTRO DE CONTROL DEL DINERO DE LOS RESIDENTES Y CAJAS DE DINERO

Uno por usuario y mes.

Los cuidadores se encargarán de solicitar el dinero a la responsable semanalmente.

En el registro mensual se anotarán los ingresos (si son por parte de la familia, se adjuntará el recibí firmado por el familiar) y los gastos que hubiera con sus correspondientes tickets y la firma del profesional que lo efectúa.

Las cajas deben cuadrar siempre con el registro.

La 1ª semana del mes se entregará a la responsable de la Vivienda Especializada dicho registro. Su guardia y custodia corresponde a los cuidadores.

4. REGISTRO DE COMUNICACIÓN CON LAS FAMILIAS, VISITAS Y ESTANCIAS CON LA FAMILIA

Uno por usuario, que diariamente se guardará en su archivo correspondiente.

Reflejar toda la comunicación realizada con la familia, así como visitas, estancias...

5. REGISTRO DE AUSENCIAS DE LA VIVIENDA ESPECIALIZADA

6. REGISTRO DE CAMBIO DE CONDUCTA

7. HISTORIAL MEDICO INDIVIDUAL

- CALENDARIO MEDICO DEL RESIDENTE
- HISTORIAL MEDICO
- HISTORIAL FARMACOLÓGICO
- REGISTRO DE VISITA AL MÉDICO
- REGISTRO DE MENSTRUACIONES
- REGISTRO DE CONTROL DE ESFÍNTERES
- REGISTRO DE TENSIÓN ARTERIAL
- REGISTRO DE APARICIÓN DE ESCARAS
- REGISTRO DE CAIDAS
- REGISTRO DE INGRESOS HOSPITALARIOS

8. REGISTRO DE HABILIDADES SOCIALES

9. REGISTRO DE HABILIDADES DE LA VIDA DIARIA



Rey Pastor, 49-51, bajo
26005 Logroño
Tfono. y Fax 941214658
www.ardem.es
ardem@ardem.es