



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Servicio Regional de Bienestar Social

PLAN ALBA **"Mejorar, un reto permanente"**

PROCESO DE VALORACIÓN DE NECESIDADES PARA LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE RESIDENTES

C.F.R.

(Según el Instrumento RAI-NH
versión 2.0 Diciembre 2.002)

PROCESO TÉCNICO-ASISTENCIAL 2

DOCUMENTO Nº 8



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



www.madrid.org/publicamadrid

CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

SERVICIO REGIONAL DE BIENESTAR SOCIAL

PROCESO DE VALORACIÓN DE NECESIDADES PARA LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE RESIDENTES C.F.R.

(Según el Instrumento RAI-NH
versión 2.0 Diciembre 2.002)

MAYO 2.004

PRESENTACIÓN

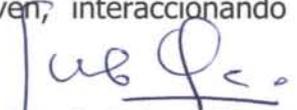
El Proceso Técnico Asistencial Nº 2 "Valoración de Necesidades para la Planificación de los Planes de Cuidados" que tengo la satisfacción de presentar con esta edición, es prueba evidente de que esta Gerencia y con ella la Consejería de Familia y Asuntos Sociales apoyan y asumen los compromisos de Calidad del S.R.B.S. que vienen poniéndose en marcha bajo el impulso y coordinación del PLAN ALBA como instrumento aglutinador del cambio hacia la mejora continua.

La implantación de los Procesos definidos por los equipos de mejora, es también un objetivo de esta Gerencia en el convencimiento de que las iniciativas de profesionalización de la atención basadas en el conocimiento y esfuerzo de nuestros empleados, son el mejor legado posible a favor de los ciudadanos que atendemos.

En efecto, los Manuales de Procesos recogen el qué, el cómo, el dónde, el cuándo y el con quién se articulan las prácticas profesionales en los circuitos de atención a nuestros Mayores y Personas con Discapacidad Intelectual. Son el producto de los "Equipos de Mejora" para tal efecto constituidos en los que han participado con ilusión y generosidad innumerables Trabajadores de los Centros. A ellos damos las gracias y a ellos hacemos un llamamiento para que lleven a efecto con orgullo y disciplina sus magníficas aportaciones.

Los Procesos Técnico Asistenciales, junto con los Hosteleros y Complementarios configuran el Mapa propio de Procesos en nuestros Centros. Todos juegan un papel importante para dar niveles de atención cuyo horizonte es la excelencia. Sin embargo, quiero señalar como **distintivos de la Calidad Asistencial** y por lo tanto, de especial interés para las partes y para esta Gerencia, los procesos de **Ingreso y Acogida** (primera imagen y efecto sobre los usuarios), **Valoración de Necesidades y Planificación de Cuidados** (clave para una estancia con calidad de vida y clave en la aplicación de criterios profesionales) y el próximo en ver luz, **Atención y Cuidados del Residente** (con especial valor dado a la Atención a la Dependencia).

El dominio del manejo del C.F.R., Sistema de Información para la Clasificación Funcional del Residente, es clave para una correcta aplicación de los cuidados y demás actuaciones de atención que de ellos se deriven, interaccionando con los demás procesos.


Gonzalo Quiroga Churrua

GERENTE DEL SERVICIO REGIONAL DE BIENESTAR SOCIAL



PROCESO DE VALORACIÓN DE NECESIDADES PARA LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

El Proceso Técnico Asistencial número 2 denominado "Valoración de Necesidades para la Planificación de Cuidados", constitutivo del Mapa de Procesos en Residencias para Personas Mayores del Servicio Regional de Bienestar Social, enlaza su ejecución con el Proceso Técnico Asistencial número 1, "Ingreso y Acogida en Centros Residenciales para Personas Mayores".

La Valoración de Necesidades exige la articulación de actividades críticas y necesarias para una correcta administración de cuidados y una buena atención asistencial, dando como resultado un Proceso basado en primera instancia en un Sistema de Clasificación de Residentes (CFR), que puede ampliarse con el uso de otros instrumentos de recogida de datos, y en segunda en el diseño de Planes Individualizados de Atención. Por esta razón, el presente documento recoge tres cuerpos diferenciados de un mismo Proceso:

La primera parte (A), consta de un Marco General en que se inserta el proceso de valoración de necesidades para la planificación de cuidados, respecto del mapa de procesos propios de Residencias para Personas Mayores del Servicio Regional de Bienestar Social, y de un Marco Conceptual o Plantilla en el que se sitúan los sistemas de información **CFR** (Clasificación Funcional de Residentes) e **HIRE** (Historia Integral del Residente), y además las actividades propias de los Equipos Interdisciplinares derivadas de la información recogida.

Tutorización del proceso: **D. José Simón Martín**, Director del Instituto Universitario de Evaluación Sanitaria de la Universidad Complutense de Madrid; **D^a Patricia Restrepo Ramírez**, Coordinadora del Área de Calidad y Comunicación Interna; y **D^a Marién Serrano Benítez**, Coordinadora de Calidad en Centros Propios.

Documento elaborado con las aportaciones del equipo para la identificación y descripción del Proceso constituido por:

- Antonio Peñafiel Olivar D.U.E. Residencia pp.mm. "Santiago Rusiñol"
- Manuela Rodríguez Prada ... Terapeuta Ocupacional Residencia pp.mm. "Santiago Rusiñol"
- Dolores Aramendía Luna Terapeuta Ocupacional Residencia pp.mm. "Villaviciosa Odón"
- Mónica Reyes Quintana Fisioterapeuta Residencia pp.mm. "Colmenar Viejo"
- M^a Paloma Palma Garzón ... Administradora Residencia pp.mm. "Alcorcón"
- Daniela Vigo Blanco..... D.U.E. Residencia pp.mm. "Cisneros"
- M^a Luisa García J.A.T.A. Residencia pp.mm. Arganda del Rey"
- Milagros Merino Trabajadora Social Residencia pp.mm. "San Fndo. Henares"
- Isabel Álvarez Auxiliar Enfermería Residencia pp.mm. "Gran Residencia"

La segunda parte (B), incluye el Manual del Usuario **CFR**, adaptación realizada por **D. Jesús G. Alastruey Ruiz** y **D^a M^a Lourdes García Gómez**, Médicos del S.R.B.S.

La formación e implantación del CFR está a cargo de **D. Jesús G. Alastruey Ruiz** y **D. Juan Pedro Gómez Fernández**, bajo las directrices de **D. Jesús Romero Vadillo**, Coordinador de Centros Asistenciales del S.R.B.S. y Responsable Funcional de la aplicación informática.

La tercera parte (C), recoge el Manual de la Aplicación Informática **CFR**, trabajo realizado por la Unidad de Servicios del Organismo Autónomo Informática y Comunicaciones de la Comunidad de Madrid para el S.R.B.S., A.M.T.A. y D. Gral. del Mayor.

Maquetación y apoyo logístico, **D^a Yolanda Martín Alguacil**, Área de Calidad y Comunicación Interna.

Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción total o parcial de este documento, sin autorización expresa del Servicio Regional de Bienestar Social, organismo autónomo adscrito a la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

ÍNDICE DEL MANUAL

Marco General y Conceptual

| | | |
|---|---|---|
| ❶ | Presentación del Proceso y vinculación con CFR..... | 1 |
| ❷ | Evolución Histórica | 4 |
| ❸ | Plantilla para la Definición del Proceso | 7 |

Manual del Usuario CFR

| | | |
|---|---|-----|
| ❶ | Introducción a los sistemas de valoración y clasificación..... | 1 |
| ❷ | C.F.R. (Instrumento para la Clasificación Funcional de los Residentes)..... | 5 |
| ❸ | Sección B. Patrones Cognitivos..... | 17 |
| ❹ | Sección C. Patrones de comunicación | 23 |
| ❺ | Sección E. Estado de ánimo y patrones de conducta | 26 |
| ❻ | Sección G. Problemas funcionales físicos y estructurales..... | 36 |
| ❼ | Sección H. Continencia durante los últimos 14 días | 63 |
| ❽ | Sección I. Diagnóstico de enfermedades | 68 |
| ❾ | Sección J. Trastornos de la salud..... | 72 |
| ❿ | Sección K. Estado oral/nutricional..... | 79 |
| ⓫ | Sección M. Estado de la piel..... | 86 |
| ⓬ | Sección N. Patrones de participación en actividades..... | 95 |
| ⓭ | Sección O. Medicamentos | 96 |
| ⓮ | Sección P. Tratamientos especiales, procedimientos y programas | 99 |
| ⓯ | Anexos. Documentación asociada..... | 110 |

Manual Aplicación Informática CFR

| | | |
|---|--|----|
| ❶ | ¿Cómo se accede a la Aplicación CFR? | 1 |
| ❷ | Manejo de la Aplicación | 3 |
| ❸ | Consultas y listados..... | 19 |

**“Proceso de Valoración de
Necesidades para la
Planificación de Cuidados”
Marco General y Conceptual (A)**

ÍNDICE – Marco General y Conceptual

| | |
|---|----|
| ❶ Presentación del Proceso y vinculación con CFR..... | 1 |
| ❷ Evolución Histórica | 4 |
| ❸ Plantilla para la Definición del Proceso de Valoración de Necesidades para la Planificación de Cuidados..... | 7 |
| 1. Datos de Identificación | 7 |
| 2. Actividades del Proceso | 14 |
| 3. Indicadores de Actividad | 15 |
| 4. Responsables del Equipo Multidisciplinar por Actividad | 18 |
| 5. Propuesta de funcionamiento del equipo interdisciplinar para planes de cuidados (PCIM) | 19 |



❶ PRESENTACIÓN DEL PROCESO Y VINCULACIÓN CON CFR

El proceso de valoración de necesidades no se agota en su ejecución inicial, es un continuum en el tiempo, por ello se encuentra a caballo entre el Proceso de "Ingreso y Acogida" y el de "Asistencia, Cuidados y Atención a la Dependencia". En efecto, tiene su primera aparición como actividad articulada en:

- Proceso Técnico Asistencial Nº 1, Ingreso y Acogida, pág. 36 del manual.
- Apartado "Valoración Inicial del Residente".
- El marco del Subproceso 4º "Adaptación del Residente".

Este proceso pivota sobre la aplicación de dos Sistemas de Información clave: el **C.F.R.** (Clasificación Funcional del Residente) y el **HIRE**, (Historia Integral del Residente), pero sobre todo, y con los datos en la mano, pivota sobre el **Equipo Técnico** encargado de diseñar los **Planes de Cuidados y demás Medidas de Atención** que se estimen necesarias tras debate interdisciplinar e interprofesional.

El escenario temporal para su aplicación inicial, 7 a 15 días desde el ingreso del usuario en la Residencia, no serán los únicos en los que se valore al residente ya que, desde una perspectiva de intervención profesional de calidad, su situación física, psíquica y social durante el tiempo de estancia en la residencia hará imprescindible un atento seguimiento de su evolución y una vigilancia constante frente a la aparición de situaciones que provoquen nuevas necesidades o problemas.

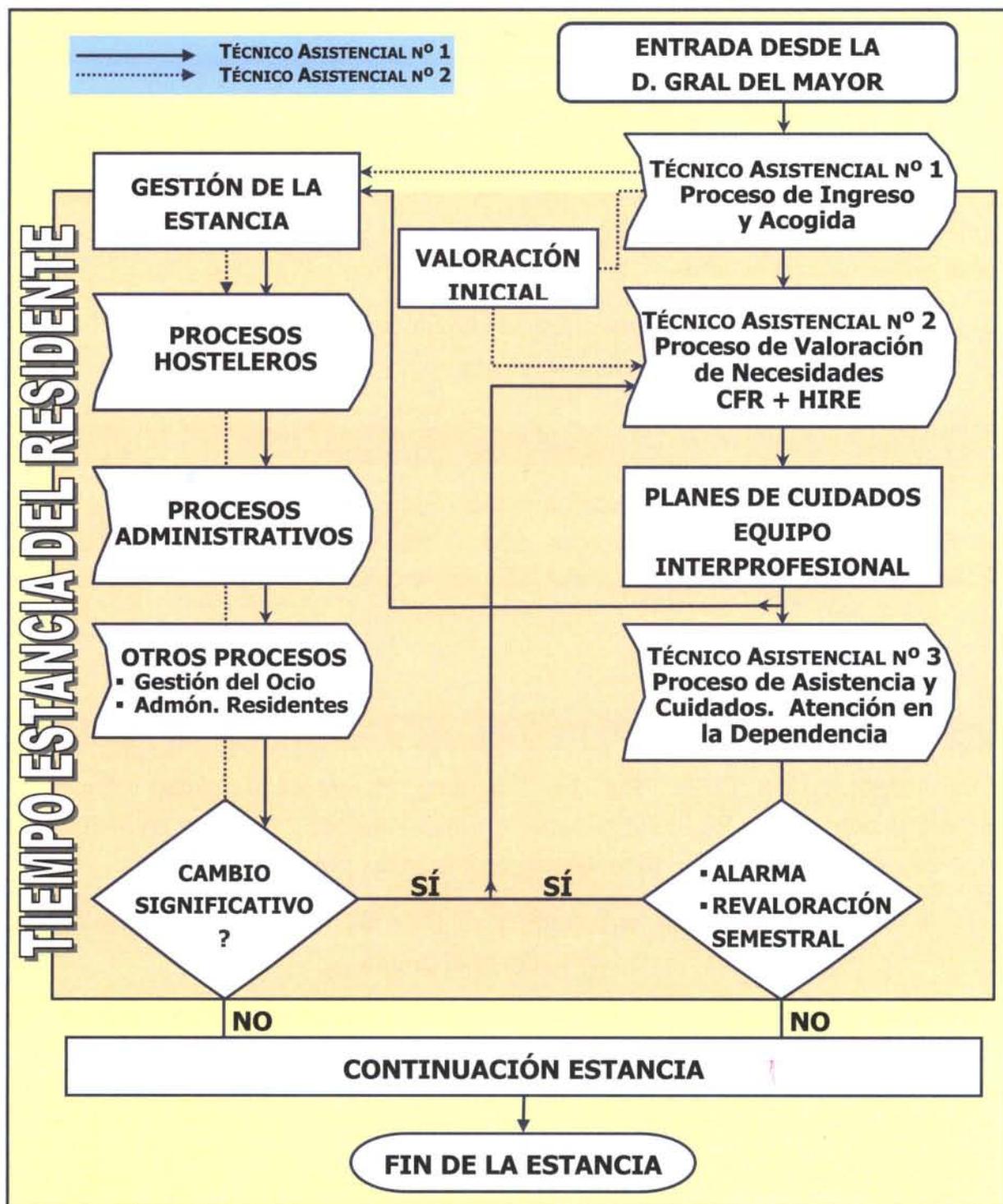
El proceso en su vertiente **CFR se activa de oficio** cada 6 meses y **de facto** cada vez que se produzca un cambio significativo en la situación basal del residente que obligue al equipo interprofesional a rediseñar y adecuar los planes de cuidados y las medidas de atención. En su vertiente **HIRE se activa de facto** en el momento en el que cada profesional incorpora datos significativos desde la perspectiva de su propia disciplina.



Dar categoría propia a la articulación del conjunto de actividades que se centran en el conocimiento, valoración y diagnóstico del residente convirtiéndolas en un **proceso técnico asistencial identificable**, es el reconocimiento que los gestores de la Calidad y los responsables de las directrices asistenciales conceden a este conjunto relevante de tareas, *"sobre cuyos resultados recaerán las evaluaciones, bien con los más altos niveles de excelencia o las más bajas cotas de calidad en la atención"*.

ESQUEMA

RELACIÓN ENTRE PROCESOS DURANTE LA ESTANCIA DEL RESIDENTE EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES



② EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE UN SISTEMA DE VALORACIÓN DE NECESIDADES Y CLASIFICACIÓN DE USUARIOS EN EL S.R.B.S.

El contenido de este manual es, sin lugar a dudas, el fruto de un largo proceso de trabajo y contribución de saberes, esfuerzos y motivaciones de distintos profesionales, responsables políticos y de gestión del Servicio Regional de Bienestar Social en los últimos 10 años.

Los hitos que preceden este esfuerzo común, son los siguientes:

1994 – 1995

Inicio de la experiencia piloto de implantación ICF 95-RUG I (Instrumento de Clasificación Funcional) en Residencias para Personas Mayores: Gran Residencia, Alcalá de Henares y Torrelaguna, impulsado por la Gerencia del Servicio Regional de Bienestar Social.

1996

Adaptación del ICF'95 - RUG I al Programa "Mejora de la Calidad y Eficiencia de los Cuidados en las Residencias para Personas Mayores", centrado en la reforma organizativa de los cuidados, sobre las siguientes líneas programáticas:

- Nuevos sistemas de valoración y clasificación funcional de los residentes como base sobre la que se sustenta el programa.
- Nueva organización de los espacios, tipos de atención y planes individuales de cuidados.
- Cálculo de las cargas de trabajo y de los recursos humanos necesarios.



Adaptación y distribución realizado por el equipo formado por **D. José Ignacio Fernández Martínez, D. Juan Pedro Gómez Fernández, D^a Marién Serrano Benítez y D. Fernando Roldán Cuadrado**, bajo la dirección de **D. Alberto J. Villate Fernández** (Coordinador de Centros Asistenciales).

1996 – 1998

Implantación y seguimiento del Programa "Mejora de la Calidad y Eficiencia de los Cuidados" en las 25 Residencias.

Durante esta etapa se llevaron a cabo las siguientes actividades: tratamiento de la información para unificación de los criterios de valoración, organización espacial de los cuidados (Unidad de Asistencia), definición de planes de cuidados individualizados, análisis del cálculo de cargas de trabajo y distribución de recursos humanos necesarios, por el equipo constituido por **D. José Ignacio Fernández Martínez y D^a Yolanda Martín Alguacil**.

1998

Diseño del primer CFR 98 con todos los ítems del Conjunto Mínimo Básico de Datos del RAI-NH en la aplicación de Clasificación RUG I, presentación de resultados a la Gerencia y Residencias, y propuesta de ampliación escalonada del modelo.

1998 – 2000

Sustitución de la anterior línea de trabajo basada en ICF 95 y proyecto CFR 98 por la implantación del RAI-NH al completo. Este cambio de estrategia, desestimando la implantación adaptada y escalonada, así como la apropiación del conocimiento por aproximaciones sucesivas, condujo la experiencia al fracaso y al abandono del Sistema de Valoración y Clasificación iniciado.



2000 – 2001

Se retoma el CFR 98 añadiendo la aplicación RUG III, trabajo a cargo de **D^a Belén Martínez-Valero**, médico del S.R.B.S.

17 de abril de 2002

Reunión de la Comisión de Seguimiento de Sistemas de Información Asistencial (S.I.A.) para retomar el Proyecto CFR y proceder a su informatización. Subcomisión formada por **D. Jesús Romero Vadillo** (Coordinador de Centros Asistenciales), **D^a Belén Martínez-Valero** (Directora de la R. pp.mm. "La Paz") y **D^a M^a Ángeles Beltrán Aragonese**s (Jefe de Unidad de ICM). Levanta Acta de la reunión **D^a Patricia Restrepo Ramírez** (Área de Calidad y Comunicación Interna).

2003

Validación del REMA (sistema de información para la adecuación de los recursos para personas mayores 1999 – 2003), bajo la dirección de **D. José Ignacio Fernández Martínez** y el equipo compuesto por: **D^a Felisa Martínez Lázaro**, **D^a Lourdes García Gómez**, **D. Luis Pozo Crespo**, **D^a Carmen Hernández Martín**, **D. Jesús Alastruey Ruiz** y **D^a Elena Bravo Bravo**.

Febrero 2004

Transferencia de la experiencia y conocimientos adquiridos en REMA al CFR. Adaptación del Manual del usuario por **D. Jesús Alastruey Ruiz** y **D^a Lourdes García Gómez**. Comienzo de la formación e implantación en Residencias para Personas Mayores a cargo de **D. Jesús Alastruey Ruiz** y **D. Juan Pedro Gómez Fernández**, bajo la coordinación organizativa de **D. Jesús Romero Vadillo**.



③ PLANTILLA PARA LA DEFINICIÓN DEL PROCESO DE VALORACIÓN DE NECESIDADES PARA LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre del Proceso: PROCESO DE VALORACIÓN DE NECESIDADES PARA LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

1.2. Responsable del Proceso: Jefe de Área Técnico Asistencial.

1.3. Misión

Definir y ejecutar las actividades que se llevan a cabo en una Residencia de Mayores para conocer las necesidades y problemas del residente en las áreas salud, funcional y psicosocial, utilizando instrumentos comunes de clasificación y valoración en todas las residencias (CFR + HIRE), con la finalidad de establecer un plan de cuidados, que satisfaga las necesidades diarias de atención y cuidados al Residente, y cuya aplicación den como resultado una percepción de bienestar y una mejora de su salud.

1.4. Propósito

El objetivo final de este proceso es conseguir que los equipos multidisciplinares de atención y cuidados, elaboren por escrito un plan de cuidados individualizado, que sirva como guía a los profesionales del área técnico asistencial responsables de prestar atención y cuidados básicos y adecuados a las necesidades del residente, de acuerdo a sus expectativas y el de sus familiares.

1.5. Procesos con los que se relaciona

- Ingreso y Acogida: valoración inicial y adaptación del Residente a la vida de la Residencia.
- Gestión de la estancia (alojamiento): servicio de habitaciones, servicio de restauración, atención al residente y planificación de actividades diarias.
- Asistencia, cuidados y atención a la dependencia: prestación de servicios médicos, de enfermería, de fisioterapia, de terapia ocupacional en situaciones de urgencia, enfermedades y procesos clínicos agudos, enfermedades y procesos clínicos crónicos y planes de cuidados.
- Gestión de Farmacia: preparación y distribución de medicamentos.
- Gestión de la comunicación: comunicaciones internas y comunicaciones y relaciones externas.
- Mantenimiento y conservación: mantenimiento de habitaciones, espacios utilizados por los residentes e instalaciones de asistencia y cuidados.
- Limpieza: habitaciones de residentes e instalaciones comunes.
- Lavandería: marcado, recogida y lavado de ropa.
- Gestión económica: facturación.
- Gestión de alimentación y cocina: dietética, preparación de menús, distribución de menús.
- Gestión de sistemas de información: información, registros administrativos y asistenciales.
- Gestión de riesgos: seguridad de residentes.
- Gestión de compras y almacenes: equipos y materiales para diagnóstico.
- Gestión del personal: distribución de recursos y formación.



1.6. Entradas y proveedores

| ENTRADAS | PROVEEDORES |
|--|---|
| Relación de residentes, datos administrativos y valoraciones iniciales | <p>Administración y profesionales área técnico asistencial.</p> <p>Hospitales para las plazas de estancia temporal.</p> <p>Otros proveedores para las plazas de estancia temporal y emergencia social</p> |
| Materiales (escalas, cuestionario RAI, manual de evaluación, software y registros) | Dirección y Administración de la Residencia y Coordinador de Centros Asistenciales (responsable funcional del sistema). ICM (apoyo técnico) |
| Equipos diagnósticos | Dirección y administración |
| Personas (personal de asistencia y cuidados) | Dirección de Personal |
| Documentación (procedimientos, protocolos y registros) | Equipo de Asistencia y Servicios Centrales |
| Limpieza y mantenimiento de consultas, habitaciones. | Personal de limpieza y mantenimiento |

1.7. Clientes finales del proceso

1. Los Residentes son los clientes fundamentales.
2. Equipo Directivo.
3. Jefes de Área Técnico Asistencial y Responsables de Unidad.
4. Los familiares de los Residentes.
5. Otros clientes son: la Dirección General del Mayor, Cocina, Administración, Gobierno, Trabajo Social y Centros Externos.

1.8. Resultados y clientes

| RESULTADOS | CLIENTES |
|--|---|
| Clasificación Funcional del Residente (CFR) | Dirección del Centro, DG del Mayor y personal del área técnico asistencial |
| Historia Integral del Residente: historia médica, de enfermería, social, de fisioterapia y terapia ocupacional | Equipo multidisciplinar responsable de los cuidados del Residente |
| Documento de Plan de Cuidados individualizado | Residentes y personal del área técnico asistencial |
| Planes de cuidados derivados del RAI | Personal responsable de los cuidados del Residente |
| Normas de atención del residente durante la estancia | Personal de cocina, personal responsable de los cuidados del Residente, personal de planta, de mantenimiento, de control y comunicaciones, de gobierno y familiares |



1.9. Indicadores

A nivel global, el indicador que se propone es:

- Tiempo medio de elaboración escrita de planes de cuidados por aplicación CFR e HIRE.
- Satisfacción del residente y familia con la valoración de necesidades y contenido del Plan de Cuidados.
- Porcentaje de residentes que han modificado su CFR con respecto a la valoración inicial realizada en el ingreso.
- Porcentaje de residentes evaluados antes de los 15 días después del ingreso.
- Porcentaje de residentes evaluados por segunda vez antes del año de la valoración.
- Porcentaje de residentes que tienen completada la Historia Integral del Residente en los primeros dos meses del ingreso.

Así mismo se pueden incluir los siguientes indicadores clínicos:

- Prevalencia de conductas que afectan a otros residentes.
- Prevalencia de síntomas de depresión.
- Prevalencia de síntomas de depresión sin tratamiento con antidepresivos.
- Uso de nueve o más medicamentos.
- Incidencia de trastornos cognitivos.
- Prevalencia de incontinencia vesical o rectal.
- Prevalencia de incontinencia ocasional vesical o rectal sin un plan de higiene.
- Prevalencia de catéteres.
- Prevalencia de impactación fecal.



- Prevalencia de infección urinaria
- Prevalencia del uso de antibióticos y anti-infecciosos.
- Prevalencia de pérdida de peso.
- Prevalencia de alimentación con sonda.
- Prevalencia de deshidratación.
- Prevalencia de residentes encamados.
- Incidencia en la pérdida de capacidades para las actividades de la vida diaria.
- Prevalencia de utilización de antipsicóticos en residentes sin síntomas de psicosis.
- Prevalencia en el uso de medicamentos hipnóticos y ansiolíticos.
- Prevalencia de utilización de medicamentos hipnóticos más de dos veces por semana.
- Prevalencia diaria de sujeciones mecánicas.
- Prevalencia de residentes con escasa o nula actividad.
- Prevalencia de úlceras por presión en los estadios 1 a 4.

Para cada indicador se elaborará una ficha como la que aparece a continuación.

1.10. Fichas de indicadores

| | |
|-----------------------------------|--|
| Nombre del Indicador | <i>Tiempo medio de valoración por escrito de los planes de cuidados tras aplicación CFR</i> |
| Definición | Número de días transcurridos desde que se aplica el CFR hasta que el equipo elabora por escrito el Plan de Cuidados y . |
| Método de cálculo | Numerador: suma de días transcurridos desde aplicación CFR hasta la elaboración escrita del plan por el equipo. Denominador: número de CFR aplicados. |
| Frecuencia de medición | Mensual. |
| Responsable de la medición | Jefe de Área Técnico Asistencial. |
| Objetivo | Diseñar Plan de Cuidados por escrito en menos de 7 días desde la aplicación CFR e HIRE. |
| Justificación | Conocer el tiempo medio que transcurre desde aplicación CFR y la activación de los cuidados. |



2. ACTIVIDADES DEL PROCESO

2.1. Valoración interdisciplinar y Clasificación Funcional de Residentes.

Aunque desde el primer momento del ingreso se haga una primera valoración inicial por parte del/la Auxiliar de Enfermería, Enfermero/a, Médico, Terapeuta Ocupacional y Trabajador/a Social, es imprescindible, en fecha inmediata, dar validez y operatividad a los juicios iniciales mediante la aplicación exhaustiva del CFR que permita una valoración en profundidad y establecer la Clasificación Funcional del Residente.

2.2. Reunión del Equipo Interdisciplinar para el diseño de planes de cuidados individualizados.

En estas sesiones de trabajo interdisciplinar se aporta la visión multiprofesional, fruto de la información recogida a través del CFR y el HIRE en sus cinco vertientes:

- Médica
- Enfermería
- Rehabilitación (Fisioterapia y Terapia Ocupacional)
- Social

Del debate conjunto debe derivarse el Plan de Cuidados y Atención Individualizada de cada residente, plan que debe ser conocido por todas las unidades implicadas en su ejecución.

3. INDICADORES DE ACTIVIDAD

- Porcentaje de residentes con Plan de Cuidados tras la aplicación total del CFR.
- Porcentaje de residentes con revaloraciones y clasificación funcional por salto de alerta.
- Porcentaje de residentes con revaloración y clasificación funcional de oficio.

| | |
|-------------------------------------|---|
| Nombre del Indicador | <i>Porcentaje de residentes con Plan de Cuidados tras la aplicación total de CFR</i> |
| Definición | Número de residentes a los que se elabora por escrito un Plan de Cuidados tras la aplicación de CFR por salto de alerta o de oficio. |
| Método de cálculo | Numerador: número de residentes con el Plan de Cuidados por 100. Denominador: número de residentes valorados por ingreso, salto de alerta o de oficio. |
| Frecuencia de medición | Anual. |
| Subproceso en el que se mide | Estancia |
| Responsable de la medición | Enfermero/a |
| Objetivo | Elaboración de un Plan de Cuidados al 100% de los residentes. |
| Justificación | Garantizar la continuidad de los cuidados. |



| | |
|-------------------------------------|--|
| Nombre del Indicador | <i>Porcentaje de residentes con Valoración y Clasificación Funcional por Salto de Alerta</i> |
| Definición | Número de residentes con valoración multidimensional y a los que se les cumplimenta el Instrumento de Clasificación Funcional de Residentes por salto de alerta. |
| Método de cálculo | Numerador: número de residentes con valoración multidimensional y Clasificación Funcional por salto de alerta multiplicado por 100. Denominador: número total de residentes en la Residencia en un período. |
| Frecuencia de medición | Anual. |
| Subproceso en el que se mide | Estancia |
| Responsable de la medición | Médico, Enfermero/a y Auxiliar de Enfermería |
| Objetivo | Valoración multidimensional y Clasificación Funcional del 100% de los residentes cuando se dé un cambio significativo o alerta. |
| Justificación | Abordaje interdisciplinar de los Planes de Cuidados Individualizados. |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Nombre del Indicador | <i>Porcentaje de residentes con Valoración y Clasificación Funcional de Oficio</i> |
| Definición | Número de residentes con valoración multidimensional y a los que se les cumplimenta el Instrumento de Clasificación Funcional de Residentes de oficio. |
| Método de cálculo | Numerador: número de residentes con valoración multidimensional y Clasificación Funcional de oficio multiplicado por 100. Denominador: número total de residentes en la Residencia en un período. |
| Frecuencia de medición | Anual. |
| Subproceso en el que se mide | Estancia |
| Responsable de la medición | Médico, Enfermero/a y Auxiliar de Enfermería |
| Objetivo | Valoración multidimensional y Clasificación Funcional del 100% de los residentes de oficio. |
| Justificación | Abordaje interdisciplinar de los Planes de Cuidados Individualizados. |



4. RESPONSABLES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR POR ACTIVIDAD

1. Unidad de Trabajo Social:

- Seguimiento de la vida en la Residencia.
- Enlace con la familia.

2. Unidad de Enfermería:

- Valoración de necesidades y ejecución de la Historia de Enfermería.

3. Unidad Médica:

- Verificación de informes y nivel funcional.
- Valoración de necesidades y ejecución de Historia Médica.

4. Equipo Multidisciplinar:

- Plan de Cuidados y Atención Integral.
- Valoración Interdisciplinar y Clasificación Funcional del Residente.

5. PROPUESTA DE FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR PARA PLANES DE CUIDADOS (PCIM)

A continuación, se presenta propuesta de "Plan de Cuidados Individual y Multiprofesional" (PCIM), tomado de los trabajos realizados por el D.U.E. **D. Carlos Galán Cabello** (la propuesta varía en alguno de los plazos establecidos por el CFR 2004, así como en el uso de la expresión "problema" en vez de alertas, y la inclusión de la Sección T. Valga como ejemplo indicativo y transferencia de conocimientos entre profesionales).

Consta de las siguientes partes:

- I)** Procedimientos
- II)** Registros
- III)** Plan de Cuidados Individualizado y Multiprofesional

I) PROCEDIMIENTOS

- 1)** Las valoraciones para la clasificación funcional y el PCIM del residente se realizarán a todos los residentes que ingresen en la residencia entre los días 15 y 30 del ingreso. A los demás residentes se les valorará según se decida por el equipo de valoraciones.
- 2)** Las revisiones del CFR y del Plan de Cuidados se realizarán:
 - a)** Anualmente.
 - b)** Por cambio significativo que obligara a modificaciones importantes del nivel funcional y asistencial del residente.
 - c)** Cuando los decida el equipo evaluador.
- 3)** El coordinador del equipo será elegido entre los miembros del equipo en la primera reunión de éste.
- 4)** Se definirán cuidadores de referencia por usuarios.
- 5)** El coordinador del equipo se elegirá cada año, no pudiéndose reelegir el coordinador.



- 6) El coordinador será el encargado de:
 - a) Convocar reuniones de valoración. Éstas serán convocadas al menos con 7 días de antelación para dar tiempo a los evaluadores para la recogida de datos.
 - b) Complimentar los registros en las reuniones con las aportaciones de todos los miembros del equipo.
 - c) Hacer los resúmenes de cada reunión con los acuerdos tomados, publicarlas en el tablón de corcho de la enfermería y enviarlas por correo electrónico al Sr./a Director/a y a los miembros del equipo que dispongan de correo electrónico.
 - d) Recoger la información sobre valoración miembros natos del equipo que no puedan estar presentes en la reunión.
 - e) Recoger los datos que precisen un tiempo de observación mayor y no han podido ser valorados en la valoración.
 - f) Encargar por orden rotatorio a los profesionales autorizados la cumplimentación de los registros informáticos de la valoración.
- 7) Si cualquier miembro del equipo considera oportuna una revisión del CFR y/o del Plan de Cuidados antes de la revisión programada, deberá hacérselo saber al coordinador para que éste convoque la reunión de revisión.
- 8) Las reuniones se convocarán mediante citación personal, especificando el día, la hora, duración, lugar, los convocados y el residente a evaluar. No se deberán convocar más de dos casos por reunión, salvo casos especiales.
- 9) Las reuniones tendrán lugar en la sala de _____.
- 10) El horario de las reuniones será de _____ a _____ horas.
- 11) El coordinador convocará a las reuniones a quien considere oportuno que pueda aportar algo significativo a la valoración y cuidados del residente, no excluyéndose la participación puntual de trabajadores de otras áreas, otros profesionales e incluso la familia del residente.

- 12)** Como miembros del equipo de elaboración del CFR y PCIM, estarán:
- a)** Auxiliares de Enfermería encargados de los turnos de mañana y tarde.
 - b)** Enfermeros/as encargados de los turnos de mañana y tarde.
 - c)** Médico.
 - d)** Trabajador/a Social.
 - e)** Terapeuta Ocupacional.
 - f)** Fisioterapeuta.
- 13)** Los registros de valoración CFR se archivarán en la Historia de Enfermería, así como la lista de problemas, y el plan de cuidados general. Las hojas del plan de cuidados de cada profesional se archivarán en la historia de cada profesional. Las hojas de los/as auxiliares de enfermería se archivarán en el libro de protocolo de baños que se renombrará como **LIBRO DE CUIDADOS**.
- 14)** Los días de reunión se tratará que sean los _____ y _____.

II) REGISTROS

CFR: Sin perjuicio de que todos los miembros del equipo valoren todas las secciones, se establece como norma general que cada profesional haga una propuesta de valoración de cada sección asignada según el siguiente guión.

| SECCIONES | | PROFESIONALES | | | | | | | |
|-----------|---|---------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|------------------------|--------------|
| | | MÉDICO | ENFERMERA T. MAÑANA | ENFERMERA T. TARDE | AUXILIAR T. MAÑANA | AUXILIAR T. TARDE | TRABAJO SOCIAL | TERAPIA OCUPACIONAL | FISIOTERAPIA |
| B | PATRONES COGNITIVOS 1-2-3 | | | | | | | X | |
| B | 4 CAPACIDAD COGNITIVA PARA TOMAR DECISIONES | | X | | | | | | |
| C | 4 CAPACIDAD PARA HACERSE ENTENDER. | | | X | | | | | |
| E | 1 ESTADO TRISTE O DE ANSIEDAD | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 4 AA- AB -AC- AD PROBLEMAS DE CONDUCTA | | | | | | X | | |
| | 4 AE RECHAZO DE LOS CUIDADOS | | X | X | | | | | |
| G | PROBLEMAS FUNCIONALES | | | | X | X | | | |
| H | CONTINENCIA | | | | X | X | | | |
| I | 1 DIAGNOSTICOS POR ENFERMEDADES | X | | | | | | | |
| J | TRASTORNOS DE SALUD | | X | X | | | | | |
| K | ESTADO ORAL/ NUTRICIONAL | | | X | | | | | |
| M | ESTADO DE LA PIEL | | X | | | | | | |
| N | PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES | | | | | | X | X | |
| O | FÁRMACOS | X | | | | | | | |
| P | 1A CUIDADOS ESPECIALES | | X | X | | | | | |
| | 1B TERAPIAS | | | | | | | X | X |
| | 3 CUIDADOS DE REHABILITACIÓN POR ENFERMERÍA | | | | X | X | | | X |
| | 7 VISITAS MEDICAS | X | | | | | | | |
| | 8 CAMBIOS DE TRATAMIENTO MEDICO | X | | | | | | | |
| T | 1 TERAPIAS PRESCRITAS | X | | | | | | | |

III) PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO Y MULTIPROFESIONAL

El PCIM no sustituye el plan de acción de cada profesional.

Aborda problemas que afectan a más de una disciplina y que cada profesional por separado no puede solucionar con su plan de acción profesional.

El PCIM consta de tres partes:

- 1) Lista de problemas/Evaluación del plan anterior.
- 2) Plan de Cuidados Individual Multiprofesional.
- 3) Hoja resumen profesional del PCIM.

- 1) **LISTA DE PROBLEMAS.** Se siguen las secciones del CFR. Se deberá hacer constar, en cuanto se valore una sección de CFR, los PROBLEMAS identificados si los hay. Si no se identifican problemas, también se debe hacer constar. Los problemas pueden ser reales, es decir, presentes y activos en el momento, y potenciales, que pueden hacerse activos en un futuro.

En la HOJA DE EVALUACIÓN del plan anterior se deberá incluir:

- El cumplimiento del objetivo.
- Desviaciones en el plan cuando la acción acordada no fue la adecuada.
- Que el problema no mejora o empeora y los motivos si se conocen.

- 2) **PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUAL MULTIPROFESIONAL.** Se valorarán y jerarquizarán los problemas, decidiendo el equipo cuáles son los problemas sobre los que se va a trabajar.

En la definición del PROBLEMA se tratará de expresar de la misma manera que el apartado correspondiente de CFR o en su expresión negativa.

Luego se anotarán los OBJETIVOS asistenciales, entendiendo éstos como un medio para dirigir los cuidados, para identificar los resultados y medir la eficacia de las actuaciones.



Este tipo de objetivos se conoce como criterios de resultados y son objetivos del residente. Deben ser enunciados que describan una conducta mensurable y que denoten una evolución favorable cuando se le apliquen los cuidados. Debe expresarse en términos de lo que se espera que se haga el residente, no el profesional.

Debe contener tres elementos:

- Contenido: lo que el residente tiene que hacer.
- Modificadores: qué, cuándo, dónde, cuánto, cómo.
- Tiempo de consecución.

Tras cada objetivo se debe hacer constar al menos un CUIDADO o ACCIÓN o ACTIVIDAD, especificando quién o quiénes han de llevar a cabo las actuaciones, cuándo y dónde.

- 3) HOJA RESUMEN.** Es igual que la hoja del plan, pero ésta la rellena cada profesional con más detalle y la archiva en su historia.



**PLAN DE CUIDADOS MULTIPROFESIONAL
LISTA DE PROBLEMAS**

RESIDENTE _____ HAB _____ FECHA _____

| ORDEN | ITEM MARCADO EN EL CMD QUE SUPONE UN PROBLEMA | PROBLEMAS MULTIPROFESIONALES | | |
|-------|---|------------------------------|-------------------|------------------------|
| | | | | |
| | | 1 | POTENCIAL REAL | DELIRIO |
| | | 2 | POTENCIAL REAL | DETERIORO COGNITIVO |
| | | 3 | POTENCIAL REAL | FUNCIÓN VISUAL |
| | | 4 | POTENCIAL REAL | COMUNICACIÓN |
| | | 5 | POTENCIAL REAL | FUNCIÓN DE LAS AVD |
| | | 6 | POTENCIAL REAL | INCONTINENCIA URINARIA |
| | | 7 | POTENCIAL REAL | BIENESTAR PSICOSOCIAL |
| | | 8 | POTENCIAL REAL | ESTADO DE ANIMO |
| | | 9 | POTENCIAL REAL | PROBLEMAS DE CONDUCTA |
| | | 10 | POTENCIAL REAL | ACTIVIDAD OCIO |
| | | 11 | POTENCIAL REAL | RIESGO DE CAÍDAS |
| | | 12 | POTENCIAL REAL | NUTRICION |
| | | 13 | POTENCIAL REAL | SONDAS ALIMENTACION |
| | | 14 | POTENCIAL REAL | DESHIDRATACION |
| | | 15 | POTENCIAL REAL | CUIDADO DENTAL |
| | | 16 | POTENCIAL REAL | RIESGO ULCERAS X P. |
| | | 17 | POTENCIAL REAL | USO DE PSICOTROPOS |
| | | 18 | POTENCIAL REAL | SUJECCIONES MECANICAS |



PLAN DE CUIDADOS MULTIPROFESIONAL

RESIDENTE _____ FECHA _____ Hoja nº _____

| PROBLEMA | | |
|-----------------------------------|------------------------|--|
| OBJETIVO Criterio de resultado | | |
| ACTIVIDADES CUIDADOS | MEDICA/O | |
| | TRABAJADOR/A SOCIAL | |
| | AUXILIAR ENFERMERÍA TM | |
| | AUXILIAR ENFERMERÍA TT | |
| | TERAPIA OCUPACIONAL | |
| | FISIOTERAPIA | |
| | ENFERMERA/O TM | |
| | ENFERMERA/O TT | |
| | OTROS | |



HOJA RESUMEN PROFESIONAL DEL PLAN DE CUIDADOS MULTIPROFESIONAL

| MÉDICO | TRABAJADOR / A. SOCIAL | FISIOTERAPEUTA | AUX. ENFERMERIA T. MAÑANA | AUX. ENFERMERIA T. TARDE |
|-----------------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------------|--------------------------|
| TERAPIA OCUPACIONAL | ENFERMERA / O T. MAÑANA | ENFERMERA / O T. TARDE | OTROS | |
| PROBLEMA | | | | |
| OBJETIVO Criterio de resultado | | | | |
| ACTIVIDAD CUIDADO | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| PROBLEMA | | | | |
| OBJETIVO Criterio de resultado | | | | |
| ACTIVIDAD CUIDADO | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| PROBLEMA | | | | |
| OBJETIVO Criterio de resultado | | | | |
| ACTIVIDAD CUIDADO | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE RESIDENTES C.F.R.

Manual del Usuario (B)

La presente adaptación ha sido realizada por **D. Jesús G. Alastruey Ruiz** y **D^a M^a Lourdes García Gómez**, Médicos del S.R.B.S., para la formación e implantación del CFR cuya organización ha corrido a cargo de **D. Jesús Romero Vadillo**, Coordinador de Centros Asistenciales del S.R.B.S., como Responsable Funcional de la aplicación informática.

El texto del manual C.F.R. objeto de esta primera parte se ha elaborado a partir del contenido revisado del Manual del Usuario correspondiente al Instrumento de Valoración de Residentes en Centros de Larga Estancia (RAI-NH), versión 2.0 diciembre de 2002 (*"Revised Long-Term Care Resident Assessment Instrument User's Manual Version 2.0 December 2002"*), publicado por *"Centers For Medicare & Medicaid Services (CMS)"*.

Por otra parte, el documento recoge en los apartados 1 y 2 el marco general en el que se inserta el proceso de valoración de necesidades para la planificación de la atención del residente respecto del mapa de procesos propios de Residencias para Personas Mayores del Servicio Regional de Bienestar Social, y el marco conceptual en el que se sitúan los sistemas de información CFR (Clasificación Funcional de Residentes) e HIRE (Historia Integral del Residente) y las actividades de los equipos interdisciplinarios derivadas de la información recogida.

Maquetación y apoyo logístico, Área de Calidad y Comunicación Interna.

Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción total o parcial de este documento, sin autorización expresa del Servicio Regional de Bienestar Social, organismo autónomo adscrito a la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

ÍNDICE – Manual del usuario CFR

| | | |
|----|---|-----|
| ❶ | Introducción a los sistemas de valoración y clasificación | 1 |
| 1. | Sistemas de clasificación de residentes | 1 |
| 2. | Sistema RAI | 2 |
| ❷ | C.F.R. (Instrumento para la Clasificación Funcional de los Residentes)..... | 5 |
| 1. | Fundamentación..... | 5 |
| 2. | Objetivos | 5 |
| 3. | Elementos constitutivos de CFR..... | 6 |
| 4. | Relación entre CFR e HIRE..... | 11 |
| 5. | Procedimiento de valoración..... | 11 |
| ❸ | Sección B. Patrones Cognitivos..... | 17 |
| ❹ | Sección C. Patrones de comunicación | 23 |
| ❺ | Sección E. Estado de ánimo y patrones de conducta..... | 26 |
| ❻ | Sección G. Problemas funcionales físicos y estructurales | 36 |
| ❼ | Sección H. Continencia durante los últimos 14 días..... | 63 |
| ❽ | Sección I. Diagnóstico de enfermedades..... | 68 |
| ❾ | Sección J. Trastornos de la salud..... | 72 |
| ❿ | Sección K. Estado oral/nutricional..... | 79 |
| ⓫ | Sección M. Estado de la piel..... | 86 |
| ⓬ | Sección N. Patrones de participación en actividades | 95 |
| ⓭ | Sección O. Medicamentos..... | 96 |
| ⓮ | Sección P. Tratamientos especiales, procedimientos y programas | 99 |
| ⓯ | Anexos. Documentación asociada..... | 110 |

❶ Introducción a los sistemas de valoración y clasificación

1. Sistemas de clasificación de residentes

La gestión asistencial de los cuidados que se prestan a las personas mayores ingresadas en centros de larga estancia precisa de un sistema adecuado de valoración de las necesidades individuales así como de clasificación de los residentes en grupos con características homogéneas. Para ello es preciso disponer de instrumentos de valoración que permitan obtener una imagen lo más exacta posible de la situación de cada usuario para poder identificar sus necesidades de atención y planificar, junto con la información procedente de otros ámbitos profesionales, las intervenciones y los cuidados pertinentes. Desde la perspectiva sanitaria, estas herramientas de valoración deben facilitar la clasificación de los usuarios en grupos homogéneos que presentan necesidades de atención similares, de forma que la ordenación de los recursos asistenciales se pueda diseñar de forma eficiente.

Teniendo en cuenta el planteamiento anterior, en el ámbito de la atención a las personas mayores se han venido confeccionando instrumentos que facilitan a los profesionales de los centros la valoración adecuada de los residentes para, posteriormente, analizar la información, diseñar planes de cuidados individualizados y mejorar la gestión y planificación de los centros residenciales. Esta información debe servir además, para evaluar la calidad de la atención.

Para que estos sistemas de valoración y clasificación de residentes sean aplicables en la práctica deben reunir una serie de requisitos:¹

- Los criterios que se apliquen para obtener grupos de residentes con características similares deben tener algún significado clínico.
- El sistema debe ser reproducible, de manera que se pueda extender su uso.
- Los grupos de usuarios creados deben explicar la mayor parte posible de la varianza de los costes de la atención, medidos en forma de costes directos o indirectos (estancia media, tiempos de personal...).

¹ Solano Jaurrieta J, López E. Envejecimiento y sistemas de clasificación de pacientes (I). Rev Esp Geriatr Gerontol 1998;33(5): 292-300

- Los grupos creados no deben ser excesivos, lo que dificultaría la factibilidad del sistema.

A la hora de elaborar una herramienta estandarizada multidimensional que permita la valoración de los residentes, se pueden utilizar alguna de las siguientes metodologías²:

1. Sumar distintos instrumentos unidimensionales ya existentes y utilizados por los distintos profesionales implicados.
2. Crear instrumentos multidimensionales de valoración basándose en una visión global del residente.
3. Tomar diferentes fragmentos de instrumentos previamente diseñados, evitando el esfuerzo de desarrollar nuevas herramientas, al utilizar lo mejor de los instrumentos de origen.

Los instrumentos de valoración multidimensional creados desde los criterios reflejados en el punto 2, pretenden recopilar información amplia sobre diferentes aspectos de la situación funcional de la persona mayor teniendo como principio que "el conocimiento de la situación de una persona mayor exige conocer y tener información sobre la mayor parte de áreas en las que se desenvuelve el funcionamiento del individuo, desde la idea de la relación existente entre las diferentes áreas de funcionamiento"³

Estos sistemas de recogida y análisis de información de la persona mayor, no sólo valoran cada uno de los aspectos que intervienen en el nivel de dependencia, sino que ponderan y relacionan entre sí todos los elementos.

2. Sistema RAI

El Instrumento de Valoración de Residentes (Resident Assessment Instrument – RAI) fue diseñado como un instrumento estandarizado para valorar las necesidades y problemas de los usuarios atendidos en los centros residenciales de los EE.UU.⁴. Es un sistema de valoración multidimensional global, que se centra en el análisis de la situación funcional de las personas mayores y que tiene por objetivo la obtención de

² Burgueño, A. Definición de residencia. Futuro de la política sociosanitaria en España. Residencial

³ Leturia, F. Et al. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Cáritas Española, Editores. Madrid. 2001

⁴ Resident assessment instrument (RAI) como base para un sistema de información sociosanitaria. FEGAS 2002.

una información precisa sobre las capacidades y las necesidades de los residentes, detectando problemas que deben ser tenidos en consideración para la planificación de cuidados individualizados. El fin último es mejorar la calidad de la asistencia prestada en los centros residenciales.

El sistema RAI⁵ está constituido por un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD en adelante) que actúa como base de datos clínicos del residente. De aquí se obtiene la información precisa para realizar el resto de las funciones de RAI. Los datos obtenidos permiten clasificar a los residentes en grupos homogéneos de isoconsumo e isocoste de recursos (Resource Clasification Groups-RUG III). En concreto, se obtienen 7 grupos principales (rehabilitación especial, tratamientos extensivos, cuidados especiales, complejidad clínica, deterioro cognitivo, alteraciones de conducta y funciones físicas reducidas) que se descomponen en 44 subgrupos en función de parámetros como las ABVD, los cuidados de enfermería, tratamientos especiales, grado de deterioro cognitivo y existencia de alteraciones de conducta.

⁵ December 2002 Revised Long Term Care Resident Assessment Instrument User's Manual for the Minimum Data Set (MDS) Version 2.0. En www.cms.hhs.gov/medicaid20

| CLASIFICACIÓN RUG-III EN SIETE GRUPOS PRINCIPALES | |
|--|---|
| GRUPOS RUG-III PRINCIPALES | CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS CON LOS GRUPOS RUG-III PRINCIPALES |
| Rehabilitación | Los residentes que estén recibiendo fisioterapia, logopedia o terapia ocupacional. |
| Tratamientos extensivos | Los residentes reciben cuidados clínicos complejos o con necesidades clínicas complejas tales como nutrición parenteral, medicación IV, aspiración de secreciones, cuidados de traqueostomía, ventilador o respirador y comorbilidad que hacen al residente candidato a otra categoría RUG. |
| Cuidados especiales | Residentes que estén recibiendo cuidados clínicos o con situaciones médicas complejas tales como esclerosis múltiple, tetraplejia, parálisis cerebral, fisioterapia respiratoria, úlceras, úlceras de presión de estadio III o IV, radioterapia, heridas quirúrgicas o lesiones abiertas, alimentación por sonda y afasia, fiebre con deshidratación, neumonía, vómitos, pérdida de peso o alimentación por sonda. |
| Complejidad clínica | Residentes que reciban cuidados clínicos complejos o con condiciones que requieren enfermería cualificada para el manejo e intervención para condiciones y tratamientos como quemaduras, coma, septicemia, neumonía, heridas del pie, hemorragias internas, deshidratación, alimentación por sonda, oxigenoterapia, transfusiones, hemiplejía, quimioterapia, diálisis, visitas o cambios de ordenes por el médico. |
| Deterioro cognitivo | Residentes que tienen deterioro cognitivo en la toma de decisiones, en el recuerdo y en la memoria a corto plazo (puntuación de la escala de estado cognitivo del MDS 2.0 \geq 3) |
| Problemas de conducta | Residentes que muestran comportamientos como vagabundeo, agresividad verbal o física o comportamientos inadecuados o que experimente alucinaciones o ilusiones. |
| Funciones físicas reducidas | Residentes cuyas necesidades son básicamente en las actividades de la vida diaria y supervisión general. |

Tomado del manual de la versión 2.0 del RAI del CMS (revisado en dic. de 2002)

A cada grupo se le asigna un índice (CMI – Casemix Index) que permite calcular el coste de la atención.

La información obtenida por medio del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) también se utiliza para la activación de los Resident Assessment Protocols (RAPs). Estos protocolos permiten detectar problemas sanitarios individuales y desplegar un esquema de estudio de la situación. Como consecuencia, los RAPs facilitan la elaboración de planes de cuidados individualizados, con el objetivo final de mejorar la atención del residente.

② C.F.R. (Instrumento para la Clasificación Funcional de los Residentes)

1. Fundamentación

“El Servicio Regional de Bienestar Social (S.R.B.S. en adelante) tiene, entre otras, la función de organizar, impulsar y dirigir la implementación de los programas de actuación desarrollados por las diferentes áreas funcionales de las residencias para personas mayores que de él dependen (decreto 5/1993, de 28 enero), de manera que se pueda realizar una evaluación del residente de media y larga estancia, orientado el resultado de dicha evaluación a la posterior explotación de datos, los cuales nos aporten la información necesaria para el cálculo de cargas de trabajo, asignación de recursos...”⁶. Con el fin de adaptarse a la situación actual, en la que es básica la gestión de calidad de los servicios prestados, el S.R.B.S. se planteó el desarrollo de un nuevo sistema de recogida y análisis de datos que permita conocer la situación funcional de los residentes ingresados en sus centros propios, de cara a mejorar la gestión y asignación de recursos, así como unificar criterios de valoración y sistemas de registro de datos. Hay que señalar la existencia de experiencias previas en este sentido, como fue la del Instrumento de Clasificación Funcional (ICF-95).

2. Objetivos

El instrumento elaborado se ha denominado “Clasificación Funcional de Residentes” y los objetivos que debe cumplir son los siguientes:

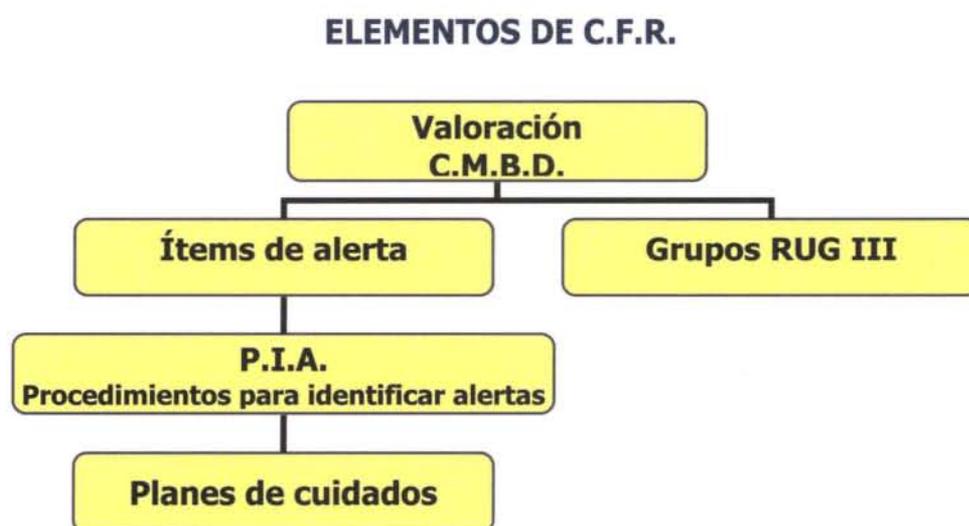
- Utilizar un instrumento de valoración común para la totalidad de los centros residenciales para personas mayores dependientes del S.R.B.S.
- Valorar la situación funcional y sanitaria de cada residente.
- Permitir el seguimiento periódico de la situación de necesidad de atención, posibilitando la continuidad de cuidados en función de la evolución clínica del residente.

⁶ Tomado del documento funcional del organismo Informática y Comunicaciones de la Comunidad de Madrid (I.C.M.) sobre la Clasificación Funcional del Residente de agosto de 2002.

- Obtener protocolos de valoración de residentes para el diseño de planes de cuidados individualizados.
- Desarrollar una aplicación informática de fácil uso para los profesionales de los centros.
- Automatizar la obtención de los datos de filiación y de residencia para la valoración, utilizando la aplicación GCP (Gestión y Control de Plazas).
- Obtener una fuente estandarizada de datos sobre los residentes que permita su posterior análisis estadístico con fines epidemiológicos.
- Poder realizar estudios comparativos entre centros (case-mix) con otras comunidades autónomas u otras administraciones que utilizan el mismo instrumento de valoración.
- Elaborar un sistema de indicadores de calidad asistencial que permita evaluar de forma periódica los diferentes aspectos de la atención prestada en los centros residenciales.

3. Elementos constitutivos de CFR

El esquema general de trabajo de C.F.R. se resume a continuación:



CMBD

El núcleo del sistema CFR lo constituye un Conjunto Mínimo Básico de Datos elaborado a partir del esquema del sistema RAI-NH 2.0. Este sistema (uno de los más utilizados nacional e internacionalmente) facilita la coordinación entre distintos niveles asistenciales, al utilizar lenguajes compatibles. Esto es especialmente importante teniendo en cuenta que la evolución de la situación funcional de las personas mayores obliga a la utilización de diferentes recursos sociosanitarios a lo largo del proceso de envejecimiento.

Sobre esta base se ha procedido a seleccionar aquellos ítems que recogen información necesaria para:

- Obtener la clasificación de los residentes valorados en uno de los 44 grupos RUG III.
- Desencadenar los Protocolos de Valoración de Residentes (RAPs).

Esta selección de información permite agilizar el procedimiento de valoración, haciendo que sólo sea preciso recoger los datos imprescindibles. El CMBD de CFR está constituido por 192 ítems. Los códigos de identificación de cada una de las secciones, subsecciones e ítems se han mantenido como en RAI para facilitar la concordancia a la hora de intercambiar información (*Anexo I, pág. 111*).

La metodología para la obtención de los distintos grupos RUG III es similar a la empleada en el sistema RAI, por lo que la explicación de éstos se remite al apartado 1.2 del presente manual

Procedimientos para Identificar Alertas (PIA)

El sistema RAI-NH (Resident Assessment Instrument - Nursing Home) 2.0 contiene los llamados RAPs que permiten la identificación y valoración de problemas en el residente. Esta función es similar en CFR, traducándose el concepto como Procedimiento para Identificar Alertas (PIA en adelante) (*Anexo II, pág. 118*).

Estas alertas (triggers en el original), son respuestas concretas a determinados ítems de una valoración de un residente que pueden identificar situaciones de mayor riesgo funcional. Estas alertas "llaman la atención" sobre un posible riesgo y ponen en marcha un protocolo específico de valoración o PIA. Una vez activado el PIA, será preciso aplicar un procedimiento de valoración de la situación del paciente que nos permita identificar problemas y, posteriormente, diseñar planes de cuidados personalizados.

Los RAPs contenidos en RAI son 18, pero en un primer momento de aplicación del programa CFR sólo se activan los 10 PIA más significativos para ir incluyendo posteriormente el resto. Los PIA implementados en esta fase son:

| PROCEDIMIENTOS PARA IDENTIFICAR ALERTAS (PIA) | |
|--|--|
| Deterioro cognitivo/demencia | AVD-rehabilitación |
| Incontinencia urinaria / sonda vesical | Estado de ánimo |
| Trastornos de conducta | Caídas |
| Situación nutricional | Deshidratación / mantenimiento hídrico |
| Úlceras por presión | Restricciones físicas |

Programa informático

La aplicación informática del programa CFR, elaborada por el organismo autónomo Informática y Comunicaciones de la Comunidad de Madrid (ICM en adelante) con el asesoramiento del equipo técnico del Servicio Regional de Bienestar Social, se encuentra implantada en todos los centros, y en conexión con los servicios centrales del S.R.B.S. por medio de la red informática propia.

Esta aplicación permite la recogida de la información necesaria para el CMBD de CFR. Posteriormente clasifica al usuario valorado en alguno de los 44 grupos RUG III, desglosando la información obtenida según el nivel de dependencia física (ABVD), grado de deterioro cognitivo o posible existencia de alteraciones de comportamiento. También identifica los PIA que se desencadenen en la valoración individual.

Contiene además una serie de consultas específicas que permiten explotar la información recogida en el CMBD, ordenando los datos de forma lógica por grupos RUG, por PIA...

Se han añadido a la aplicación una serie de controles informáticos para mejorar la calidad de la información que se introduce (*Anexo III, pág. 123*).

Otra función de la aplicación permite "copiar" alguna de las valoraciones previas realizadas al usuario. Esto agiliza la cumplimentación de las nuevas valoraciones ya que se puede copiar una valoración previa y actualizar SÓLO aquellos campos en los que haya habido modificaciones clínicas en la situación del usuario.



La aplicación CFR tiene algunas conexiones con la aplicación HIRE que permite trabajar en ésta, los PIA desencadenados. Éstos son la base del diseño del plan de cuidados específico. En sentido inverso, existe en HIRE una función "cambio en su situación basal previa" que, automáticamente desencadena una nueva valoración de CFR en aquellas situaciones en las que el equipo asistencial detecta un cambio significativo en el estado previo del residente.

En el cuadro siguiente⁷ se recogen algunos criterios indicativos para realizar una nueva valoración por cambios significativos en la situación previa de salud:

⁷ December 2002 Revised Long Term Care Resident Assessment Instrument User's Manual for the Minimum Data Set (MDS) Version 2.0. En www.cms.hhs.gov/medicaid20

CRITERIOS DE CAMBIO SIGNIFICATIVO*

Se requiere una valoración por cambio significativo si se observa un deterioro (o mejoría) mantenido en dos o más áreas.

DETERIORO

- Cualquier disminución del rendimiento físico en las AVD en el que el residente pase a recibir los códigos 3, 4 u 8 (ayuda importante; dependencia total; ausencia de actividad).
- La capacidad de decisión del residente pasa de 0 ó 1 a 2 ó 3.
- El patrón de incontinencia del residente pasa de 0 ó 1 a 2,3 ó 4; introducción de una sonda permanente.
- Aparición de tristeza o ansiedad como problema de difícil modificación.
- Aparición de un problema relacionado con una pérdida de peso no prevista (cambio del 5% en 30 días o del 10% en los 180 días).
- Uso de un dispositivo de limitación de tronco o una silla que impida levantarse en un residente que no los utilizaba con anterioridad.
- Aparición de una enfermedad o trastorno en el que el residente se considere inestable.
- Aparición de una úlcera por presión en estadio II o superior, en un residente que no presentaba con anterioridad ninguna úlcera en dicho estadio ni superior.
- Deterioro general del estado del residente; el residente recibe más apoyo, por ejemplo en la realización de las AVD o en la toma de decisiones.

MEJORÍA

- Cualquier mejoría en el rendimiento físico relacionado con las AVD en el que el residente pase a recibir el código 0, 1 ó 2 mientras que antes recibía los códigos 3, 4 u 8.
- Disminución del número de áreas en las que los síntomas conductuales de tristeza o ansiedad se codifican como de difícil alteración.
- La capacidad de decisión del residente cambia de 2 ó 3 a 0 ó 1.
- El patrón de incontinencia del residente pasa de 2, 3 ó 4 a 0 ó 1.
- Mejoría global del estado del residente, el residente recibe menos apoyo.

* Esta lista no es exhaustiva.



Indicadores de calidad

Como se ha visto hasta ahora, el objetivo esencial de la implantación del programa CFR es mejorar la calidad asistencial prestada en los centros del S.R.B.S. Es preciso desarrollar un sistema capaz de definir y medir la calidad de la atención prestada a los residentes. La fuente de datos esencial para poder cuantificar la calidad y las variaciones de ésta se encuentra en el CMBD de CFR, en el que se recoge información periódica estandarizada de cada usuario. Es preciso elaborar un sistema de indicadores de calidad basado en el CMBD que nos permita tener una imagen válida y fiable del nivel de los cuidados prestados, así como elaborar unos estándares de calidad asistencial.

4. Relación entre CFR e HIRE

Como ha sido comentado, la información relacionada con la atención asistencial a los usuarios de los centros del S.R.B.S. se recoge en dos sistemas de información, CFR e HIRE. En este momento de desarrollo, la relación entre ambos sistemas de información se encauza de la siguiente manera: cuando en CFR se desencadenan algunos PIA, éstos aparecen en HIRE para permitir la implantación de planes de cuidados específicos.

En sentido inverso, cuando se detecta un cambio significativo en la situación previa de salud, al indicarlo en HIRE, se pone en marcha automáticamente una nueva valoración CFR.

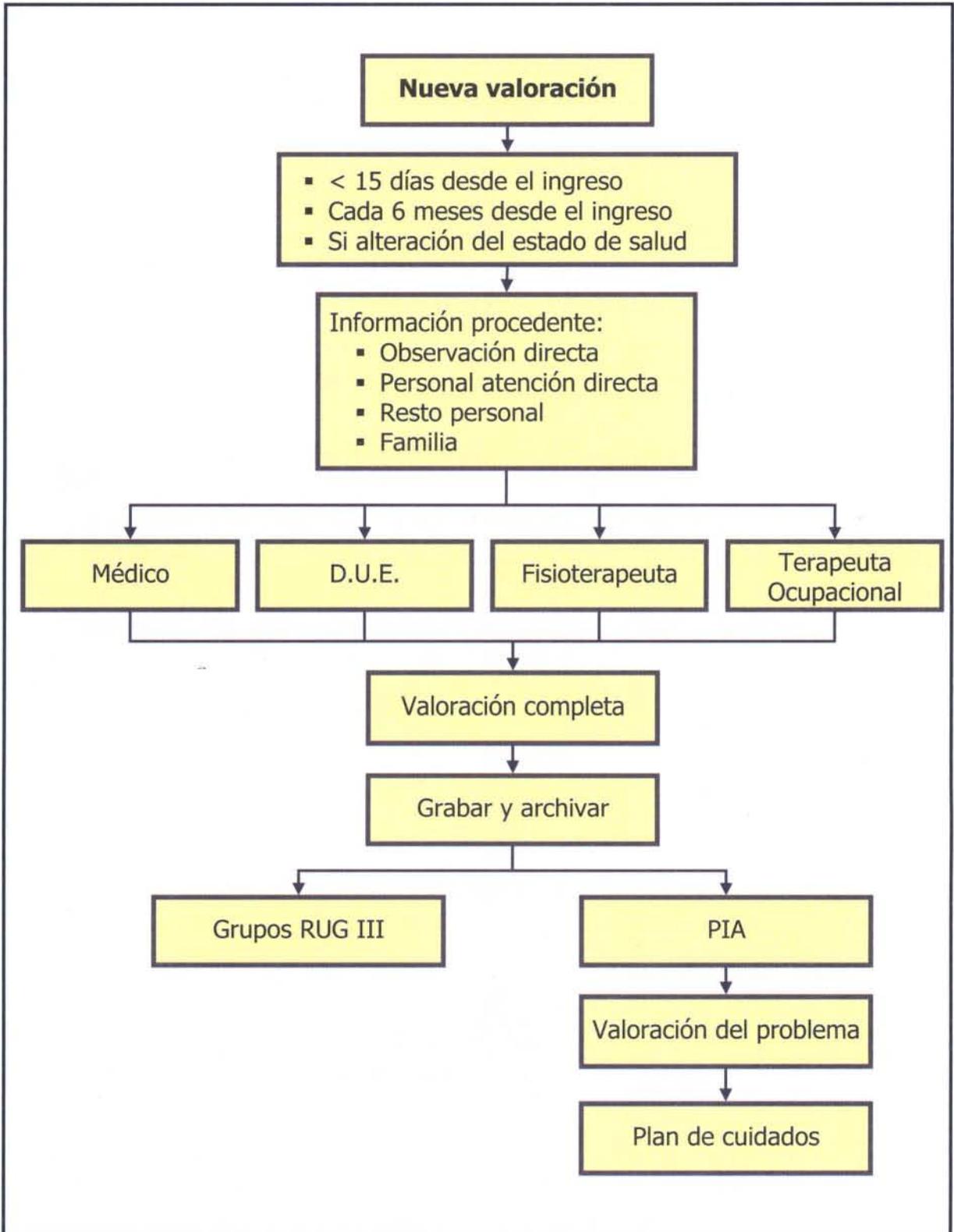
5. Procedimiento de valoración

La obtención de una valoración CFR completa precisa de la cumplimentación del CMBD y de la revisión de los PIA desencadenados. Estas valoraciones se deben realizar siguiendo un "protocolo de valoración" definido que asegure la actualización periódica de la información y que, además, recoja las modificaciones significativas en el estado de salud del residente.



El esquema de la sistemática de las valoraciones CFR es el siguiente:

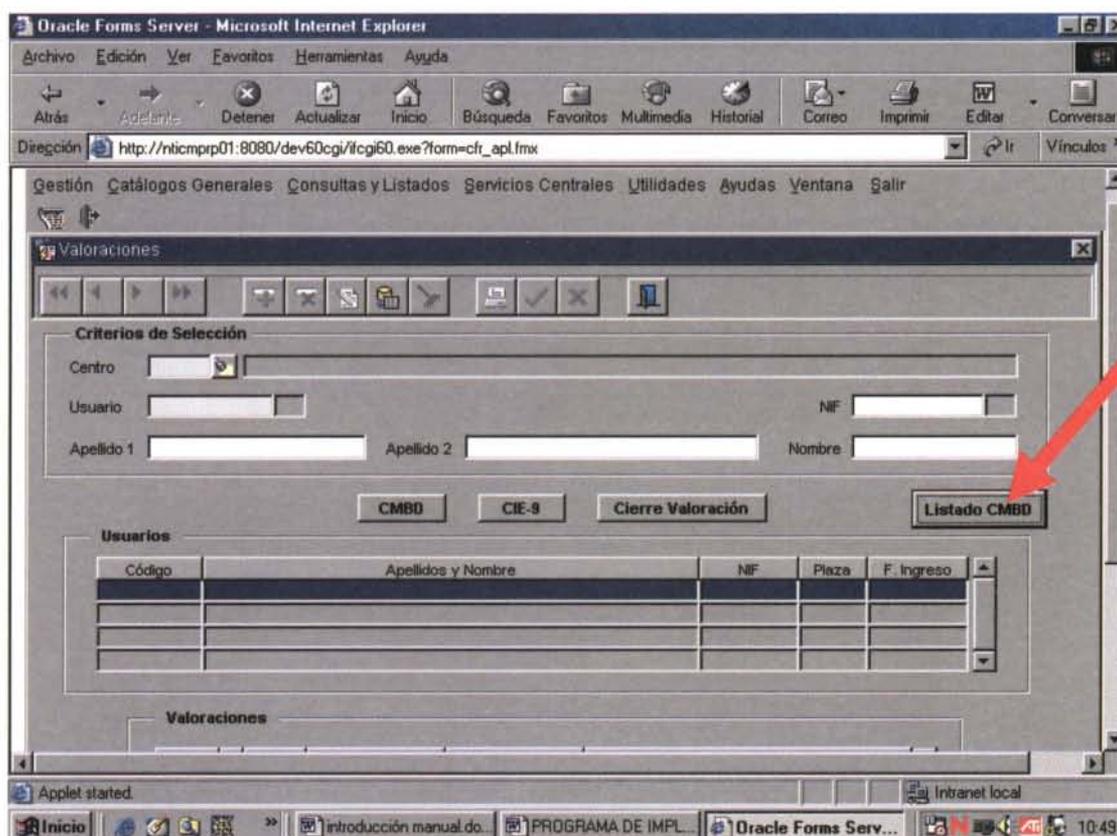
| Tipo de valoración | Momento en que se realiza |
|---|--|
| Valoración inicial | Antes de 15 días desde el ingreso en el centro |
| Valoración periódica | Antes de 6 meses desde el cierre de la última valoración |
| Valoración por cambio significativo en el estado de salud | Inmediatamente después de detectar la alteración del estado de salud |



Dentro del equipo multidisciplinar de cada centro, el responsable último de que se verifiquen los distintos tipos de valoraciones a realizar a cada residente es el Jefe del Área Técnico-Asistencial, que debe velar para que los periodos de tiempo y los distintos procedimientos de valoración se cumplan.

Los momentos específicos en los que se debe realizar una nueva valoración y que están determinados en el cuadro anterior, son "recordados" por la propia aplicación informática que presenta unos controles que impiden el trabajo en la aplicación HIRE cuando no se ha realizado la valoración correspondiente en CFR.

El cuestionario de valoración CMBD se puede obtener por impresión directa a partir de la aplicación CFR. Basta con usar el menú "gestión" y en la ventana de "valoraciones" marcar el botón "Listado de CMBD" como se señala a continuación:



Para cumplimentar el cuestionario CMBD es preciso recoger los datos de filiación del usuario a valorar y, al finalizar, deben identificarse todos los profesionales que han participado en la valoración.

El cuestionario cumplimentado quedará archivado en la Historia Clínica del usuario.

A la hora de realizar una nueva valoración a un residente hay que tener muy presente que ésta debe ser el resultado de un trabajo en el que deben participar todos los miembros del equipo de atención, ya que la información de cada uno de éstos es complementaria y colabora para obtener al final, una valoración certera que permita al propio equipo asistencial diseñar planes de cuidados individualizados.

Cada una de las secciones que componen el CMBD de CFR deberá ser cumplimentada por el profesional asistencial que tiene mayor capacidad para recoger la información solicitada. Sin perjuicio de las peculiaridades de la organización de cada centro residencial, se aconseja la siguiente distribución de las secciones de la valoración:

| Secciones a valorar | Profesional que valora |
|--------------------------|---|
| B, E1, I, O, P1A, P7, P8 | Médico |
| H1, H3, M, P3, P4 | D.U.E. |
| C, E4, E5, J, K, E2 | Médico y/o D.U.E. |
| G, N, P1B | D.U.E. y/o Terapeuta Ocupacional y/o Fisioterapeuta |

Una vez terminada la valoración, ésta deberá transcribirse a la aplicación informática CFR si se ha recogido en el cuestionario de papel.

Cuando está recogida toda la información y se comprueba que todo es correcto, se puede cerrar la valoración. Esto permite a la aplicación informática calcular el grupo RUG III al que pertenece, así como los PIA que se hayan podido desencadenar. En el caso de que aparezca algún PIA, éstos aparecerán automáticamente en la aplicación HIRE para poder seguir con el procedimiento de valoración que se recoge y, una vez extraídas las conclusiones, diseñar el plan de cuidados individualizados que corresponda.

A continuación vamos a pasar a desglosar el contenido de cada una de las secciones que se contienen en el CMBD de CFR, aclarando concepto y especificando la metodología para la codificación de cada uno de los ítems que deberá ser valorado.

El esquema general de presentación de la información en cada sección se resume en el cuadro que sigue:

Objetivo:

Razón o razones para incluir el ítem (o conjunto de ítems en el CMBD, incluyendo análisis sobre cómo utilizará esta información el personal clínico para identificar los problemas del residente y desarrollar el plan de cuidados.

Definición:

Explicación de términos clave.

Proceso:

Fuentes de información y métodos para determinar la respuesta correcta a un aspecto. Entre las fuentes se cuentan:

Diálogo con el personal del centro - miembros universitarios y no universitarios del personal.

Observación del residente y entrevista con el mismo.

Historia clínica, expediente del centro, información de traslado (en el ingreso) - órdenes facultativas, datos de laboratorio, antecedentes sobre medicación, hojas de tratamiento, gráficas (por ejemplo signos vitales, peso, ingesta y diuresis), planes de cuidados y cualquier documento similar contenido en el sistema de registro del centro

Diálogo con los familiares del residente.

Médico responsable del residente.

Codificación:

Método correcto de anotar cada respuesta, explicando cada categoría de respuesta.

③ Sección B. Patrones Cognitivos

Objetivo:

Determinar qué capacidad tiene el residente de recordar, pensar de forma coherente y organizar sus actividades diarias de autocuidados. Estos aspectos constituyen factores vitales en muchas decisiones de planificación de cuidados. Debe insistirse en el rendimiento del residente, incluyendo en este concepto la capacidad demostrada de recordar acontecimientos recientes y remotos, así como la capacidad de tomar decisiones clave.

Las preguntas sobre memoria y función cognitiva pueden resultar conflictivas para algunos residentes, quienes pueden responder a las mismas de forma muy emocional, con comportamientos defensivos o agitación. No es infrecuente que se produzcan reacciones como ansiedad y sensación de exposición, vergüenza o frustración si el residente sabe que no es capaz de responder correctamente a las preguntas.

Asegúrese de entrevistar al paciente en una zona tranquila y aislada sin distracciones, es decir, no lo entreviste en presencia de otros residentes o familiares, salvo que el residente esté demasiado agitado para estar solo. Si plantea las preguntas sin asociarlas a ninguna actitud de valoración facilitará el establecimiento de una relación de confianza con el residente.

Tras obtener las respuestas del paciente a las diversas preguntas, diríjase a sus familiares u otras personas, según resulte necesario, para aclarar o comprobar información sobre la función cognitiva del residente durante los últimos 7 días. Para los residentes con habilidades de comunicación limitadas o aquellos que son mejor comprendidos por sus familiares o personas concretas encargadas de sus cuidados, será necesario que tenga en cuenta cuidadosamente sus opiniones en esta área.

Entable una conversación general con el residente para establecer una relación de confianza con él.

Escuche activamente y trate de detectar signos que le ayuden a estructurar su valoración. Recuerde que la repetitividad, la inatención, la divagación, la actitud defensiva o la agitación pueden resultar difíciles de manejar durante una entrevista, pero aportan información importante sobre la función cognitiva.

Permanezca en actitud abierta, de apoyo y tranquilizadora durante su conversación con el residente (por ejemplo: "¿En algún momento tiene algún problema para recordar las cosas? Cuénteme qué le pasa. Intentaremos ayudarle").



Si el residente se agita, responda con comprensión a sus sentimientos de agitación e INTERRUMPA el análisis de la función cognitiva. No es preciso completar el proceso de obtención de información en una sola entrevista, sino que esta valoración puede prolongarse a lo largo de todo el período de valoración. Por ejemplo, puede decir al residente agitado: "Hablemos ahora de otra cosa" o "no es preciso que hablemos de esto ahora, podemos hacerlo más tarde".

Observe el rendimiento cognitivo del residente durante las siguientes horas y días y vuelva a plantearle más preguntas cuando se sienta más cómodo.

B1. COMA

Objetivo:

Anotar si en la historia clínica del residente se incluye algún diagnóstico neurológico documentado de coma o estado vegetativo persistente.

Codificación:

Escriba en el recuadro el número adecuado.

Si el residente ha sido diagnosticado de comatoso o estado vegetativo persistente, anote "1" y *pase a la sección G*.

Si el residente no está comatoso ni semicomatoso, anote "0" y pase a la subsección siguiente, B2.

B2. MEMORIA

Objetivo:

Determinar qué capacidad funcional tiene el residente de recordar acontecimientos tanto recientes como remotos (es decir, memoria a corto y a largo plazo).

Proceso:

B2A. Memoria a corto plazo:



Pida al residente que le describa un acontecimiento reciente que ambos puedan recordar. También puede utilizar pruebas de memoria a corto plazo más estructuradas. Para los residentes con limitación de las habilidades de comunicación, pregunte al personal y los familiares sobre el nivel de memoria del residente.

Recuerde, si no existe ninguna indicación positiva de su capacidad de memoria (por ejemplo, recuerdo de múltiples elementos a lo largo del tiempo o respuesta a una instrucción dada 5 minutos atrás) la respuesta correcta es "1", memoria alterada. En caso contrario escriba "0".

Ejemplos

Pida al residente que describa lo que ha desayunado o una actividad que acabe de finalizar.

Pida al residente que recuerde tres objetos (por ejemplo libro, reloj, mesa) durante unos minutos. Después de haber enunciado los tres objetos, pida al residente que lo repita (para verificar que le ha oído y comprendido). A continuación pase a hablar de alguna otra cosa, no permanezca en silencio y no abandone la habitación.

En cinco minutos, pida al residente que repita el nombre de cada uno de los objetos enumerados anteriormente.

Si el residente es incapaz de recordar los tres objetos, anote "1", memoria alterada.

En personas con problemas de comunicación verbal, pueden aceptarse respuestas no verbales (por ejemplo cuando se les pregunta cuántos hijos tienen, pueden responder golpeando el número adecuado de veces sobre la mesa).

B2B. Memoria a largo plazo:

Entable una conversación en la que el residente esté cómodo. Plánteele preguntas cuyas respuestas usted pueda comprobar (mediante una revisión de la historia clínica, conocimientos generales o familiares del residente). En residentes con limitación de las habilidades de comunicación, pregunte al personal y a los familiares sobre el nivel de memoria del residente. Recuerde, si no existe indicación positiva sobre su capacidad de memoria, la respuesta correcta es "1", memoria alterada.

Ejemplo

Pregunte al residente, "¿Dónde vivía inmediatamente antes de venir a vivir aquí?"

Si responde "en casa" pregunte "¿Cuál era su dirección?" Si responde otra residencia u otro centro de cuidados prolongados", pregunte "¿Cuál era el nombre del centro?"

Después pregunte: "¿Está casado?" "¿Cuál es el nombre de su esposa?" "¿Tienen hijos?" "¿Cuántos?" "¿Cuándo es su cumpleaños?" "¿En qué año nació?"

Codificación:

Escriba los números correspondientes a las respuestas observadas.

B4. CAPACIDAD COGNITIVA PARA TOMAR DECISIONES COTIDIANAS

Objetivo:

Anotar el rendimiento del residente en la toma de decisiones cotidianas sobre tareas o actividades de la vida diaria.

Ejemplos

Elegir prendas de ropa; saber cuando acudir a las comidas programadas; usar datos ambientales para organizarse y planificar el tiempo (por ejemplo relojes, calendarios, listas de futuros acontecimientos); en ausencia de datos ambientales, determinar si el residente busca información adecuadamente (es decir, no de forma repetitiva) de otras personas con el fin de planificar su día; conciencia de sus propias aptitudes y limitaciones para regular los acontecimientos del día (es decir, si pide ayuda cuando es necesario); determinar si toma la decisión correcta sobre cómo llegar al comedor o si reconoce la necesidad de utilizar un andador y lo utiliza correctamente.

Proceso:

Revise la historia clínica. Consulte a los familiares y a los auxiliares de enfermería. Observe al residente.

Esta observación pretende determinar si el residente está tomando activamente estas decisiones y no si el personal considera que el residente sería capaz de tomarlas. Recuerde que el objetivo de este aspecto es anotar qué es lo que hace el residente (rendimiento).

Cuando algún miembro del personal aleja del residente la responsabilidad de tomar decisiones sobre tareas relacionadas con la vida diaria, o el residente no participa en la toma de decisiones, independientemente de cuál sea su nivel de capacidad, debe considerarse que el residente sufre una disminución del rendimiento con respecto a la toma de decisiones.

Este aspecto resulta especialmente importante para posteriores valoraciones y planificación del tratamiento por cuanto puede advertir al personal que existe una discordancia entre las capacidades del residente y su nivel actual de rendimiento. También puede advertir al personal de que está alentando, de forma inadvertida, la dependencia del residente.

Codificación:

Escriba el número que corresponda a la respuesta más correcta.

0. Independiente. Decisiones coherentes/razonables. Las decisiones del residente relativas a al organización de la rutina diaria y su capacidad de tomar

decisiones fueron constantes, razonables y se realizaron reflejando su estilo de vida, cultura y valores.

1. Independencia modificada. Alguna dificultad sólo ante situaciones nuevas. El residente organizó su rutina diaria y tomó decisiones seguras en situaciones familiares, pero experimentó ciertas dificultades para tomar decisiones al enfrentarse a nuevas tareas o situaciones.

2. Afectación moderada. Decisiones poco apropiadas, habitualmente requiere orientación / supervisión. Las decisiones del residente fueron escasas; el residente precisaba indicios, recordatorios y supervisión para planificar, organizar y corregir su rutina diaria.

3. Afectación Grave. Raramente/nunca toma decisiones. La capacidad de tomar decisiones del residente está seriamente afectada.

4 Sección C. Patrones de comunicación

Objetivo:

Documentar la capacidad de comprensión y comunicación del residente con otras personas, en las mejores condiciones de audición posibles, es decir, utilizando dispositivos de asistencia para la audición, si los precisa. Recuerde que el periodo de observación comprende los últimos siete días.

Los problemas de comunicación que experimentan las personas mayores que residen en centros de cuidados prolongados pueden tener muchas causas. Algunos problemas pueden atribuirse al proceso de envejecimiento; otros se asocian a enfermedades físicas y neurológicas progresivas. Generalmente el problema de comunicación no se debe a un único factor.

Por ejemplo, un residente puede sufrir afasia al mismo tiempo que una pérdida auditiva prolongada o puede sufrir demencia, dificultad para encontrar las palabras y pérdida de audición. La situación social, emocional y física del residente puede también complicar sus problemas de comunicación. Además, si el entorno es ruidoso o aislante puede reducir las oportunidades de establecer una comunicación eficaz.

Los defectos de la capacidad de hacerse entender por los demás (déficit de comunicación expresiva) pueden incluir disminución del volumen de la voz y dificultad en la producción de sonidos, problemas para hallar la palabra correcta, elaborar frases, escribir y gesticular.

Los defectos en la capacidad de comprensión (déficit de comunicación receptiva) pueden consistir en disminuciones de la capacidad auditiva, de la comprensión (hablada o escrita) o del reconocimiento de las expresiones faciales.

C4. CAPACIDAD PARA HACERSE ENTENDER

Objetivo:

Documentar la capacidad del residente de expresar o comunicar peticiones, necesidades, opiniones, problemas urgentes y contenidos de conversación social, ya sea de forma hablada, escrita, mediante signos o por alguna combinación de dichos métodos.

Proceso:

Relaciónese con el residente. Observe y escuche todo intento del residente por comunicarse con usted, Observe sus interacciones con otras personas en diferentes ámbitos (por ejemplo, en la comunicación persona a persona o en grupo) y diversas circunstancias (por ejemplo, cuando está tranquilo y cuando está agitado). Consulte con el auxiliar de enfermería (a lo largo de todos los turnos, si es posible), con los familiares del residente y con el logopeda.

Codificación:

Anote el número correspondiente a la respuesta más exacta.

0. Se le entiende. El residente se hace entender, expresa con claridad sus ideas.

1. Normalmente se le entiende. El residente habitualmente se hace entender; tiene problemas para encontrar las palabras exactas o acabar sus pensamientos, lo que ocasiona cierto retraso de las respuestas. Precisa cierta ayuda para hacerse entender.

2. A veces se le entiende. El residente se hace entender en ocasiones. Sus capacidades son limitadas, aunque es capaz de expresar peticiones concretas sobre sus necesidades básicas (por ejemplo, alimento, bebida, sueño, higiene).

3. Raramente/nunca se le entiende. El residente rara vez o nunca se hace entender. En el mejor de los casos, su comprensión se limita a la interpretación por parte del personal de sonidos o signos de lenguaje corporal altamente específicos del residente (por ejemplo, los que indican presencia de dolor o necesidad de ir al baño).

C6. Capacidad para entender a otros

Objetivo:

Describir la capacidad del residente de comprender la información verbal que se le transmite de forma oral, escrita o mediante signos o lenguaje braille. Este aspecto no sólo mide la capacidad del residente de oír los mensajes sino también su capacidad de procesar y comprender el lenguaje.



Proceso:

Relaciónese con el residente. Consulte al personal encargado de la administración directa de cuidados (por ejemplo, auxiliares de enfermería) a lo largo de todos los turnos del día, si es posible, durante el periodo de observación, así como a los familiares del residente y al logopeda.

Codificación:

Anote el número correspondiente a la respuesta más adecuada.

0. Entiende. El residente comprende con claridad el mensaje del interlocutor y demuestra su comprensión mediante palabras o actitudes / comportamiento.

1. Normalmente entiende. Aunque el residente puede no entender parte de un mensaje, sí capta la mayor parte del mismo. De forma periódica, el residente puede tener problemas para integrar la información, pero en general, muestra su comprensión respondiendo con palabras o acciones.

2. A veces entiende. El residente comprende en ocasiones, muestra frecuentes problemas durante la integración de la información y responde adecuadamente sólo a instrucciones y preguntas simples y directas. Cuando el personal simplifica los mensajes y / o utiliza gestos, la comprensión del residente mejora.

3. Raramente/nunca entiende. El residente rara vez o nunca comprende, muestra una capacidad muy limitada de comprender la información. Puede resultar difícil determinar si el residente comprende los mensajes basándose en sus respuestas verbales y no verbales. En otros casos, el residente puede oír sonidos pero no comprender los mensajes.

5 Sección E. Estado de ánimo y patrones de conducta

La afectación del estado de ánimo es un trastorno grave que se asocia a morbilidad significativa. Entre los problemas que se asocian al mismo se cuentan: mala adaptación a la residencia, afectación funcional, resistencia a los cuidados diarios, incapacidad de participar en actividades, aislamiento, aumento del riesgo de diversas enfermedades, afectación cognitiva y aumento de la sensibilidad al dolor físico. Resulta especialmente importante identificar los signos y síntomas de afectación del estado de ánimo entre los residentes de centros de cuidados prolongados dado que se trata de trastornos claramente susceptibles de tratamiento.

En algunos centros, el personal no ha recibido formación específica sobre cómo evaluar a aquellos residentes que presentan síntomas de afectación de la conducta o el estado de ánimo. Por tanto, muchos problemas quedan sin diagnóstico ni tratamiento. En los centros donde no se ha producido dicha formación, se recomienda la puesta en práctica de un programa interno dirigido por un especialista en salud mental. Como mínimo, es útil el manejo de los PIA relacionados (PIA estado de ánimo, PIA comportamiento), por lo que se recomienda su revisión y aplicación cuidadosa.

E1. Indicadores de depresión, ansiedad y bajo estado de ánimo

Objetivo:

Detectar y anotar la frecuencia de aparición de algunos signos indicadores observados durante los últimos 30 días, independientemente de la presunta causa del indicador.

Definición:

Los sentimientos de malestar psíquico pueden expresarse directamente por el residente que sufre depresión, ansiedad o tristeza. Sin embargo, expresiones como "estoy tan deprimido" son raras entre los residentes. En lugar de ello, su sufrimiento se expresa habitualmente de las siguientes formas:



EXPRESIONES VERBALES DE SUFRIMIENTO

E1A. El residente se expresa con frases negativas y de tristeza. Por ejemplo "nada importa, preferiría estar muerto; de qué sirve esto, lamento haber vivido tanto tiempo, dejadme morir".

E1B. Preguntas repetitivas. Por ejemplo "¿a dónde voy?; ¿qué estoy haciendo?".

E1C. Expresiones repetitivas pidiendo ayuda. Por ejemplo, solicitud de ayuda, "que Dios me ayude".

E1D. Enfado persistente contra sí mismo o contra otras personas. Por ejemplo, se disgusta con facilidad, responde con ira a su ingreso en la residencia; responde con ira a los cuidados que se le administran.

E1E. Menosprecio de sí mismo. Por ejemplo "no valgo nada; no soy útil a nadie".

E1F. Expresión de lo que parecen ser miedos imaginarios. Por ejemplo, miedo de ser abandonado, miedo de quedar solo o de estar con otros.

E1G. Afirmaciones repetitivas sobre algo terrible que está a punto de suceder. Por ejemplo, el residente piensa que está a punto de morir o de sufrir un ataque cardíaco.

E1H. Quejas repetitivas sobre su salud. Por ejemplo, solicita de forma persistente asistencia médica, preocupación obsesiva por las funciones corporales.

E1I. Preocupaciones/quejas ansiosas y repetitivas no relacionadas con la salud. Por ejemplo, solicita de forma persistente atención/apoyo sobre horarios, comidas, colada, ropa, aspectos de relación.

El sufrimiento puede expresarse también de forma no verbal e identificarse mediante la observación del residente en las siguientes áreas durante su rutina diaria habitual:

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CICLO DE SUEÑO

El sufrimiento puede manifestarse también mediante la alteración de los patrones de sueño.

E1J. Afectación del estado de ánimo o malhumor durante la mañana.

E1K. Insomnio/cambio en el patrón de sueño habitual. Por ejemplo, dificultad para conciliar el sueño, aumento o disminución de las horas de sueño, el residente se despierta demasiado temprano y es incapaz de volver a dormirse.

ASPECTO ANSIOSO, APÁTICO, TRISTE

E1L. Expresiones faciales de preocupación, dolor, tristeza. Por ejemplo, ceño fruncido con frecuencia.

E1M. Tendencia al llanto.

E1N. Movimientos físicos repetitivos. Por ejemplo, el residente camina nerviosamente, se retuerce las manos, muestra inquietud, manipula o pellizca objetos.

PÉRDIDA DE INTERÉS

Estos aspectos hacen referencia a cambios en el patrón de comportamiento habitual del residente.

E1O. Abandono de las actividades que le interesaban. Por ejemplo, pérdida de interés en actividades habituales o en la compañía de sus familiares/amigos.

E1P. Disminución de las relaciones sociales. Por ejemplo, el residente habla menos y permanece más aislado.

Proceso:

Inicie una conversación con el residente. Algunos residentes expresan sus sentimientos de forma verbal con mayor facilidad que otros y pueden manifestar su malestar abiertamente o, en otros casos, sólo formularán su sufrimiento cuando se les pregunta directamente cómo se sienten. Otros residentes pueden ser incapaces de expresar sus sentimientos (es decir, no pueden encontrar las palabras para describir cómo se sienten o carecen de capacidad cognitiva o de introyección). Observe cuidadosamente a los residentes para detectar cualquier signo indicador. Consulte al personal encargado de la administración directa de cuidados a lo largo de todos los turnos, si es posible, y a aquellos familiares que tengan conocimiento



directo sobre el comportamiento del residente. También en la historia clínica podrá hallar información de interés.

Codificación:

Para responder a cada uno de los ítems descritos anteriormente utilice uno de los siguientes códigos según lo observados durante los últimos 30 días. Recuerde que debe escribir el código independientemente de su presunta causa.

- 0.** El indicador no ha aparecido durante los últimos 30 días.
- 1.** El indicador aparece hasta 5 días por semana (es decir, el indicador ha aparecido como mínimo una vez durante los últimos 30 días pero menos de 6 días por semana).
- 2.** El indicador aparece diariamente o casi diariamente (6 ó 7 días por semana).

Ejemplo

El Sr. F es un paciente nuevo que reacciona con disgusto e ira cuando su hija lo visita (tres veces por semana). Se queja a ella y al personal encargado de atenderle de que "ella me ha metido en este terrible vertedero". La castiga por no llevarle a su casa ("de ella") y la censura por "ser una hija desagradecida". Después de que ella se marcha, el Sr. F siente remordimientos y parece triste, llora y exclama: "¿De qué sirve todo esto? Yo no valgo nada. Desearía haber muerto cuando lo hizo mi mujer". Anote "1" en a. (el residente realiza afirmaciones negativas), d. (ira persistente hacia sí mismo u otras personas), e. (autoinfravaloración), m. (llanto); los aspectos relacionados con la permanencia del estado de ánimo se calificarán con el código "0".

E2. Persistencia del estado de ánimo

Objetivo:

Identificar la existencia de uno o varios signos indicadores de depresión, tristeza o ansiedad que se resistiesen a los intentos de "animar", consolar o tranquilizar al residente durante los últimos 7 días.

Proceso:

Observe al residente y analice la situación con el personal encargado de la administración directa de cuidados a lo largo de todos los turnos, si es posible, y familiares o amigos que visitan al residente con frecuencia o tienen contacto telefónico frecuente con el mismo.

Codificación:

Anote "0" si no se manifestó ningún indicador de afectación del estado de ánimo durante los últimos 7 días, "1" si se objetivaron dichos indicadores y fueron alterados fácilmente por la interacción del personal con el residente o "2" si se objetivaron dichos indicadores pero no se alteraron con facilidad (por ejemplo, el comportamiento persistió a pesar del esfuerzo del personal por consolar al residente).

E4. Problemas de conducta

Objetivo:

Identificar la frecuencia de síntomas conductuales que durante los últimos 7 días afligen al residente o resultan molestos o perjudiciales para los residentes del centro o los miembros de su personal. Entre estos síntomas conductuales se incluyen aquellos que pueden resultar potencialmente lesivos para el propio residente o perjudiciales para el entorno, a pesar de que el personal u otros residentes parezcan haberse adaptado a los mismos (por ejemplo, "los gritos de llamada de la Sra. R no son muy diferentes de los de otros residentes de la unidad. Tenemos muchos residentes ruidosos" o "la Sra. L no pretende pegarme. Lo hace porque está confundida").

La detección y anotación de los síntomas conductuales del residente sirve de base para nuevas valoraciones, planificación y administración de cuidados adecuados y constantes que sirvan para mejorar dichos síntomas conductuales. La documentación de la historia clínica relativa al estado actual del residente puede no ser exacta o válida, por lo que no debe considerarse la única fuente de información (véase *Proceso*, más adelante). Sin embargo, una vez determinada con exactitud la frecuencia de los síntomas conductuales, la documentación posterior debería reflejar con mayor exactitud el estado del residente y su respuesta a las diversas intervenciones.

Definiciones:

E4AA. Deambulaci3n. Locomoci3n sin finalidad racional u objetivable. Un residente con deambulaci3n err3tica puede ignorar sus necesidades f3sicas o sus necesidades. La deambulaci3n debe distinguirse del movimiento dirigido (por ejemplo, el de una persona hambrienta que recorre la unidad buscando alimento). La deambulaci3n puede manifestarse caminando o desplaz3ndose en silla de ruedas.

El paseo no debe codificarse como deambulaci3n. El paseo constante del residente no se considera comportamiento errante y, si se produce, debe anotarse en el aspecto E1N, "Movimientos f3sicos repetitivos".

E4AB. Lenguaje ofensivo. El residente amenaza, grita o blasfema contra otros residentes o miembros del personal.

E4AC. Agresividad f3sica. El residente golpea, empuja, araña o abusa sexualmente de otros residentes o miembros del personal.

E4AD. Comportamiento social inadecuado/alterado. En este ítem se incluyen sonidos inadecuados, ruidos excesivos, gritos, actos de autoagresi3n del residente, comportamiento sexual o nudismo en p3blico, tendencia a untar o arrojar alimentos o heces, acaparamiento o tendencia a revolver las pertenencias de otras personas.

E4AE. Resistencia a los cuidados. El residente se resiste a tomar la medicaci3n/recibir inyecciones o a recibir ayuda en las AVD o durante su alimentaci3n. En este epígrafe no se incluyen los casos en los que el residente, con un grado de informaci3n suficiente, toma la decisi3n de no seguir ciertos cuidados (por ejemplo, el residente hace uso de su derecho de rehusar el tratamiento y reacciona negativamente cuando el personal intenta aplicar dicho tratamiento).

Los signos de resistencia pueden ser verbales y/o f3sicos (por ejemplo, el residente puede rehusar verbalmente los cuidados o puede apartar de un empuj3n o arañar a los miembros del personal). Estos comportamientos no son necesariamente positivos ni negativos, sino que pretenden aportar informaci3n sobre las respuestas de los residentes a las intervenciones del personal y desencadenar una valoraci3n m3s profunda de sus causas para facilitar la planificaci3n de cuidados (por ejemplo, miedo al dolor, miedo a caerse, escaso nivel de comprensi3n, ira, malas relaciones, ansiedad por participar m3s profundamente en las decisi3nes sobre sus cuidados, experiencias anteriores con errores de medicaci3n y cuidados inaceptables, deseo de modificar los cuidados que se le administran).

Proceso:

F3rmese una impresi3n objetiva de los s3ntomas conductuales del residente. La codificaci3n de este aspecto se centra en las acciones del residente y no en su

intención. Con frecuencia es difícil determinar el significado de un síntoma conductual concreto. Por tanto, es importante iniciar la valoración anotando cualquier síntoma conductual. El hecho de que el personal se haya acostumbrado al comportamiento y reste importancia a la presunta intención del residente (“En realidad no intenta hacer daño a nadie. Simplemente está asustado”) carece de relevancia con respecto a la valoración. ¿Manifiesta o no el residente el síntoma conductual en cuestión? ¿Se muestra agresivo el residente durante la administración de cuidados personales y golpea al personal o no?

Observe al residente. Observe cómo responde el residente a los intentos del personal de administrarle los cuidados necesarios. Consulte al personal encargado de la administración directa de cuidados a lo largo de los tres turnos.

Además, permanezca alerta a la posibilidad de que el personal del centro no se plantee informar sobre un síntoma conductual si forma parte de la norma de la unidad (por ejemplo, cuando el personal trabaja con residentes con grave afectación cognitiva y funcional y está acostumbrado al comportamiento errante y ruidoso de los residentes, etc.). Centre la atención del personal en el comportamiento real del residente a lo largo de los últimos 7 días.

Codificación:

Anote la frecuencia de los síntomas conductuales manifestados por el residente a lo largo de los tres turnos en los últimos 7 días.

Anote “0” si el síntoma conductual descrito no se produjo durante los últimos 7 días.

Este código hace referencia a aquellos residentes que nunca han mostrado el síntoma conductual en cuestión o a aquellos que lo han mostrado con anterioridad pero no lo manifiestan en la actualidad, incluyendo aquellos residentes cuyos síntomas conductuales se hallan totalmente controlados mediante fármacos psicotrópicos, limitaciones físicas o programas de tratamiento conductual. Por ejemplo: un residente “deambulador” que no manifestó dicho comportamiento durante los últimos 7 días por hallarse limitado a un sillón geriátrico debería puntuarse con el código “0” -síntoma conductual no manifestado durante los últimos 7 días-. La cuestionable práctica clínica consistente en limitar el comportamiento deambulador inmovilizando a una persona para restringir sus movimientos se evaluaría después utilizando el PIA relativo a “restricciones físicas”.

Anote “1” si el síntoma conductual se manifestó entre 1 y 3 días, durante los últimos 7 días.

Anote "2" si el síntoma conductual descrito se manifestó en 4 a 6 días, pero no diariamente.

Anote "3" si el síntoma conductual descrito se manifestó todos los días o con mayor frecuencia (es decir, varias veces cada día).

| Ejemplos de deambulaci3n | E4A Frecuencia |
|--|-----------------------|
| <p>La Sta. T tiene demencia y sufre una grave limitaci3n en la toma de decisiones sobre su vida diaria en la unidad. Depende de otras personas para orientarse en las diversas actividades de cada d3a. Cuando no participa en alg3n tipo de actividad (ocio, alimento, AVD, etc.) vaga por la unidad. A pesar de la naturaleza diaria y repetitiva de su comportamiento errante, resulta f3cil canalizar este comportamiento hacia otras actividades cuando el personal reorienta a la Sta. T invit3ndola a dichas actividades. La Sta. T se implica en dichas actividades con facilidad y se muestra contenta de participar en ellas.</p> | 3 |
| <p>El Sr. V tiene demencia y su capacidad de tomar decisiones relacionadas con la vida diaria est3 gravemente afectada. Vaga por toda la unidad de la residencia a lo largo del d3a. Su capacidad auditiva es extremadamente pobre y se niega a utilizar su aud3fono. El contacto con otras personas le asusta f3cilmente y no es capaz de quedarse quieto para participar en programas de actividades. Numerosos intentos de reconducir este comportamiento errante han acabado con el Sr. V golpeando y empujando al personal. Con el tiempo, el personal ha observado que el Sr. V est3 m3s contento cuando vaga dentro de un entorno estructurado.</p> | 3 |

E5. Cambio en los síntomas conductuales

Objetivo:

Documentar si los síntomas conductuales o la resistencia a los cuidados mostrada por el residente permanecen estables, aumentan o disminuyen en frecuencia comparándolos con su estado 90 días atrás (o desde la última valoración, si esta tuvo lugar hace menos de 90 días). Deben considerarse los cambios en cualquier área, incluyendo (entre otros aspectos) el comportamiento deambulador, lenguaje ofensivo, agresividad física, comportamiento socialmente inadecuado o resistencia a los cuidados. Si el residente acaba de ser ingresado en el centro, este aspecto incluye cambios durante el período previo a su ingreso.

Definición:

Cambio en los síntomas conductuales - hace referencia al estado (nuevo inicio, mejoría, empeoramiento) de cualquiera de los síntomas descritos en la subsección E4 "Síntomas conductuales". Entre estos cambios se cuentan:

- aumento o disminución **del número** de síntomas conductuales
- aumento o disminución **de la frecuencia** de dichos síntomas conductuales
- aumento o disminución **de la intensidad** de los síntomas conductuales
- aumento o disminución **de la capacidad de alteración** de los síntomas conductuales

Codificación:

Anote "0" (sin cambios) si no ha tenido lugar ningún cambio en los síntomas conductuales. Este código debe utilizarse también para aquellos residentes que no presentan en la actualidad ningún síntoma conductual ni lo presentaban hace 90 días.

Anote "1" (mejoría) si los síntomas conductuales han disminuido de incidencia, frecuencia, intensidad, y no se complican con la aparición de nuevos síntomas conductuales en comparación con el estado del residente 90 días atrás.

Anote "2" (empeoramiento) si ha aumentado la frecuencia o la intensidad de los síntomas conductuales o estos se han visto complicados con la aparición de

nuevos síntomas conductuales en comparación con el estado del residente 90 días atrás.

Ejemplos de cambio de los síntomas conductuales

A pesar de los esfuerzos por proporcionarle apoyo y organización durante los últimos 90 días, la Sra. H sigue acumulando alimentos en su habitación todos los días. El personal comprende las necesidades de esta mujer que anteriormente carecía de hogar pero, dado que han encontrado hormigas y cucarachas en su habitación, sienten la necesidad de reevaluar su planteamiento de los cuidados de esta residente.

Anote "0" para indicar ausencia de cambios desde la última valoración.

Durante el período de valoración de 7 días la Sra. D ha tenido problemas con su ritmo intestinal. Esta residente tenía antecedentes de estreñimiento que empeoraron durante un episodio de neumonía y disminución de la ingesta de líquidos que provocó deshidratación. Durante este tiempo la Sra. D se ha presentado más confusa y apagada. En varias ocasiones, durante el período de valoración se la ha visto sometiendo a una desimpactación fecal y extendiendo sus heces (comportamiento perjudicial/socialmente inadecuado). Durante la exploración física se observó que la Sra. D sufría impactación fecal. Fue sometida a tratamiento suplementado con un régimen intestinal. Este programa logró eliminar los síntomas de comportamiento socialmente inadecuado inducidos por sus molestias. Sin embargo, en cuanto la Sra. D comenzó a sentirse mejor y se hallaba más alerta, reasumió su comportamiento errante anterior (de cuatro meses atrás), volvió a empujar a otras personas y a revolver los cajones de sus armarios.

Anote "0" para indicar ausencia de cambios desde la última valoración.

El Sr. C vaga entrando y saliendo de las habitaciones de los residentes y revuelve sus pertenencias como mínimo una vez al día y en ocasiones con mayor frecuencia. A pesar de este comportamiento, durante las últimas semanas ha resultado más fácil trabajar con él, tras haberse familiarizado con el personal, aunque su comportamiento errante y su manipulación de los objetos ajenos se mantienen, ha dejado de gritar, blasfemar y empujar a los residentes y miembros del personal que intentan interrumpir este comportamiento, a diferencia de su situación hace 90 días.

Anote "1" para indicar mejoría.

Hace 90 días el Sr. R golpeaba con el bastón de forma sonora y repetida sobre la mesa del comedor/habitación de actividades aproximadamente una vez por semana. Durante la última semana el personal ha observado que este síntoma de comportamiento socialmente inadecuado (sonidos molestos) se produce varias veces al día.

Anote 2" para indicar empeoramiento.

6 Sección G. Problemas funcionales físicos y estructurales

La mayoría de los residentes en centros de cuidados prolongados corren cierto riesgo de deterioro físico. La mayoría de estos residentes presentan también múltiples enfermedades crónicas y se ven afectados por diversos factores que pueden afectar gravemente a su autosuficiencia. Por ejemplo, los defectos cognitivos pueden limitar su capacidad o deseo de iniciar o participar en las actividades de autocuidado o pueden limitar la comprensión de las tareas necesarias para completar las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Diversas enfermedades físicas y neurológicas pueden afectar negativamente ciertos factores físicos necesarios para el autocuidado como son la energía, el tono muscular, el equilibrio y la resistencia ósea. Los efectos colaterales de ciertos medicamentos y otros tratamientos pueden contribuir también a una innecesaria pérdida de autosuficiencia.

Debido a estas múltiples influencias de posible efecto negativo es frecuente que tanto los familiares, el personal de atención y el propio residente subestimen las posibilidades reales de rendimiento funcional máximo de éste último. Por tanto, todos los residentes son candidatos a cuidados de rehabilitación aplicados en el centro residencial y dirigidos a mantener y desarrollar su participación en las AVD. Sólo será posible desarrollar planes individualizados de cuidados tras evaluar con exactitud la capacidad de ejecución autónoma del residente y valorar el tipo de apoyo que le prestan otras personas.

G1. AUTONOMÍA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

Objetivo:

Tomar nota del rendimiento en autocuidado del residente durante la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), es decir, qué cosas es capaz de hacer en realidad el residente por sí mismo y qué nivel de ayuda verbal o física le prestan los miembros del personal asistencial, **durante los últimos siete días.**

Definiciones:

Ejecución autónoma de las AVD. Sirve para medir qué cosas hizo en realidad el residente (y no qué cosas sería capaz de hacer) dentro de cada una de las categorías de las AVD a lo largo de los últimos siete días, según una escala basada en el rendimiento.

Movilidad en la cama. Determina cómo adopta el decúbito y se levanta el residente, cómo gira de un lado a otro y cómo cambia de posición mientras permanece en la cama.

Transferencias. Determina cómo se mueve el residente de una superficie a otra, es decir, cómo se desplaza entre la cama, la silla, la silla de ruedas y la bipedestación. De esta definición se excluyen los movimientos hacia o desde el inodoro, que se tratan en el apartado Uso del inodoro; y los movimientos hacia o desde el baño / ducha, que se recogen en el apartado Bañarse.

Deambulación:

- **Deambulación en habitación.** Cómo anda el residente entre dos puntos situados dentro de su habitación.
- **Deambulación en pasillo.** Cómo camina el residente por el pasillo de la unidad, contiguo a su habitación. Si el residente utiliza una silla de ruedas, se considerará su autosuficiencia una vez instalado en dicha silla.

Si el residente utiliza una silla de ruedas, se considerará su autosuficiencia una vez instalado en dicha silla.

Locomoción fuera de la unidad. Cómo se mueve el residente para ir o volver de puntos situados fuera de la unidad (por ejemplo, las áreas de comedor o salas de actividades o de tratamiento). Si el centro sólo dispone de una planta, se define la locomoción fuera de la unidad como la forma en la que el residente se desplaza a áreas distantes del mismo piso. Si utiliza una silla de ruedas, se considerará su autosuficiencia una vez sentado en dicha silla.

Vestirse. Cómo se pone, se abrocha y se quita el residente todas las prendas de ropa, incluyendo cómo se pone o quita prótesis, si tiene.

Comer. Cómo come y bebe el residente, independientemente de su habilidad. Se incluye la ingesta de nutrientes por otros medios (por ejemplo alimentación con sonda, nutrición parenteral total).

Uso del inodoro. Cómo entra y sale el residente del cuarto de aseo, cómo usa el aseo (inodoro, sillico, cuña u orinal), cómo se sienta y se levanta del inodoro (transferencia), cómo se limpia, cambia el pañal, maneja sondas u ostomías y se ajusta la ropa.

Higiene personal. Cómo mantiene el residente su higiene personal, cómo se lava y seca la cara, las manos y el periné. Se incluye en este aspecto cómo se peina, cómo se cepilla los dientes, cómo se afeita o se maquilla. De esta definición queda excluida la higiene personal en baño y ducha, que se considera en el apartado de Bañarse.

Bañarse. Cómo toma el residente un baño completo, una ducha, o un baño por partes, cómo se lava con esponja, cómo entra o sale de la bañera o de la ducha (transferencia). Se excluye de esta definición el lavado de la espalda y el cabello.

Proceso:

Con el fin de favorecer el máximo nivel posible de rendimiento funcional de los residentes, el personal clínico debe identificar en primer lugar qué cosas es capaz de hacer por sí mismo el residente, detectar cuándo el residente recibe ayuda y aclarar qué tipos de ayuda se le prestan (orientación verbal, apoyo físico, etc.).

La ejecución autónoma de las AVD por un residente puede variar de un día a otro, de un turno a otro o dentro del mismo turno. Estas variaciones responden a múltiples causas, entre las que se encuentran el estado de ánimo, el estado físico, la medicación y aspectos de relación (por ejemplo, si el residente tiene preferencia por algún miembro del personal, su rendimiento puede mejorar con el fin de agradarle). Por tanto, la responsabilidad de la persona que realiza la valoración consiste en **captar la imagen global del autorrendimiento del residente** en las AVD a lo largo del período de siete días, 24 horas al día. Es decir, esta valoración no se reduce a anotar cómo ve objetivamente al residente el médico que realiza la valoración, sino que debe tener en cuenta también el rendimiento del residente durante los turnos restantes.

Para cumplir este objetivo, es necesario obtener información de múltiples fuentes, es decir, entrevistar o dialogar con el residente y el personal encargado de la administración directa de cuidados durante los tres turnos, incluyendo fines de semana y revisar la documentación utilizada para comunicarse con el personal en los diversos turnos. Plantee preguntas relativas a todos los aspectos de las definiciones de actividades AVD. Por ejemplo, cuando analice la movilidad en la cama con el auxiliar de enfermería, asegúrese de preguntar concretamente cómo adopta el decúbito el residente y cómo se levanta, cómo gira el residente de un lado a otro y cómo se coloca el residente mientras permanece en la cama. Un residente puede ser independiente en un aspecto de la movilidad en la cama pero requerir considerable ayuda en otro aspecto. Dado que una codificación exacta es importante como base para la toma de decisiones sobre el tipo y nivel de cuidados a aportar, asegúrese de considerar de forma exhaustiva cada una de las definiciones sobre cada actividad.

Las palabras utilizadas en cada opción de codificación pretenden reflejar situaciones de la vida real en centros de cuidados prolongados, donde las ligeras variaciones son frecuentes. En caso de que existan variaciones, la codificación asegura que el residente no será asignado a una categoría excesivamente independiente o dependiente. Por ejemplo, por definición, los códigos 0, 1, 2 y 3 (independiente, supervisión, ayuda limitada y ayuda importante) permiten una o dos excepciones para la administración de cuidados más abundantes. Este punto resulta útil desde el punto de vista clínico y aumenta las probabilidades de que el personal codifique los aspectos de ejecución autónoma en AVD de forma comparable y exacta.

Dado que la valoración de las AVD que se realiza en la Sección G, Problemas funcionales físicos y estructurales, tiene una doble vertiente (Subsección G1, Autonomía en las AVD y Subsección G2, Ayuda facilitada para la realización de las AVD), y que se utiliza una escala distinta en cada una de ellas, es recomendable que se complete la valoración de G1 antes de iniciar la valoración de G2.

Para valorar la autonomía de un residente en las AVD, comience revisando la documentación contenida en la historia clínica. Hable con el personal de cada uno de los turnos para determinar qué es capaz de hacer por sí mismo el residente en cada una de las actividades de las AVD, así como el tipo y nivel de ayuda aportado por el personal de atención directa. Como se señaló con anterioridad, permanezca atento a diferencias de rendimiento del residente de un turno a otro y aplique los códigos de AVD necesarios para reflejar estas diferencias. Por ejemplo, un residente puede ser independiente en cuanto a uso del inodoro durante el día pero puede precisar ayuda física en descarga todas las noches. En este caso, el residente sería calificado con el código "2" (Ayuda Limitada) en el ítem G1I, Uso del inodoro.

La tabla siguiente aporta directrices generales para la exacta valoración de G1 Ejecución autónoma de AVD y de G2 ayuda facilitada para AVD.

Directrices de evaluación de ejecución autónoma de AVD y ayuda facilitada para las AVD

Las escalas de los aspectos G1 y G2 se utilizan para anotar el nivel actual de implicación del residente en su propio autocuidado y el tipo y cantidad de apoyo recibido en realidad por el residente durante los últimos siete días.

No debe anotar su propia valoración de la capacidad de implicación del residente en su autocuidado (es decir, aquello que usted considera que el residente sería capaz de hacer por sí mismo basándose en sus atributos físicos o habilidades demostradas).

La valoración de las posibles capacidades del residente se trata en la Sección G8 (Potencial de Rehabilitación funcional para las AVD).

Debe anotar cuáles son los datos reales y no los ideales.

No debe anotar el tipo o nivel de ayuda que el residente debería recibir según el plan de cuidados escrito. El tipo y nivel de ayuda recibidos en realidad por el residente podría resultar bastante distintos del que se indica en dicho plan

Analice el rendimiento funcional del residente en las AVD con los miembros del personal encargado de la administración directa de cuidados a lo largo de todos los turnos que hayan tratado al residente durante los últimos siete días. Recuerde al personal que el análisis debe centrarse exclusivamente en los últimos siete días. Para aclarar su propia comprensión y observaciones sobre cada una de las actividades de las AVD (movilidad en la cama, deambulación, transferencias, etc.), plantee una serie de preguntas que vayan desde aspectos más generales hacia aspectos más concretos.

Codificación:

Para cada categoría AVD, utilice la respuesta adecuada según el rendimiento real del residente durante los últimos siete días. Anote el código de G1, señalado con la expresión AUTONOMÍA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. Considere el rendimiento del residente durante todos los turnos, puesto que su capacidad funcional puede variar a lo largo del día.



En las páginas que siguen se presentan dos tipos de instrucciones suplementarias para ayudarle a utilizar este código: un sistema de puntuación de la autonomía en AVD y una serie de ejemplos para cada AVD.

0. Independiente. No precisa ayuda ni supervisión del personal o sólo ha precisado ayuda/supervisión del personal una o dos veces durante los últimos siete días.

1. Supervisión. El residente ha precisado supervisión, apoyo u orientación tres o más veces durante los últimos siete días o supervisión (tres o más veces) y ayuda física sólo una o dos veces durante los últimos siete días.

2. Ayuda limitada. El residente se muestra muy implicado en la actividad y ha recibido ayuda física para guiar el movimiento de las extremidades o algún otro tipo de ayuda en descarga tres o más veces o un nivel superior de ayuda sólo una o dos veces durante los últimos siete días.

3. Ayuda importante. Aunque el residente ha llevado a cabo parte de la actividad a lo largo de los últimos siete días, se ha prestado ayuda de los siguientes tipos en tres ó más ocasiones:

- Se ha prestado apoyo en carga tres o más veces.
- Realización completa de la actividad por el personal (tres o más veces) durante parte de los últimos siete días, pero no de la totalidad.

4. Dependencia total. Realización completa de la actividad por el personal durante el período completo de siete días. El residente no ha participado en absoluto en ningún aspecto de la definición AVD.

Por ejemplo: Para que un residente se considere totalmente dependiente en Comer, es preciso haberle administrado todos los alimentos sólidos y líquidos durante todas las comidas (incluyendo la administración total por el personal de la alimentación por sonda) y es preciso que el residente no haya iniciado en ningún momento ninguna subtask relacionada con la alimentación (por ejemplo coger alimentos con los dedos, alimentarse a sí mismo por la sonda o ayudar en el procedimiento) en ninguna de las comidas.

8. La actividad no se produjo durante todo el período de 7 días. A lo largo de los últimos siete días, la actividad AVD no fue realizada ni por el residente ni por el personal, en otras palabras, esta actividad en concreto no se produjo en absoluto.

Cuando se anota el código "8" para cierta categoría de Ejecución autónoma de AVD (G1), debe anotarse el código "8" en Ayuda facilitada para las AVD (G2), para la misma categoría.

Por ejemplo: La definición de Vestido hace referencia al uso de ropa de calle. Si durante el período de siete días el residente no utilizó ropa de calle, el código correspondiente sería el "8" (es decir, la actividad no se produjo en absoluto durante los últimos siete días). Del mismo modo, un residente obligado a permanecer en cama durante todo el período de siete días sin moverse en absoluto de la misma debería calificarse con el código "8" en Transferencias.

Sin embargo, no debe confundirse la dependencia total del residente en una actividad AVD (código "4" Dependencia total) con el hecho de que la propia actividad no se produzca. Por ejemplo, incluso un residente alimentado por sonda que no recibe ningún alimento sólido ni líquido por vía oral participa en la función de alimentación (recibir alimentos) y debe valorarse en la categoría Comer para determinar el nivel de ayuda que precisa en este proceso. Un residente claramente implicado en su propia alimentación por sonda no es totalmente dependiente y no debe calificarse con el código "4".

Cada uno de estos códigos de G1 "Autonomía en las AVD" es exclusivo. **No existe solapamiento entre las diversas categorías.** Para pasar de una categoría de ejecución autónoma a otra es preciso un aumento o una disminución del número de veces que el residente precisa ayuda.

Por tanto, para pasar de Independiente a Supervisión o a Ayuda limitada, es preciso que la supervisión o ayuda física en descarga aumente de una o dos veces hasta tres o más veces durante los últimos siete días.

Ejemplos

El residente recibe supervisión para andar por el pasillo en dos ocasiones y ayuda en descarga en dos ocasiones.

Anote "1", Supervisión para andar por el pasillo.

El residente recibe supervisión para vestirse en una ocasión, ayuda en descarga (es decir, colocarse el sombrero) en dos ocasiones y ayuda en carga (es decir, introducir el brazo del residente en una manga) en una ocasión durante los últimos siete días.

Anote "2", Ayuda limitada para vestirse.

TABLA RESUMEN DE CODIFICACIÓN DE G1. AUTONOMÍA EN LAS AVD

| TIPO DE AYUDA | NUNCA | 1 ó 2 VECES | 3 ó más VECES | PARTE DE LOS 7 DÍAS | LOS 7 DÍAS | NO SE REALIZA |
|-----------------------------------|-------|-------------|---------------|---------------------|------------|---------------|
| SUPERVISIÓN | 0 | 0 | 1 | | | |
| AYUDA SIN SOPORTE DE PESO | 0 | 1 | 2 | | | |
| AYUDA CON SOPORTE DE PESO | | 2 | 3 | | | |
| AYUDA TOTAL | | | | 3 | 4 | |
| NO SE REALIZA LA ACTIVIDAD | | | | | | 8 |

CÓDIGOS:

- 0. INDEPENDIENTE
- 1. SUPERVISIÓN
- 2. AYUDA LIMITADA
- 3. AYUDA IMPORTANTE
- 4. DEPENDENCIA TOTAL
- 8. LA ACTIVIDAD NO TUVO LUGAR



G2. AYUDA FACILITADA PARA LA REALIZACIÓN DE LAS AVD

Objetivo:

Anotar el tipo y nivel superior de ayuda facilitada al residente en cada AVD durante los últimos siete días.

Definiciones:

Ayuda facilitada para la realización de las AVD. Mide el máximo nivel de ayuda prestada por el personal durante los últimos siete días, incluso en aquellos casos en los que dicho apoyo sólo se haya prestado una sola vez.

Ayuda preparatoria. En sus valoraciones, será necesario que considere también el tipo de ayuda que se conoce como Ayuda preparatoria (por ejemplo, colocación del peine, el cepillo, el cepillo de dientes y el dentífrico en el lavabo por la auxiliar de enfermería). Es el tipo de ayuda que se caracteriza por facilitar al residente los artículos, dispositivos o la preparación necesarios para lograr su máximo autotendimiento en una actividad determinada. En este concepto se incluyen aquellos casos en los que el residente toma de manos del personal un elemento u objeto determinado. La ayuda preparatoria se anota en el esta subsección G2.

G2 Ayuda facilitada para la realización de las AVD, emplea una escala diferente y totalmente independiente de la escala de valoración de G1 Ejecución autónoma de las AVD.

Quando se esté realizando la valoración de la capacidad de ejecución autónoma del residente (G1), la ayuda preparatoria no deberá tenerse en cuenta. Por ejemplo: si un residente se asea de forma independiente después de haberle preparado los elementos necesarios, anotará "0" (Independiente) en el ítem Higiene personal.



Ejemplos de Ayuda preparatoria

Para la movilidad en la cama:

Acercar al residente la barra del trapecio.

Para el traslado:

Facilitar al residente una tabla de traslado o fijar las ruedecillas de la silla de ruedas para trasladar al residente con seguridad.

Para la locomoción:

Deambulación. Facilitar al residente un andador o bastón.

Deambulación en silla de ruedas. Quitar los frenos de la silla de ruedas o ajustar los pedales para facilitar el movimiento de los pies mientras el residente se halla en la silla de ruedas.

Para vestirse:

Tomar la ropa del armario y colocarla sobre la cama del residente; dar una camisa al residente.

Para comer:

Cortar la carne y abrir los recipientes durante las comidas; dar al residente un tipo de alimento a la vez.

Para el uso del inodoro:

Entregar al residente una cuña o poner a su alcance los artículos necesarios para cambiar la bolsa de colostomía.

Para la higiene personal:

Facilitar los artículos de aseo.

Para el baño:

Colocar los artículos necesarios al lado de la bañera/ducha y al alcance del residente; dar una toalla al residente tras acabar el baño.

Proceso:

Para cada categoría de AVD, anote el código **correspondiente a la máxima cantidad de apoyo recibido por el residente durante los últimos siete días, independientemente de su frecuencia**, en la subsección G2, AYUDA FACILITADA PARA LA REALIZACIÓN DE LAS AVD.

Asegúrese de que su valoración tiene en cuenta todos los turnos de enfermería, 24 horas al día, incluyendo los fines de semana.

Anote este código independientemente de la valoración de G1, Ejecución autónoma del residente.

Codificación:

El código más alto de ayuda física en esta categoría (aparte del código "8") es el "3" y no el "4", a diferencia de lo que sucede en Ejecución autónoma.

0. No precisó preparación ni ayuda física del personal. Ausencia de ayuda física o preparatoria del personal.

1. Sólo ayuda para la preparación del material. El residente recibe exclusivamente ayuda preparatoria, es decir, los materiales o dispositivos necesarios para desarrollar de forma autónoma la actividad.

2. Ayuda física de una sola persona.

3. Ayuda física de dos o más personas.

8. La actividad de la AVD no se produjo durante el período de 7 días. A lo largo de los últimos siete días, la actividad de la vida diaria no fue realizada ni por el residente ni por el personal, en otras palabras, la actividad no se produjo en absoluto.

Cuando se anota el código "8" para cierta categoría de Apoyo prestado en AVD (G2), debe haberse anotado el código "8" para Ejecución autónoma de AVD (G1) en la misma categoría.

Los ejemplos de AVD que siguen, aclaran la codificación tanto de la Ejecución autónoma (G1) como del Apoyo prestado (G2). Las respuestas se localizan a la derecha de las descripciones de los casos de residentes. Cubra las respuestas, lea el ejemplo y proceda a su valoración. Después compare sus respuestas con las que acompañan a los ejemplos.



Ejemplos de codificación de actividades de la vida diaria

| MOVILIDAD EN LA CAMA | | |
|---|-----|-----|
| Autoejecución (G1) y Ayuda facilitada para AVD (G2) | G1A | G2A |
| <p>El residente era físicamente capaz de cambiar de posición en la cama pero tendía a permanecer en decúbito lateral izquierdo. Era preciso controlarlo y recordarle con frecuencia que cambiase de postura mientras estuviese en la cama.</p> | 1 | 0 |
| <p>El residente recibía supervisión y orientación verbal sobre el uso del trapecio para la realización de todos sus cambios posturales en la cama. En dos ocasiones en las que tenía los brazos cansados, recibió ayuda física más intensa por parte de dos personas.</p> | 1 | 3 |
| <p>El residente suele cambiar por sí mismo de postura en la cama. Sin embargo, debido a que duerme con la cabecera de la cama levantada a 30 grados, en ocasiones se desliza hacia los pies de la cama. En tres ocasiones la auxiliar de enfermería del turno de noche le ayudó a cambiar de postura proporcionándole apoyo en carga mientras flexionaba las rodillas y empujaba contra el tablero de los pies.</p> | 3 | 2 |
| <p>Para volverse, el residente siempre comenzaba intentando apoyarse en una de las barras laterales. A diario, recibió ayuda física de una persona para dirigir sus piernas hacia la nueva posición y completar la vuelta dirigiéndolo con una sábana (utilizando ayuda en carga).</p> | 3 | 2 |
| <p>El residente se volvía sobre su lado izquierdo siempre que lo deseaba. Debido a una paresia del lado izquierdo precisaba ayuda física en carga de 1-2 personas para volverse sobre su lado derecho o sentarse en la cama.</p> | 3 | 3 |
| <p>Debido a deformidades articulares graves y dolorosas, la residente era totalmente dependiente de dos personas para cualquier cambio postural en cama. Aunque no era capaz de contribuir físicamente al proceso de cambio postural, sí era capaz de orientar al personal sobre la posición que deseaba asumir y en qué momento se sentía cómoda.</p> | 4 | 3 |



TRANSFERENCIAS

Autoejecución (G1) y Ayuda facilitada para AVD (G2)

G1B

G2B

A pesar de haber sufrido una amputación bilateral por encima de la rodilla, el residente **casi siempre** pasaba de forma **independiente** desde la cama a la silla de ruedas (y de nuevo a la cama) utilizando una tabla de traslado que tomaba por sí mismo de la mesilla auxiliar situada junto a la cama. **En una ocasión** durante la última semana, el personal tuvo que **recordar** al residente que tomase la tabla de traslado. **En otra ocasión**, el residente **fue levantado** por un miembro del personal de la silla de ruedas para volver a llevarlo a la cama.

2

2

El residente fue físicamente **independiente** en todos los traslados. Sin embargo, no se levantaba por las mañanas hasta que la **auxiliar** de enfermería **quitase** la colcha y **levantase la barra** lateral de su cama.

0

1

En cuanto **alguien colocaba** correctamente la silla de ruedas en posición y fijaba las ruedas, el residente pasaba de forma **independiente** de la cama a la silla de ruedas y viceversa.

0

1

El residente era capaz de pasar de forma **independiente** a la butaca pero siempre precisó que alguna persona le **orientase** sobre cómo entrar y salir de la cama con seguridad.

1

0

Su capacidad de traslado variaba de un día a otro. En algunas ocasiones el residente no precisaba ayuda en absoluto y en otras requería ayuda intensa en carga de una persona.

3

2



| DEAMBULACIÓN | | |
|--|------------|------------|
| Autoejecución (G1) y Ayuda facilitada para AVD (G2) | G1C | G2C |
| Deambulaci3n en la habitaci3n | | |
| El residente camina por su habitaci3n mientras se sujeta del mobiliario para sostenerse. | 0 | 0 |
| El residente camina de forma independiente durante el d3a y recibe la ayuda f3sica en descarga de una persona para llegar al cuarto de ba3o de su habitaci3n durante la noche. | 2 | 2 |
| El residente recibe la ayuda f3sica en descarga de una sola persona cada vez que precisa deambular por su propia habitaci3n. | 2 | 2 |
| El residente no camina pero se desplaza en silla de ruedas de forma independiente por su habitaci3n. | 8 | 8 |
| Deambulaci3n por el pasillo | | |
| Una residente t3mida y aprensiva suele ser f3sicamente independiente durante la deambulaci3n. Durante la 3ltima semana ha tenido mucha ansiedad y miedo de caerse, por lo que ha recibido apoyo y aliento de otra persona que caminaba junto a ella mientras regresaba a su habitaci3n tras haber comido en el comedor de la unidad. | 1 | 0 |
| Una residente con amnesia caminaba de forma independiente por el pasillo de la unidad a pesar de utilizar un andador. Varias veces al d3a dej3 el andador en el cuarto de ba3o, en el comedor, etc., precisando que alguna persona se lo devolviese y le recordase que deb3a usarlo por su seguridad. | 1 | 1 |
| El residente se desplaza por el pasillo de la unidad apoy3ndose en un lado sobre el pasamanos de la pared y recibiendo orientaci3n verbal de otra persona. | 1 | 0 |
| El residente camina 2 m. dos veces al d3a por el pasillo fuera de su habitaci3n. Recibe ayuda en carga de una persona cada vez. | 3 | 2 |
| El residente camina dentro de su habitaci3n distancias cortas con ayuda intensa de dos personas pero se desplaza de forma independiente por el pasillo de la unidad utilizando una silla de ruedas. | 8 | 8 |



DESPLAZAMIENTO FUERA DE LA UNIDAD

Autoejecución (G1) y Ayuda facilitada para AVD (G2)

G1F

G2F

El residente caminaba de forma independiente utilizando un bastón para asistir a todas las comidas celebradas en el comedor (fuera de la unidad) y demás actividades sociales y de recreo que tenían lugar en la sala de entretenimientos próxima. Durante el período de valoración no recibió ningún tipo de ayuda física o preparatoria.

0

0

La residente se desplazó caminando de forma independiente hacia el comedor situado fuera de la unidad para acudir a todas las comidas. Para acudir a una consulta en el extremo opuesto del edificio un voluntario la llevó en una silla de ruedas. Fue desplazada hasta la consulta y después de la misma fue devuelta a su unidad.

0

2

La residente camina de forma independiente por la unidad donde reside. Se pierde y le resulta difícil encontrar su habitación pero disfruta parándose a charlar con otras personas. Debido a la posibilidad de que se pierda, siempre la acompaña un miembro del personal durante sus paseos diarios alrededor del centro.

1

0

El residente no ha salido de la unidad donde reside durante el período de valoración de 7 días.

8

8



| VESTIRSE | | |
|--|------------|------------|
| Autoejecución (G1) y Ayuda facilitada para AVD (G2) | G1G | G2G |
| <p>La residente solía vestirse por sí misma. Después de sufrir un cuadro convulsivo, precisó ayuda total de varios miembros del personal una vez durante la semana.</p> | 0 | 3 |
| <p>La residente se viste de forma totalmente independiente, salvo que es incapaz de ponerse y quitarse las medias TED. La auxiliar de enfermería le colocó las medias TED cada mañana y se las quitó al acostarse.</p> | 3 | 2 |
| <p>La auxiliar de enfermería aportó ayuda física de carga para vestir a la residente todas las mañanas. Después, a medida que la residente se sentía mejor durante el día (sus articulaciones ganaban flexibilidad), sólo precisaba ayuda del personal para desabrocharse los botones y meter o sacar los brazos de las mangas cada noche.</p> | 3 | 2 |
| <p>Un residente de 147 Kg. precisaba asistencia total de dos personas para vestirse. No participaba en el esfuerzo de introducir los brazos por las mangas, levantar las piernas para ponerse los zapatos, etc.</p> | 4 | 3 |

| COMER | | |
|---|------------|------------|
| Autoejecución (G1) y Ayuda facilitada para AVD (G2) | G1H | G2H |
| <p>La residente se levantaba diariamente después de las 9:00 am, prefería evitar el desayuno y picar algo de fruta fresca durante la mañana. Tomaba el almuerzo y la cena de forma independiente en el comedor principal del centro.</p> | 0 | 0 |
| <p>Un residente alimentado durante mucho tiempo mediante una sonda de gastrostomía era totalmente independiente con respecto a su autoadministración, incluyendo automedicación a través de la sonda, una vez preparada por el personal.</p> | 0 | 1 |
| <p>Un residente con antecedentes de disfagia y ahogamiento, comía de forma independiente siempre que algún miembro del personal se sentase con él durante cada comida (ayuda en espera, en caso necesario).</p> | 1 | 0 |
| <p>El residente está ciego y confundido. Comía de forma independiente en cuanto el personal le orientaba sobre los tipos de alimentos presentes en su bandeja y le indicaba que comiese.</p> | 1 | 1 |
| <p>Un residente con afectación cognitiva comía de forma independiente cuando se le administraba un alimento a la vez y se le controlaba para verificar la ingestión adecuada de cada alimento.</p> | 1 | 1 |
| <p>Un residente, al que resultaba difícil iniciar la actividad, comía siempre de forma independiente después de que alguien dirigiese su mano durante los primeros bocados y después le alentase a continuar.</p> | 2 | 2 |
| <p>Un residente con temblor motor fino era capaz de comer por sí mismo alimentos que no precisaban cuchillo y tenedor (por ejemplo, sándwiches, verduras crudas, rodajas de fruta, galletas) pero siempre recibía supervisión y ayuda física total para la ingestión de líquidos y alimentos que precisasen algún cubierto.</p> | 3 | 2 |



| COMER | | |
|--|-----|-----|
| Autoejecución (G1) y Ayuda facilitada para AVD (G2) | G1H | G2H |
| Una residente se alimentaba controlada por el personal durante el desayuno y el almuerzo pero se cansaba más tarde durante el día. Durante la cena era totalmente alimentada por una auxiliar de enfermería. | 3 | 2 |
| Un residente en proceso de suspensión de la alimentación por sonda de gastrostomía siguió recibiendo cuidados totales durante la alimentación por la sonda dos veces al día. Además, tomaba pequeñas cantidades de alimento por vía oral bajo la supervisión del personal. | 3 | 2 |
| La ingesta completa de un residente consistía en alimentación a través de una sonda de yeyunostomía. La alimentación era administrada por una enfermera. | 4 | 2 |

| USO DEL INODORO | | |
|---|------------|------------|
| Autoejecución (G1) y Ayuda facilitada para AVD (G2) | G1I | G2I |
| <p>El residente utilizaba el inodoro de forma independiente después de ser transferido a una silla de ruedas; utilizaba la cuña de forma independiente por la noche después de que fuera preparada sobre la mesa accesoria.</p> | 0 | 1 |
| <p>En el cuarto de baño, la residente es independiente. Como medida de seguridad, la auxiliar de enfermería permanece fuera de la puerta, controlándola verbalmente de manera periódica.</p> | 1 | 0 |
| <p>La residente utiliza el inodoro de forma independiente pero en ocasiones precisa ayuda física discreta para su higiene y colocarse bien la ropa después. Durante la última semana, la auxiliar de enfermería, le ha proporcionado dicho tipo de ayuda dos veces.</p> | 1 | 2 |
| <p>Mientras está despierta, la residente es llevada al inodoro cada dos horas con discreta ayuda de una persona para todas las actividades relacionadas con el uso del inodoro (por ejemplo vigilancia para su traslado hacia y desde el inodoro, secado de manos, abrochado de botones o cremallera de los pantalones). Preciso cuidados totales por parte de una persona varias veces cada noche tras la aparición de episodios de incontinencia.</p> | 3 | 2 |
| <p>El residente recibía ayuda intensa de dos personas para ser trasladado hacia y desde el inodoro. Era capaz de apoyo parcial en carga y sólo precisaba ayuda en espera para las medidas de higiene (necesitaba que se le facilitase el papel higiénico o los pañales).</p> | 3 | 3 |
| <p>Una residente obesa, con una grave afectación física y cognitiva precisa una grúa mecánica para todos los traslados hacia y desde la cama. Es imposible llevarla al inodoro y es incontinente. Dos personas realizan las medidas necesarias de higiene personal completa como mínimo cada 2 horas.</p> | 4 | 3 |



| HIGIENE PERSONAL | | |
|--|------------|------------|
| Autoejecución (G1) y Ayuda facilitada para AVD (G2) | G1J | G2J |
| <p>Un residente nuevo, en fase de adaptación al centro de cuidados prolongados, prefería dormir en ropa de calle por si se producía un incendio. Utilizaba la misma ropa durante 2-3 días. Se lavaba las manos y la cara de forma independiente y no admitía ayuda de ninguna otra persona en ninguna actividad relacionada con la higiene personal.</p> | 0 | 0 |
| <p>Después de que el personal preparase los elementos de aseo, el residente llevaba a cabo las tareas de higiene personal de forma regular tras recibir instrucciones verbales de una persona durante cada tarea.</p> | 1 | 1 |
| <p>El residente realizaba su higiene personal pero no se hallaba motivado. Recibía orientación diaria y retroalimentación positiva del personal de enfermería para mantenerse limpio y aseado. En cuanto empezaba, era capaz de completar con éxito las diversas tareas a pesar de quedarse solo.</p> | 1 | 0 |
| <p>El residente lleva a cabo todas las tareas de higiene personal salvo el afeitado. El barbero del centro le visita en la unidad tres veces por semana para afeitarle la barba.</p> | 3 | 2 |
| <p>La residente precisaba ayuda total de una auxiliar, todos los días para peinarse y hacerse un moño. Por lo demás, realizaba su higiene personal de forma independiente.</p> | 3 | 2 |

G3. BAÑARSE

El baño es la única de las AVD para la que no sirven los códigos descritos en la Ejecución autónoma de AVD (G1).

Pasamos a describir a continuación un conjunto único de códigos de Ejecución autónoma, que deberán utilizarse sólo en la valoración del baño. Los códigos de Ejecución autónoma de los demás aspectos AVD no son aplicables al baño, dada la frecuencia normal con que la actividad del baño se lleva a cabo durante un período de una semana.

Asumiendo que la frecuencia media de baño durante un período de siete días sería de uno o dos baños, la codificación de los restantes aspectos de Ejecución autónoma de AVD, que permiten una o dos excepciones correspondientes a cuidados más intensos, resultarían en la inclusión inexacta de casi todos los residentes en la categoría de Independientes con respecto al Baño.

Sin embargo, los códigos descritos en Ayuda facilitada para las AVD (G2), siguen siendo válidos para la actividad de Baño.

Objetivo:

Anotar la Ejecución autónoma del residente y el Apoyo que recibe durante el baño/ducha, incluyendo cómo se traslada el residente hacia y desde el baño o ducha.

Definición:

Baño. Este término hace referencia a cómo se baña o ducha el residente, e incluye su transferencia hacia y desde el baño o la ducha. La definición, sin embargo, no incluye el lavado de la espalda ni el cabello.

Codificación:

G3A. Ejecución autónoma para la actividad del baño

Anote la ejecución autónoma del residente con respecto al baño según los códigos que se enumeran más adelante. Durante la valoración, aplique el código que refleje la cantidad máxima de ayuda recibida por el residente durante los episodios de baño.



0. **Independiente.** No precisa ayuda
1. **Supervisión.** Sólo precisa monitorización
2. **Ayuda física limitada exclusivamente al traslado.**
3. **Ayuda física parcial durante la actividad del baño.**
4. **Dependencia total.**
8. **Esta actividad no tuvo lugar durante el período de 7 días.**

G3B. Ayuda facilitada en la actividad del baño

Proceso:

Anote el código **correspondiente a la máxima cantidad de apoyo recibido por el residente durante los últimos siete días, independientemente de su frecuencia.**

Anote este código independientemente de la valoración de G3A, Ejecución autónoma del residente en la actividad de baño.

Codificación:

Recuerde, los códigos descritos en Ayuda facilitada para las AVD (G2), siguen siendo válidos para la actividad de Baño (G3B), y se repiten a continuación.

El código más alto de ayuda física en esta categoría (aparte del código "8") es el "3" y no el "4", a diferencia de lo que sucede en Ejecución autónoma.

0. **No precisó preparación ni ayuda física del personal.** Ausencia de ayuda física o preparatoria del personal.
1. **Sólo ayuda para la preparación del material.** El residente recibe exclusivamente ayuda preparatoria, es decir, los materiales o dispositivos necesarios para desarrollar de forma autónoma la actividad.
2. **Ayuda física de una sola persona.**
3. **Ayuda física de dos o más personas.**



8. La actividad de la AVD no se produjo durante el período de 7 días. A lo largo de los últimos siete días, la actividad no fue realizada ni por el residente ni por el personal, en otras palabras, la actividad no se produjo en absoluto.

Cuando se anota el código "8" en G3B, debe haberse anotado el código "8" para G3A.

A continuación, se muestran ejemplos para la codificación de la ayuda prestada. Valore la máxima cantidad de apoyo proporcionado durante las actividades del baño utilizando la escala de Ayuda facilitada para la realización de AVD(G2).

| BAÑO | | |
|--|------------|------------|
| Ejecución autónoma (G3A) y Ayuda facilitada (G3B) | G3A | G3B |
| El residente recibió orientación y estímulo verbal para ducharse dos veces por semana. En cuanto un miembro del personal acompañaba al residente hasta el cuarto de baño, aquél se bañaba solo con supervisión periódica. | 1 | 0 |
| El lunes, un miembro del personal ayudó a trasladar al residente a la bañera y le lavó las piernas. El jueves, el residente precisó la ayuda física de una persona para entrar en la bañera pero se lavó entero por sí solo. | 3 | 2 |
| El residente tenía miedo de ser levantado con la grúa. La auxiliar de enfermería lo lavaba completamente en la cama dos veces por semana. El residente participa activamente en el lavado. | 3 | 2 |
| En una ocasión, la residente precisó orientación de una persona para colocarse dentro de la bañera. Sin embargo, debido a fluctuaciones en su estado de ánimo, precisó ayuda total para bañarse en otra ocasión. | 4 | 2 |

G6. MODOS DE TRANSFERENCIA Y MOVILIZACIÓN

Objetivo:

Anotar qué tipos de dispositivos o elementos de ayuda precisó el residente para moverse hacia o desde la cama o la silla, así como para moverse en la cama, se han empleado en los últimos siete días.

Definiciones:

G6A. Confinado a la cama todo el tiempo o la mayor parte del tiempo. El residente permanece en la cama o en un sillón en su propia habitación durante 22 horas o más al día. Esta definición incluye también aquellos residentes básicamente confinados a la cama pero autorizados a utilizar el cuarto de baño. Con respecto a la planificación de cuidados esta información resulta útil para identificar aquellos residentes que corren mayor riesgo de desarrollar problemas físicos y funcionales asociados a la limitación de la movilidad, así como afectación cognitiva, conductual y del estado de ánimo relacionada con su aislamiento social.

Codifique este aspecto cuando se haya producido como mínimo en 4 de los últimos 7 días.

G6B. Uso de barras laterales para la movilidad en la cama o su movilización. Hace referencia a cualquier tipo de barras laterales unidas a la cama utilizadas por el residente **como forma de apoyo** para facilitar las maniobras de cambios posturales y volteo en la cama, así como para entrar y salir de la cama.

No señale con una cruz este aspecto si el residente no utiliza las barras laterales con este fin.

G6C. Movilización manual. El residente fue totalmente levantado por una o varias personas.

G6D. Movilización mecánica. El residente fue movilizado mediante un dispositivo mecánico (grúas móviles o fijas).

G6E. Dispositivo de movilización. Incluye objetos como tablas deslizantes, trapecios, bastones, andadores, corsés y otros dispositivos de ayuda.





Codificación:

Señale "1" para cada opción válida. Si ninguna lo es, señale NINGUNA DE LAS ANTERIORES (G6F).

G8. POTENCIAL DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL EN AVD.

Objetivo:

Describir ideas y características relacionadas con el estado funcional del residente que pudieran indicar que éste tiene cierta capacidad de incrementar su independencia e implicación en su propio autocuidado, al menos en algunas áreas de AVD. A pesar de ser muy independiente en una actividad determinada, el residente puede creer que su ejecución autónoma aún es mejorable (por ejemplo caminar distancias más largas, ducharse de forma independiente).

Proceso:

Pregunte al residente si considera que podría ser más autosuficiente si se le diese más tiempo. Escuche y anote la respuesta del residente, aunque no le parezca realista. Además, para determinar si es posible que el residente se supere con el tiempo, pregúntele si su capacidad de llevar a cabo las AVD varía con el tiempo o si la función AVD o el arco de movilidad articular ha empeorado o mejorado durante los últimos tres meses.

Pregunte al personal encargado de proporcionarle los cuidados (por ejemplo auxiliares de enfermería de todos los turnos), que cuidan habitualmente del residente, si creen que es capaz de mayor independencia o si el rendimiento del residente en las AVD varía con el tiempo. Pregunte si la función AVD o el arco de movilidad articular ha empeorado o mejorado durante los últimos tres meses. Quizás debería hacer que el personal considerase ciertos factores, como se refieren a continuación:

- ¿Ha variado la ejecución autónoma de alguna AVD durante la última semana? (Por ejemplo, el residente suele requerir ayuda de dos personas pero en una ocasión fue movilizado hacia fuera de la cama con ayuda de una sola persona).



- ¿Ha realizado el residente alguna actividad con tal lentitud que los miembros del personal han intervenido y desarrollado para él la tarea o actividad?
- ¿Es el residente capaz de incrementar su ejecución autónoma de AVD si se le da más tiempo?, o bien, ¿Es capaz el residente de incrementar su ejecución autónoma cuando las tareas se segmentan en etapas más manejables?
- ¿Se cansa visiblemente el residente durante la mayoría de los días?
- ¿Evita el residente cierta actividad AVD aunque resulte física o cognitivamente capaz de realizarla? Por ejemplo, rehúsa a caminar solo por miedo a caerse, exige que otras personas realicen sus cuidados personales porque pueden hacerlo mejor que él.
- ¿Ha mejorado la ejecución de alguna AVD por parte del residente?

Codificación:

Señale "1" para cada opción válida. Si ninguna lo es, señale NINGUNA DE LAS ANTERIORES (G8E).

A continuación se exponen diversas situaciones de cada uno de los aspectos.

El Sr. N, que sufre afectación cognitiva, recibe ayuda física limitada en locomoción por motivos de seguridad. Sin embargo, piensa que es capaz de caminar solo y con frecuencia se levanta y anda solo cuando los miembros del personal no le ven.

Señale G8A. El residente se cree capaz de mayor independencia, al menos en algunas de las AVD.

La auxiliar de enfermería que se encarga de alimentar totalmente a la Sra. S, ha observado durante la última semana que ha realizado varios intentos de coger alimentos con los dedos. La auxiliar considera que la Sra. S, podría comer de forma más independiente si recibiese supervisión atenta (orientación) en un pequeño grupo de cuidados de restauración en alimentación.

Señale G8B. El personal encargado de la administración directa de cuidados considera que el residente es capaz de aumentar su independencia, al menos, en algunas de las AVD.



La Sra. Y ha demostrado su capacidad de vestirse, aunque ha faltado al desayuno en varias ocasiones porque tarda mucho en organizarse. Por tanto, cada mañana su auxiliar de enfermería la ayuda físicamente a vestirse de forma que pueda estar lista para el desayuno.

Señale G8C. El residente es capaz de realizar las tareas/actividades pero de forma muy lenta.

La Sra. F resultó continente durante los turnos de día mientras recibía supervisión para acudir al inodoro. Durante los turnos de tarde y noche era incontinente porque no recibía ayuda para salir de la cama y acudir al inodoro. Tras sus episodios de incontinencia, el personal encargado de la administración directa de cuidados prestó ayuda total para las maniobras de higiene.

Señale G8D. Existen diferencias en la realización autónoma de las AVD o el apoyo requerido para la ejecución de las mismas, si se compara la mañana con la tarde.

El Sr. L sufre hemiplejía secundaria a ACVA. Recibe ayuda importante en cuanto a movilización en cama, vestido, uso del inodoro, higiene personal y alimentación. Es totalmente dependiente en cuanto a locomoción (silla de ruedas). Siempre que ha intentado incrementar su autosuficiencia su dolor torácico y su disnea han aumentado. Tanto el Sr. L como el personal encargado de la administración directa de cuidados consideran que no es físicamente capaz de implicarse en mayor medida en su autocuidado.

Señale G8E. NINGUNA DE LAS ANTERIORES.



7 Sección H. Continencia durante los últimos 14 días

H1. Grado de continencia

Nota:

Este apartado se diferencia de los otros aspectos de valoración AVD en que el período de revisión se ha ampliado a **14 días**. Se ha comprobado que dicho período de 14 días es el mínimo necesario para obtener una idea exacta de los patrones de continencia intestinal. Por motivos de uniformidad, tanto la continencia intestinal como la vesical se valoran a lo largo de 14 días.

Objetivo:

Determinar y anotar el patrón de continencia (control) intestinal y vesical del residente a lo largo de los últimos 14 días.

Definiciones:

Continencia vesical e intestinal. Este concepto hace referencia al control de la función de la vejiga urinaria y/o el movimiento intestinal. Este aspecto describe el patrón de continencia intestinal y vesical del residente a pesar de que existan planes de visitas programadas al inodoro, programas de entrenamiento de continencia o dispositivos de ayuda. No hace referencia a la capacidad del residente de utilizar por sí mismo el inodoro, es decir, un residente puede recibir un nivel considerable de ayuda en el uso del inodoro y seguir siendo continente, quizás debido a la ayuda del personal. La autonomía del residente en el uso del inodoro se valora en el ítem G1I.

Proceso:

Revise la historia clínica del residente y cualquier gráfica sobre perfiles de excreción urinaria o intestinal (si existe). Compruebe la exactitud de la historia escrita con el residente. Asegúrese de que mantiene estas conversaciones en privado. El control de la función intestinal y vesical es un asunto delicado, especialmente para aquellos residentes que se esfuerzan por mantener dicho control. Muchos residentes con un nivel bajo de control intentarán ocultar sus problemas por vergüenza o miedo al castigo. Otros no comentarán sus problemas al personal

porque consideran (equivocadamente) que la incontinencia es una parte natural del envejecimiento y no puede hacerse nada por resolver dicho problema.

Compruebe el grado de continencia con aquellas personas que mejor conocen al residente (por ejemplo el cuidador principal de la familia de los residentes recién ingresados; el personal encargado de la administración directa de cuidados).

Recuerde que debe considerar los patrones de continencia a lo largo del último período de 14 días, 24 horas al día, incluyendo los fines de semana. Si los turnos del personal cambian con frecuencia, considere la posibilidad de iniciar y mantener una gráfica de eliminación intestinal y vesical con el fin de obtener información más exacta a partir de la cual proyectar sus decisiones y, en último término, planificar los cuidados.

Se utiliza una escala de valoración de cinco niveles para describir el grado de continencia. Observe que en cada categoría se especifican diversas frecuencias de episodios de incontinencia para la vejiga y el intestino. La razón que justifica estas diferencias es que los episodios de micción durante cada día o semana son más frecuentes que los episodios de vaciamiento intestinal.

0. Continente. Control completo (en esta categoría se incluyen los pacientes cuyo control se debe a los cuidados que reciben, por ejemplo, vaciamiento inducido, entrenamiento de hábitos, recordatorios, etc.).

1. Habitualmente continente. Con respecto a la vejiga, se producen episodios de incontinencia una vez por semana o con menor frecuencia; los episodios de incontinencia fecal no llegan a producirse una vez por semana.

2. Ocasionalmente incontinente. Los episodios de incontinencia vesical se producen dos o más veces por semana pero no son diarios; los episodios de incontinencia fecal se producen más de una vez por semana.

3. Frecuentemente incontinente. Los episodios de incontinencia vesical tienden a producirse diariamente, aunque existe cierto control (por ejemplo durante el turno de día). Se producen dos o tres episodios de incontinencia fecal por semana.

4. Incontinente. Su control es inadecuado. Los episodios de incontinencia vesical se producen varias veces al día; el residente sufre incontinencia fecal continua o casi continua.

Codificación:

Elija una respuesta para codificar el grado de continencia vesical y otra para codificar el grado de continencia intestinal del residente durante los últimos 14 días.

Codifique el verdadero grado de continencia vesical e intestinal del residente - es decir, la frecuencia con la que el residente permanece húmedo y seco durante el período de valoración de 14 días. No anote el nivel de control que el residente podría haber logrado en circunstancias óptimas.

En el caso de la incontinencia vesical, la diferencia entre un código "3" (Frecuentemente incontinente) y "4" (Incontinente) estriba en la presencia ("3") o ausencia ("4") de algún grado de control vesical.

Ejemplos de valoración de la continencia vesical

El Sr. Q fue transportado hasta el inodoro después de cada comida, antes de acostarse y una vez durante la noche. No se halló húmedo en ningún momento y se considera continente.

Anote "0" para indicar "Continente" - Vejiga.

El Sr. R. es portador de una sonda vesical durante todo el período de valoración de 14 días. No se halló húmedo en ningún momento y se considera continente.

Anote "0" para indicar "Continente" - Vejiga.

Aunque generalmente tiene capacidad de contener la orina, de vez en cuando (aproximadamente una vez cada dos semanas) la Sra. T no llega al inodoro para orinar a tiempo después de recibir su comprimido diurético diario.

Anote "1" para indicar "Habitualmente continente" - Vejiga.

La Sra. A sufre episodios de incontinencia urinaria cuya frecuencia no llega a ser diaria, especialmente a última hora del día cuando la residente está cansada.

Anote "2" para indicar "Ocasionalmente incontinente" - Vejiga.

El Sr. S está en estado comatoso. Es portador de un catéter externo (tipo colector/condón) para proteger la piel del contacto con la orina. El manejo de este catéter por parte del personal ha resultado difícil y sigue deslizándose. En varias ocasiones se ha intentado cambiar de marca sin éxito. Durante los últimos 14 días el Sr. S se ha hallado húmedo como mínimo dos veces al día durante el turno de día.

Anote "3" para indicar "Incontinente con frecuencia" - Vejiga.

La Sra. U sufre enfermedad de Alzheimer en estadio terminal. Se halla muy débil y presenta rigideces dolorosas en todas las extremidades. Está encamada casi todo el tiempo sobre un colchón de agua especial y cada hora es sometida a cambios posturales para su mayor comodidad. No es capaz de utilizar el inodoro y es incontinente con respecto a la orina en todos los episodios de micción.

Anote "4" para indicar "Incontinente" - Vejiga.

H3. Dispositivos y programas

Definiciones:

H3A. Cualquier plan de horario fijo para ir al inodoro. Plan por el cual los miembros del personal llevan todos los días a horas prefijadas al residente hasta el inodoro, le facilitan un orinal o le recuerdan que debe acudir al inodoro. En este concepto se incluye el entrenamiento de hábitos y/o la micción inducida.

H3B. Programa de reentrenamiento vesical. Programa de reentrenamiento por el cual se enseña al residente a que se resista a la urgencia de la micción o la retrase conscientemente. Se anima a los residentes a realizar la micción de forma programada en lugar de realizarla según su propia urgencia. Esta forma de entrenamiento se utiliza para tratar la incontinencia urinaria debida a inestabilidad vesical.

H3C. Sonda externa (colector/condón). Dispositivo de colección de orina que se lleva sobre el pene.

H3D. Sonda vesical permanente. Sonda que se mantiene en el interior de la vejiga con el fin de proceder a la obtención continua de orina. En este concepto se incluyen aquellos catéteres que se introducen a través de la uretra o por incisión suprapúbica.

H3E. Sonda intermitente. Sonda que se utiliza periódicamente para extraer orina de la vejiga. Este tipo de sonda suele retirarse inmediatamente después de haberse vaciado la vejiga. Este concepto incluye el cateterismo intermitente realizado tanto por profesionales como por el residente. El cateterismo puede darse como fenómeno aislado (por ejemplo, para obtener una muestra estéril) o formar parte de un programa de vaciamiento vesical (por ejemplo, por turnos en un residente con musculatura vesical hipoactiva o no contráctil).

H3F. No utilizó inodoro/cuña/orinal. El residente no utilizó ninguno de estos elementos durante los últimos 14 días.

H3G. Uso de empapadores. Cualquier tipo de absorbente o material desechable o reutilizable utilizado por el propio residente (por ejemplo, pañales) o colocado sobre la cama o la silla para proteger al residente de su incontinencia. En este concepto no se incluye el uso habitual de empapadores en la cama en aquellos residentes que rara vez o nunca son incontinentes.

H3H. Enemas/irrigación. Cualquier tipo de enema o sistema de irrigación intestinal, incluyendo las irrigaciones de ostomía.

H3I. Presencia de ostomía. Cualquier tipo de ostomía del tubo digestivo o las vías urinarias.

Proceso:

Consulte la historia clínica. Consulte a la auxiliar de enfermería y al residente. Asegúrese de preguntar por el uso de aquellos elementos que habitualmente no se ven por llevarse bajo la ropa de calle (por ejemplo, pañales).

Codificación:

Señale "1" para cada opción válida. Si ninguna lo es, señale NINGUNA DE LAS ANTERIORES.

8 Sección I. Diagnóstico de enfermedades

Objetivo:

Documentar la presencia de enfermedades que se utilizan para la clasificación de los diferentes grupos RUG III o para desencadenar algún PIA. En este apartado no deben incluirse aquellos trastornos que se han resuelto o que han dejado de afectar al plan de cuidados o al funcionamiento del residente. En algunos centros, el personal clínico y los médicos descuidan la actualización de diagnósticos "activos" del residente. Puede existir también cierta tendencia a prolongar antiguos diagnósticos que han quedado resueltos o que han dejado de repercutir en el plan de cuidados del residente. Una de las funciones más importantes de la valoración CFR consiste en producir una imagen exacta y actualizada del estado de salud del residente.

I1. Enfermedades

Definiciones:

I1A. Diabetes mellitus. En esta definición se incluyen la diabetes mellitus dependiente de insulina (DMID) y la diabetes mellitus controlada con dieta o fármacos (DMNID).

I1J. Vasculopatía periférica. Enfermedad vascular de las extremidades inferiores que puede tener origen arterial y/o venoso.

I1R. Afasia. Trastorno del lenguaje provocado por una enfermedad o lesión del cerebro que provoca dificultad para expresar el pensamiento (es decir, hablar, escribir) o para comprender el lenguaje hablado o escrito.

I1S. Parálisis cerebral. Parálisis debida a defectos cerebrales del desarrollo o traumatismo obstétrico.

I1V. Hemiplejia/hemiparesia. Parálisis total o parcial (afectación temporal o permanente de la sensibilidad, la función o la movilidad) de ambas extremidades del mismo lado del cuerpo. Generalmente se debe a hemorragia cerebral, trombosis, embolia o tumor. Debe existir el diagnóstico de hemiplejia o hemiparesia en la historia clínica del residente.

I1Z. Tetraplejia. Parálisis (afectación temporal o permanente de la sensibilidad, la función o la movilidad) de las cuatro extremidades. Generalmente se debe a hemorragias cerebrales, trombosis, embolias, tumores o lesiones medulares. Debe existir el diagnóstico de tetraplejia en la historia clínica del residente.

Proceso:

Consulte la documentación de traslado y la historia clínica (sin olvidar los órdenes de tratamiento actuales y los planes de cuidados de enfermería). Si el residente ha ingresado desde un hospital de cuidados agudos o rehabilitación, los impresos de alta con frecuencia enumeran los diagnósticos y los códigos CIE 9 válidos durante su estancia hospitalaria. Si estos diagnósticos siguen siendo activos, anótelos en el cuestionario CFR. Además, acepte aquellas afirmaciones del residente que parezcan tener relevancia clínica.

La participación del médico en esta parte del proceso de valoración resulta vital. La revisión completa por un médico de la valoración CFR más reciente o su participación en la valoración en curso puede resultar muy útil. Para el médico, la valoración CFR realizada por el personal del centro puede aportar ideas que de otro modo no habrían sido posibles. Para el personal, los comentarios informados del médico pueden sugerir nuevas líneas de exploración, o pueden ayudar a confirmar observaciones previas o sugerir la necesidad de seguimiento adicional.

Señale cada uno de los ítems sólo en caso de que la enfermedad tenga relación con el estado actual de las AVD, el estado cognitivo, el estado conductual, el tratamiento médico, la monitorización de enfermería o el riesgo de muerte. Por ejemplo, no es necesario señalar "hipertensión" si se produjo un episodio de hipertensión varios años atrás, salvo que dicha hipertensión esté siendo controlada en la actualidad con medicación, dieta, bioretroalimentación, etc., o esté siendo controlada de forma regular para prevenir una posible recidiva.

Codificación:

No anote ningún trastorno que haya sido resuelto o que haya dejado de afectar al plan de cuidados o al estado funcional del residente.

Señale "1" para cada opción válida. Si ninguna lo es, señale NINGUNA DE LAS ANTERIORES.

Si dispone de información más detallada en la historia clínica para realizar un diagnóstico más definitivo de lo que se solicita en la lista que aparece en el Apartado I1, señale el diagnóstico más general en I1 y anote el diagnóstico más detallado (con el código CIE-9 MC) en el Apartado I3.

Consulte la documentación de traslado del residente (en el caso de nuevos ingresos o reingresos) y la historia clínica actual incluyendo los planes de cuidados de enfermería actuales. En ocasiones ciertos diagnósticos no habrán quedado documentados en la historia clínica. En estos casos, como ya se ha indicado, acepte aquellas afirmaciones del residente que parezcan tener validez clínica.

Por ejemplo: Si un nuevo residente afirma que sufría una depresión importante y estaba siendo tratado por un psiquiatra privado en su domicilio, esta información podría haber sido pasada por alto si no hubiese quedado recogida en la historia que acompaña al residente desde el hospital de cuidados agudos al centro de cuidados prolongados.

I2. Infecciones

Definiciones:

I2E. Neumonía. Inflamación de los pulmones; generalmente de origen bacteriano o vírico.

I2G. Septicemia. Trastorno asociado al crecimiento de bacterias en la sangre.

I2J. Infección de vías urinarias. Incluye infecciones sintomáticas agudas y crónicas durante los últimos 30 días. Sólo debe señalar este aspecto si existe documentación actual que lo confirme y hallazgos significativos de pruebas de laboratorio en la historia clínica.

Proceso:

Consulte la documentación de traslado y la historia clínica del residente (incluyendo las órdenes de tratamiento actuales y los planes de cuidados de enfermería). Acepte aquellas afirmaciones del residente que parezcan tener vigencia clínica.

Codificación:

Sólo debe señalar algunos de estos aspectos si la infección se relaciona con el estado actual de las AVD, el estado cognitivo, el estado de ánimo y el comportamiento, el tratamiento médico, la monitorización de enfermería o el riesgo

de muerte. No debe anotar ningún trastorno que haya sido resuelto ya o que haya dejado de afectar al estado funcional o plan de cuidados del residente.

Señale "1" para cada opción válida. Si ninguna lo es, señale NINGUNA DE LAS ANTERIORES.

Si en la historia clínica existe información más detallada y, por tanto, es posible establecer un diagnóstico más concreto que los enumerados en el Apartado I2, señale el recuadro adecuado en I2 y anote la información más detallada (con el código CIE-9 MC) en I3.

I3. Otros diagnósticos actuales y códigos CIE-9

Objetivo:

Identificar trastornos no enumerados en los aspectos I1 e I2 que afecten al estado actual de AVD del residente, a su estado de ánimo y comportamiento, a su tratamiento médico, monitorización de enfermería o riesgo de muerte. Además, anotar denominaciones más específicas para las clases generales de enfermedades enumeradas en los apartados I1 e I2.

Esta sección no forma parte en CFR del CMBD sino que se recoge de forma separada en una solapa específica de la aplicación informática CFR. Esto permite la recogida complementaria de información clínica aunque no se utilice en el cálculo de los grupos RUG III ni para los PIA.

La persona a la que se asigne la anotación de estos códigos debe estar familiarizada con el sistema de codificación CIE-9 MC. Debe utilizarse el catálogo existente en la solapa de CIE-9 existente en la aplicación informática CFR.

⑨ Sección J. Trastornos de la salud

J1. Problemas relacionados con el estado de salud

Este apartado sirve para anotar cualquier síntoma o problema específico que afecte o pudiera afectar al estado funcional o a la salud del residente, así como para identificar factores de riesgo de enfermedad, accidente y deterioro funcional.

La valoración se realiza los últimos 7 días salvo cuando se especifica otro marco temporal.

INDICADORES DEL ESTADO HÍDRICO

Con frecuencia resulta difícil detectar cuándo una persona mayor crónicamente enferma y debilitada experimenta deshidratación o una sobrecarga de líquidos capaz de precipitar una insuficiencia cardíaca congestiva. Existen varias formas de valorar este problema, especialmente en residentes incapaces de reconocer o referir los síntomas más frecuentes de la variación hídrica. Se trata de los siguientes:

Definiciones:

J1A. Aumento o pérdida de peso igual o superior a 1,5 Kg. Este dato sólo puede determinarse en residentes que se pesan siguiendo la misma técnica como mínimo una vez por semana. Sin embargo, dado que no es necesario pesar a la mayoría de los residentes con una periodicidad semanal, será muy difícil determinar en estos casos si se ha producido un incremento o una pérdida de peso igual o superior a 3 Kg. En estos casos, deje este aspecto en blanco.

J1B. Incapacidad de permanecer acostado debido a la disnea. El residente se halla incómodo en decúbito supino. Es necesario facilitarle más de una almohada o levantar la cabecera de la cama mecánicamente para facilitarle la respiración. Este síntoma con frecuencia se asocia a la sobrecarga de líquidos. Si el residente presenta disnea mientras no está en decúbito supino, deberá señalarse también el aspecto J1L "Disnea". Si el residente no sufre disnea cuando se sienta con la espalda recta (por ejemplo si está bien cuando utiliza dos almohadas o se sienta con la espalda levantada) no deberá señalar el aspecto J1L.

J1C. Deshidratación; las pérdidas superan la ingesta. Señale este aspecto si el residente presenta dos o más de los siguientes indicadores:

- El residente suele consumir una cantidad de líquidos inferior a los 2.500 ml. diarios recomendados (agua o líquido contenido en bebidas y agua contenida en los alimentos).
- El residente muestra signos clínicos de deshidratación.
- La pérdida de líquido del residente supera la cantidad de líquido que ingiere (por ejemplo pérdidas asociadas a vómitos, fiebre, diarrea que supera la reposición de líquidos).

J1D. Escasez de líquidos. NO consumió todos o casi todos los líquidos proporcionados durante los ÚLTIMOS 3 DÍAS. Entre los líquidos se cuentan el agua, los jugos, el café, las gelatinas y las sopas.

OTROS

Definiciones:

J1E. Delirios. Ideas falsas y fijas no compartidas por otras personas que el residente mantiene a pesar de que existan evidentes signos que las refutan (por ejemplo el residente cree sufrir una enfermedad terminal; cree que su esposa le es infiel; piensa que el alimento servido en el centro está envenenado).

J1F. Mareo/vértigo. El residente experimenta una sensación de inestabilidad asociada a la sensación de que su entorno o él mismo están girando.

J1G. Edema. Acumulación excesiva de líquido en los tejidos, ya sea localizado o generalizado (sistémico). Incluye todos los tipos de edema (edema declive, pulmonar, con fóvea).

J1H. Fiebre. La presencia de temperatura rectal por encima de (38°C) se considera significativa en los ancianos que residen en centros de cuidados prolongados. Muchos ancianos débiles presentan temperaturas basales rectales normalmente bajas. Se diagnostica la presencia de fiebre cuando la temperatura del residente supera en aproximadamente 1,5 grados la temperatura basal.

J1I. Alucinaciones/ilusiones. Percepciones falsas que se producen en ausencia de ningún estímulo real. Las alucinaciones pueden ser auditivas (por ejemplo, escuchar voces), visuales (por ejemplo, ver personas o animales), táctiles (por ejemplo, sentir cómo se deslizan unos bichos sobre la piel), olfativas (por ejemplo, oler vapores venenosos) o gustativas (por ejemplo, percibir sabores extraños).

J1J. Hemorragia interna. La hemorragia puede ser evidente (detectada por la presencia de sangre roja brillante) u oculta (por ejemplo, detección de resultado positivo en la prueba de sangre en heces). Entre los indicadores clínicos se cuentan la presencia de heces negras alquitranadas, vómitos (en posos de café), hematuria (sangre en orina), hemoptisis (esputo manchado de sangre) y epistaxis grave (hemorragia nasal).

J1K. Broncoaspiraciones recurrentes en los ÚLTIMOS 90 DÍAS. Obsérvese el período de tiempo ampliado. Con frecuencia se producen en residentes con problemas para la deglución o en aquellos que se alimentan por sonda (es decir, pacientes propensos al reflujo esofágico del contenido gástrico). Como indicadores clínicos se puede citar la tos productiva, la disnea y las sibilancias. No es necesario disponer de una confirmación radiográfica de aspiración pulmonar para señalar este aspecto.

J1L. Disnea. Dificultad respiratoria en reposo, con la actividad o en respuesta a una enfermedad o ansiedad. Si el residente presenta disnea mientras se halla en decúbito, deberá señalar también el aspecto J1B "Incapacidad de mantenerse acostado debido a disnea".

J1M. Síncope (desmayo). Pérdida transitoria de la consciencia, que se caracteriza por falta de respuesta y pérdida del tono postural, con recuperación espontánea.

J1N. Marcha inestable. Marcha asociada a cierto riesgo de caída. La marcha inestable presenta múltiples formas. El residente puede parecer desequilibrado o caminar tambaleándose. Otras marchas pueden incluir movimientos descoordinados o en sacudida. Como ejemplos de marchas inestables pueden citarse las marchas rápidas con movimientos amplios y descuidados; las marchas anormalmente lentas con pasos cortos arrastrando los pies o marchas de base ancha con pasos interrumpidos y tentativos.

J1O. Vómitos. Regurgitación del contenido gástrico; puede responder a cualquier etiología (por ejemplo, toxicidad farmacológica; gripe; causas psicógenas).

Proceso:

Pregunte al residente si ha experimentado alguno de los síntomas enumerados durante los últimos siete días (o periodo específico). Revise la historia clínica (incluyendo el plan de cuidados de enfermería actualizado) y consulte a los miembros del personal del centro y a los familiares del residente, si éste es incapaz de responder. Es posible que el residente no se queje a los miembros del personal ni a otras personas, y atribuya estos síntomas "a la edad". Por lo tanto, es importante



preguntar y observar al residente, directamente si es posible, puesto que los problemas de salud experimentados por aquel con frecuencia pueden remediarse.

Codificación:

Señale con "1" todos los trastornos que se hayan producido durante los últimos siete días, salvo que se indique lo contrario (es decir, las broncoaspiraciones deberán indicarse durante los últimos 90 días). Si no procede señalar ninguno de estos trastornos, señale *NINGUNO DE LOS ANTERIORES*.

J4. Accidentes

Objetivo:

Determinar el riesgo que tiene el residente de sufrir caídas o lesiones en el futuro. Las caídas son una frecuente causa de morbilidad y mortalidad entre los ancianos residentes en centros de cuidados prolongados. Todo residente que haya sufrido como mínimo una caída corre cierto riesgo de futuras caídas. Aproximadamente cada año la mitad de los residentes sufren alguna caída, asociándose el 6 a 10% de las caídas a lesiones graves. Las fracturas de cadera representan aproximadamente la mitad de todas las lesiones graves.

Definiciones:

J4A-B. Caída. Tenga en cuenta los períodos de tiempo correspondientes (últimos 30 días [J4A] y últimos 31-180 días [J4B]).

J4C. Fractura de cadera durante los últimos 80 días. Tenga en cuenta el límite de tiempo (últimos 180 días).

J4D. Otras fracturas durante los últimos 180 días. Cualquier fractura distinta de una fractura de cadera. Tenga en cuenta el límite de tiempo (últimos 180 días).

Proceso:

Ingresos recientes. Consulte al residente y sus familiares. Revise la documentación de traslado.



Residentes del centro. Revise la historia del residente (incluyendo libro de incidencias, plan de cuidados de enfermería actual). Consulte al residente. En ocasiones los residentes se caen y, considerando el incidente un "simple resbalón", se levantan sin informar del incidente a nadie. Por lo tanto, no confíe exclusivamente en la historia clínica sino pregunte también directamente al residente si se ha caído durante el período de tiempo indicado.

Codificación:

Señale "1" para cada opción válida. Si ninguna lo es, señale NINGUNA DE LAS ANTERIORES.

J5. Estabilidad del estado de salud

Objetivo:

Determinar si la enfermedad o trastorno de salud del residente presentes durante los ÚLTIMOS SIETE DÍAS son agudos, inestables o se hallan en proceso de deterioro.

Definiciones:

J5A. Los trastornos/enfermedades hacen que los patrones de conducta, estado de ánimo, AVD o nivel cognitivo del residente sean inestables. Denota la naturaleza cambiante y variable del estado del residente. Por ejemplo, un residente puede experimentar una respuesta variable a la intensidad del dolor y al efecto analgésico de la medicación. Durante los "días buenos" de la última semana participará en las AVD, mostrará un buen estado de ánimo y disfrutará de sus actividades de ocio preferidas. Durante los "días malos" dependerá de otras personas para sus cuidados, se mostrará agitado, lloroso, etc. Del mismo modo, esta categoría refleja el nivel de dificultad que implica cualquier intento de lograr cierto equilibrio entre los tratamientos de diversos trastornos.

J5B. El residente sufre un episodio agudo o una exacerbación de un problema de salud recurrente o crónico. El residente muestra síntomas de algún trastorno de salud agudo (por ejemplo un nuevo infarto de miocardio, una reacción adversa a fármacos, gripe) un trastorno recidivante (agudo) como por ejemplo neumonía aspirativa o infecciones de las vías urinarias, o una fase aguda de una enfermedad crónica (por ejemplo disnea, edema y confusión en un residente con



insuficiencia cardíaca congestiva; dolor y tumefacción aguda de las articulaciones en un residente que ha sufrido artritis durante muchos años). Los episodios agudos suelen tener inicio súbito, curso limitado, requieren valoración por el médico y suponen un incremento significativo de las necesidades de monitorización de enfermería.

J5C. Enfermedad en estadio terminal. Utilizando el mejor criterio clínico, un residente con enfermedad en estadio terminal sólo dispone de seis o menos meses de vida. Este juicio clínico deberá apoyarse en un diagnóstico de enfermedad bien documentado y en un curso clínico en evidente deterioro.

Proceso:

Observe al residente. Consulte a los miembros del personal, especialmente al médico encargado del residente. Revise la historia clínica del residente.

Codificación:

Señale "1" para cada opción válida durante los ÚLTIMOS SIETE DÍAS. Si ninguna lo es, señale NINGUNA DE LAS ANTERIORES.

Ejemplos

La Sra. M es diabética. Requiere pruebas de glucemia una o más veces al día junto con la administración de dosis de insulina dependientes del nivel de glucemia. Durante la última semana ha sufrido un episodio de confusión asociada a hipoglucemia.

Señale la opción "J5A" para indicar inestable, precario o en proceso de deterioro.

Si la Sra. M (ver más arriba) hubiese presentado también neumonía y fiebre durante su período de valoración,

Señale "J5A" para indicar inestable y "J5B" para indicar agudo.

La Srta. F se encontraba bien y estaba lista para ser dada de alta y regresar a su apartamento en la residencia de ancianos hasta que contrajo la gripe. En la actualidad presenta febrícula, dolores generalizados y síntomas respiratorios de tos productiva y congestión nasal. Aunque ha permanecido en cama durante varios días no muestra cambios en su función AVD, estado de ánimo, etc. y espera ser dada de alta en unos días.

Señale "J5B" para indicar agudo.

La Sra. T ingresó en la unidad con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva. Durante los últimos meses ha sufrido tres ingresos hospitalarios por ICC aguda. Su corazón se ha debilitado significativamente a pesar de recibir oxígeno y el más intenso tratamiento farmacológico posible. Su médico ha analizado su deterioro con la residente y sus familiares y ha documentado que su pronóstico de supervivencia durante los próximos meses es escaso.

Señale "J5C" para indicar enfermedad en estadio terminal.

10 Sección K. Estado oral/nutricional

K3A. Variación del peso

Objetivo:

Anotar posibles pérdidas de peso del residente con el tiempo.

Definición:

Pérdida de peso en porcentaje (Por ejemplo 5% o más en los últimos 30 días o 10% o más en los últimos 180 días).

Proceso:

Pacientes recién ingresados. Pregunte al residente o a sus familiares sobre cambios de peso durante los últimos 30 y 180 días. Consulte al médico, revise la documentación de traslado y compare con el peso del residente a su ingreso. Calcule la pérdida de peso en porcentaje durante los períodos de tiempo especificados.

Residentes del centro. Revise la historia clínica y compare el peso actual con el peso de hace 30 y 180 días. Calcule la pérdida de peso en porcentaje durante los períodos de tiempo especificados.

Codificación:

Anote "0" para indicar NO ó "1" para indicar SÍ. Si no existe ningún valor del peso con el que establecer la comparación, anote "0".

K4. Problemas nutricionales

Objetivo:

Identificar problemas, trastornos y factores de riesgo presentes durante los últimos siete días que afecten o puedan afectar a la salud o al estado funcional del



residente. Con frecuencia estos problemas pueden controlarse y el residente puede mejorar.

Definiciones:

K4A. Se queja del sabor de múltiples alimentos. El sentido del gusto puede cambiar debido a medicamentos o enfermedades. Por otra parte, las quejas del residente pueden tener una base cultural - por ejemplo, los residentes acostumbrados a los alimentos muy condimentados pueden hallar insípidos los alimentos del centro.

K4B. Se queja de hambre de forma regular o repetitiva. La mayoría de los días (como mínimo 2 de cada 3) el residente pide más comida o se queja repetitivamente de hambre (incluso después de comer).

K4C. Deja sin comer el 25% o más del alimento durante la mayoría de las comidas. Come menos del 75 % del alimento (a pesar de ofrecérsele sustitutos) como mínimo 2 de cada 3 comidas del día.

Proceso:

Consulte la historia del residente (incluyendo el plan de cuidados de enfermería actual), las gráficas de ingesta de líquidos y alimentos, las notas y valoraciones de progreso dietético. Consulte al personal encargado de la administración directa de cuidados. Pregunte al residente si ha experimentado alguno de estos síntomas durante los últimos siete días. En ocasiones los residentes no se quejan a los miembros del personal porque atribuyen sus síntomas "a la edad". Por tanto, es importante preguntar directamente al residente. Observe al residente mientras come. Si deja el alimento o juega con él, pregúntele: "Por qué no come?" Observe si el residente gesticula o hace muecas mientras come.

Codificación:

Señale "1" para cada opción válida. Si ninguna lo es, señale NINGUNA DE LAS ANTERIORES.



K5. Abordajes nutricionales

Definiciones:

K5A. Nutrición parenteral/intravenosa. Administración continua o intermitente de hiperalimentación o líquidos por vía intravenosa (i.v.). En esta categoría se incluye también la administración de líquidos por vía i.v. en sistemas de goteo o en llaves heparinizadas. Esta categoría no incluye la administración de medicación por vía i.v. Si el residente recibe medicamentos por vía i.v., señale con una cruz el ítem P1AC en "Tratamientos y cuidados especiales".

K5B. Alimentación por sonda nasogástrica/gastrostomía. Presencia de cualquier tipo de sonda que sirva para administrar alimentos/sustancias nutritivas/líquidos/medicamentos directamente al tubo digestivo. Como ejemplos pueden citarse (sin intención de mencionar todas las posibilidades) las sondas nasogástricas, las sondas de gastrostomía, las sondas de yeyunostomía, la sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (GEP).

K5C. Dieta alterada mecánicamente. Dieta preparada específicamente para alterar la consistencia de los alimentos y facilitar su ingesta oral. Como ejemplos puede citarse la dieta sólida blanda, la dieta turmix y la carne picada. En esta definición se incluyen también las dietas de aquellos residentes que sólo pueden ingerir líquidos de viscosidad aumentada para impedir su ahogamiento.

K5D. Jeringuilla (alimentación oral). Uso de una jeringuilla para administrar líquidos o alimentos en puré directamente en la cavidad oral.

K5E. Dieta terapéutica. Dieta indicada para tratar problemas de salud. Como ejemplos pueden citarse las dietas hipocalóricas, las dietas con bajo contenido en sodio, las dietas pobres en lactosa y grasa, las dietas sin azúcar y los suplementos dietéticos durante las comidas.

Codificación:

Señale "1" para cada opción válida. Si ninguna lo es, señale NINGUNA DE LAS ANTERIORES.

K6. Ingesta parenteral o enteral

Pase directamente a la sección M si no señala los aspectos K5a ni K5b.



Objetivo:

Anotar la proporción de calorías recibidas por el residente junto con su ingesta líquida media, por vía parenteral o por sonda durante los últimos siete días.

K6A. INGESTA CALÓRICA

Definición:

Proporción de calorías totales recibidas. Proporción de la totalidad de calorías ingeridas durante los últimos siete días que el residente ha recibido en realidad (es decir, no la cantidad indicada) por sonda o por vía parenteral. Se determina mediante el recuento de calorías.

Proceso:

Revise las gráficas de ingesta. Si el residente no ha consumido alimentos ni líquidos por vía oral, o simplemente ha tomado algunos sorbos de líquido, deténgase aquí y anote "4" (76% - 100%). Si la ingesta oral del residente ha sido más importante, elabore un recuento de calorías administradas por sonda o por vía parenteral.

Codificación:

Utilice la mejor respuesta. Codifique de la siguiente manera:

- 0.-** Ninguna
- 1.-** 1% a 25%
- 2.-** 6% a 50%
- 3.-** 51% a 75%
- 4.-** 76% a 100%

Ejemplo de cálculo de la proporción del total de calorías administradas por sonda o por vía i.v.

El Sr. H es portador de una sonda nasogástrica desde que fue intervenido quirúrgicamente. En la actualidad se halla más alerta y se siente mucho mejor. Se halla claramente motivado hacia la eliminación de la sonda. Ha estado tomando líquidos suaves por vía oral, pero sólo en cantidades pequeñas o medias. Durante la última semana ha estado recibiendo alimentación por la sonda como suplemento nutricional. A medida que mejore su ingesta oral, la cantidad recibida por la sonda irá disminuyendo. Se ha contabilizado sus calorías diarias de la forma siguiente:

Paso 1º:

| | Oral | | Sonda |
|--------------|--------------|---|---------------|
| Domingo | 500 | + | 2000 |
| Lunes | 250 | + | 2250 |
| Martes | 250 | + | 2250 |
| Miércoles | 350 | + | 2250 |
| Jueves | 500 | + | 2000 |
| Viernes | 800 | + | 1800 |
| Sábado | 800 | + | 1800 |
| TOTAL | <u>3.450</u> | + | <u>14.350</u> |

Paso 2º: Calorías totales = 3.450 + 14.350 = 17.800

Paso 3º: Cálculo del tanto por ciento de calorías totales recibidas por sonda.

[multiplíquese la cantidad total recibida por sonda por 100, y después divídase por el total de calorías]

$(14.350 \times 100) / 17.800 = 80,6 \%$ del total de calorías recibidas por sonda.

Paso 4º: Anote "4" para indicar "76% a 100%"

K6B. INGESTA MEDIA DE LÍQUIDOS

Definición:

El concepto de ingesta diaria media de líquidos por sonda o por vía i.v. durante los últimos siete días hace referencia a la cantidad real de líquido recibido por el residente por estas vías (y no a la cantidad indicada).

Proceso:

Revise las gráficas de ingesta y pérdidas durante los últimos siete días. Sume la cantidad total de líquido recibido cada día por el residente por sonda o por vía i.v. exclusivamente. Divida por 7 la ingesta líquida total de la semana. De este modo obtendrá la ingesta líquida media por día.

Codificación:

Anote el número medio de centímetros cúbicos de líquido recibidos por el residente cada día por sonda o por vía i.v.

Utilice la mejor respuesta. Codifique de la siguiente manera:

- 0.-** Ninguna
- 1.-** 1 a 500 cc/día
- 2.-** 501 a 1000 cc/día
- 3.-** 1001 a 1500 cc/día
- 4.-** 1501 a 2000 cc/día
- 5.-** 2001 a o más cc/día



Ejemplo del cálculo de la ingesta líquida diaria media

La Sta. A sufre problemas de deglución asociados a su corea de Huntington. Es capaz de tomar líquidos por vía oral bajo supervisión, pero no en cantidad suficiente para mantener su estado de hidratación. Durante los últimos siete días ha recibido la siguiente cantidad diaria total de alimentación suplementaria por sonda (incluyendo en este concepto agua, suplementos nutricionales preparados y jugos).

Paso 1º:

| | |
|-----------|-----------------|
| Domingo | 1.250 cc |
| Lunes | 775 cc |
| Martes | 925 cc |
| Miércoles | 1.200 cc |
| Jueves | 1.200 cc |
| Viernes | 1.200 cc |
| Sábado | 1.000 cc |
| TOTAL | <u>7.550 cc</u> |

Paso 2º:

$$7550 / 7 = 1078.6 \text{ cc}$$

Paso 3º:

Anote "3" para indicar "1001 a 1500 cc/día"

II Sección M. Estado de la piel

Se pretende determinar el estado de la piel del residente, identificar la presencia, estadio, tipo y número de úlceras y documentar cualquier otro problema relacionado con la piel. Además, se pretende documentar cualquier tratamiento cutáneo recibido por el residente por trastornos activos, así como cualquier tratamiento protector o preventivo de la piel o los pies, recibido por el residente durante los últimos siete días.

M1. ÚLCERAS (de cualquier etiología)

Objetivo:

Anotar el número de úlceras, cualquiera que sea su estadio y tipo, localizadas en cualquier parte del cuerpo.

Definiciones:

M1A. Estadio 1. Área persistente de enrojecimiento de la piel (sin solución de continuidad de la piel) que no desaparece al aliviar la presión.

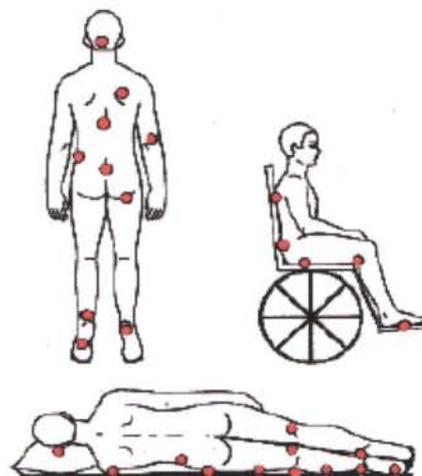
M1B. Estadio 2. Pérdida parcial del espesor de las capas de la piel que clínicamente se presenta en forma de abrasión, ampolla o cráter poco profundo.

M1C. Estadio 3. Pérdida cutánea de espesor total que expone el tejido subcutáneo. Se presenta como cráter profundo acompañado o no de socavamiento del tejido adyacente.

M1D. Estadio 4. Pérdida de espesor total de la piel y el tejido subcutáneo que expone músculos o huesos.

Proceso:

Revise la historia del residente y consulte a las auxiliares de enfermería sobre la presencia de úlceras. Explore al residente y determine el estadio y el número de úlceras existentes. Si no explora todo el cuerpo del residente es posible que alguna úlcera quede sin detectarse. En residentes con pieles más oscuras, para valorar una úlcera en Estadio 1 es necesario utilizar una valoración especialmente dirigida. Para reconocer las úlceras en Estadio 1 en sujetos de piel oscura intente identificar: (1) cualquier cambio de la textura de los tejidos en áreas de alto riesgo; (2) cualquier cambio del aspecto de la piel en áreas de alto riesgo, como "la piel de naranja"; (3) la aparición de un leve color morado y (4) las áreas extremadamente secas y semejantes a costras que, cuando se exploran con mayor atención, se objetiva que cubren alguna fisura de la piel.



Codificación:

Anote el número de úlceras en cada estadio detectadas en el cuerpo del residente durante los últimos 7 días, independientemente de su causa. Si existe una escara necrótica que le impida realizar un estadiaje exacto, anote el estadio de la úlcera utilizando el Código "4" hasta haber desbridado la escara (de forma quirúrgica o mecánica) para proceder a su estadiaje. Si no existe ninguna úlcera en un estadio determinado, anote "0" (cero) en el recuadro correspondiente. Si existen más de 9 úlceras en un estadio determinado, anote "9" en el recuadro correspondiente.



Ejemplo

La Sra. L sufre un cáncer metastático terminal y pesa 34 Kg. Presenta una úlcera en Estadio 3 sobre el sacro y dos úlceras en Estadio 1 sobre los talones.

| Estadio | Código |
|---------|--------|
| A. 1 | 2 |
| B. 2 | 0 |
| C. 3 | 1 |
| D. 4 | 0 |

M2. Tipo de Úlcera

Objetivo:

Anotar el estadio más alto de dos tipos de úlceras: úlceras por presión y úlceras de estasis, presentes durante los últimos 7 días.

Definiciones:

M2A. Úlcera por presión. Cualquier lesión producida por presión que se asocia a destrucción de los tejidos subyacentes. También se utiliza la expresión *úlceras de decúbito* para hacer referencia a este trastorno.

M2B. Úlceras de estasis. Lesión abierta, generalmente localizada en las enfermedades inferiores, provocada por una disminución del flujo sanguíneo debido a insuficiencia venosa crónica; también se denomina úlceras venosas o úlceras relacionadas con vasculopatía periférica.

Proceso:

Revise la historia clínica del residente. Consulte al médico con respecto a la causa de las úlceras.



Codificación:

Utilizando la escala de estadiaje de las úlceras incorporada en el aspecto M1, anote el nivel más alto alcanzado por las úlceras de estasis y presión presentes durante los últimos 7 días. Recuerde que existen otros tipos de úlceras distintos de los recogidos en este aspecto (por ejemplo, úlceras isquémicas). Una úlcera recogida en el aspecto M1 no tiene por qué quedar necesariamente recogida también en el aspecto M2 (ver el último ejemplo más adelante).

Ejemplo

El Sr. C sufre diabetes e insuficiencia circulatoria en las extremidades inferiores. Durante el último mes, el Sr. C ha pasado 2 semanas en el hospital donde fue sometido a una amputación por debajo de la rodilla izquierda como tratamiento de una gangrena del pie. Su curso hospitalario se complicó con un cuadro de delirium (confusión aguda) y pasó la mayor parte del tiempo encamado. Las enfermeras señalan que la única postura que podía adoptar era el decúbito supino. Para aliviar la presión sólo podía tolerar la presencia de un colchón antiescaras en la cama. Se intentó el uso de un colchón de agua y un colchón de aire pero ambos agravaron su agitación. El Sr. C volvió a ingresar en el centro de cuidados prolongados hace tres días con una úlcera por presión en Estadio II a nivel del sacro y úlceras por presión en Estadio I en el talón derecho y ambos codos. No se objetivaron otras úlceras.

| Tipo de úlcera | Código (estadio más avanzado) |
|-----------------------|--------------------------------------|
| a. Úlcera por presión | 2 |
| b. Úlcera de estasis | 0 |

Justificación de la codificación: El Sr. C presenta 4 úlceras por presión, siendo el Estadio II el más avanzado.

La Sra. B presenta una obstrucción en las arterias de su pierna derecha que le provocan una disminución del flujo circulatorio arterial en el pie derecho (isquemia). Sólo tiene una úlcera en Estadio 3 en la superficie dorsal (superior) del pie derecho.

| Tipo de Úlcera | Código (estadio más avanzado) |
|-----------------------|--------------------------------------|
| a. Úlcera por presión | 0 |
| b. Úlcera de estasis | 0 |

Justificación de la codificación: La úlcera de la Sra. B no se debe a presión ni estasis venoso; se trata de una úlcera isquémica.



M3. Historia de úlceras resueltas/curadas

Objetivo:

Determinar si el residente ha presentado con anterioridad alguna úlcera resuelta o curada durante los últimos 90 días. La identificación de este trastorno tiene importancia dado que se trata de un factor de riesgo de desarrollo de nuevas úlceras.

Proceso:

Revise la historia clínica, incluyendo la última valoración realizada.

Codificación:

Anote "0" para indicar NO y "1" para indicar SÍ.

M4. Presencia de otros problemas o lesiones cutáneas

Objetivo:

Documentar la presencia de problemas cutáneos distintos de las úlceras y de algunos otros trastornos que constituyen factores de riesgo de problemas más graves.

Definiciones:

M4A. Abrasiones, hematomas. Incluye erosiones cutáneas, equimosis, áreas de tumefacción localizada, dolor a la palpación y cambios de coloración.

M4B. Quemaduras (segundo o tercer grado). Incluye quemaduras de cualquier causa (por ejemplo térmicas, químicas) en cualquier estadio de cicatrización. Esta categoría no incluye quemaduras de primer grado (cambios en el color de la piel exclusivamente).

M4D. Erupciones. Incluye inflamación o erupción cutánea con cambio de color, punteado, formación de ampollas, etc. y síntomas como prurito, quemazón o dolor. Anote las erupciones de cualquier causa (por ejemplo, calor, fármacos,



bacterias, virus, contacto con sustancias irritantes como orina o detergentes, alergias, etc.). El término intertrigo hace referencia a erupciones (dermatitis) en pliegues cutáneos.

M4E. Piel insensible al dolor o a la presión. El residente es incapaz de percibir la sensación de presión o dolor.

Revise la historia clínica del residente buscando documentación sobre este tipo de trastorno. Como ejemplo obvio de este problema pueden citarse los residentes comatosos. Otros residentes de alto riesgo son los que padecen tetraplejía, paraplejía o hemiparesia, vasculopatía periférica y trastornos neurológicos. En ausencia de documentación en la historia clínica, la sensación puede explorarse de la forma siguiente:

Para explorar el dolor, utilice un alfiler nuevo y desechable o un "palillo" de madera (generalmente utilizado para el cuidado de las uñas). Deseche siempre el palillo o el alfiler después de utilizarlo para impedir su contaminación.

Pida al residente que cierre los ojos. Si el residente no puede mantener los ojos cerrados o no puede seguir las instrucciones a este respecto, tape lo que está haciendo usted (en áreas localizadas de las piernas y los pies) con una toalla o con la mano para evitar que el residente lo vea.

Presione suavemente con el extremo afilado del imperdible o el palillo contra la piel del residente. No aplique presión suficiente para provocar dolor, producir lesión o atravesar la piel. Utilice los extremos afilado y romo de dicho alfiler o el palillo alternativamente para explorar la sensación en los brazos, el tronco y las piernas del residente. Pida al residente que le diga si la sensación es "fina" o "roma".

Compare la sensación en áreas simétricas de ambos lados del cuerpo.

Si el residente es incapaz de sentir la sensación o no es capaz de diferenciar la sensación fina de la roma, el área se considera desensibilizada a la sensación dolorosa.

Para aquellos residentes que resultan incapaces de expresarse o que tienen problemas para comprender sus instrucciones, confíe en la expresión facial del residente (por ejemplo muecas, expresión de sorpresa), movimientos corporales (por ejemplo retirada de la extremidad, intento de empujar al explorador) o sonidos (por ejemplo "¡Ay!") para determinar si pueden sentir dolor.

No utilice alfileres en caso de residentes agitados o inquietos. Sus movimientos bruscos pueden provocar lesiones.

M4F. Cortes o desgarros de la piel (de origen no quirúrgico). Cualquier solución de continuidad traumática de la piel que penetre hasta el tejido subcutáneo. Como ejemplo se pueden citar desgarros, heridas, etc.

M4G. Heridas quirúrgicas. Este concepto incluye las incisiones quirúrgicas abiertas o cerradas no cicatrizadas, los injertos cutáneos y las áreas de drenaje de cualquier parte del cuerpo. Esta categoría no incluye los estomas o campos quirúrgicos cicatrizados.

Proceso:

Pregunte al residente si tiene algún área problemática. Explore al residente. Pregunte a la auxiliar de enfermería. Revise la historia clínica del residente.

Codificación:

Señale "1" para cada opción válida. Si ninguna lo es, señale NINGUNA DE LAS ANTERIORES.

M5. Tratamientos cutáneos

Objetivo:

Documentar cualquier tratamiento cutáneo específico o genérico recibido por el residente durante los últimos siete días.

Definiciones:

M5A. Dispositivos de alivio de la presión para sillas. Este concepto incluye gel, aire, u otros tipos de cojines que se colocan sobre sillas o sillas de ruedas. En esta categoría no se deben incluir los cojines antiescaras.

M5B. Dispositivos de alivio de la presión para camas. Este concepto incluye camas terapéuticas fluidificadas por aire con baja pérdida de aire, colchones de flotación, agua o burbujas o tampones colocados sobre la cama. En esta categoría no se deben incluir los colchones antiescaras.

M5C. Programa de cambios posturales. Incluye un programa constante y continuo para cambiar la postura y realinear el cuerpo del residente.

M5D. Intervención sobre la nutrición o la hidratación para tratar problemas cutáneos. Medidas dietéticas recibidas por el residente con el fin de prevenir o tratar trastornos cutáneos específicos, por ejemplo, dieta sin gluten para prevenir la dermatitis alérgica, dieta rica en calorías con suplementos añadidos para prevenir la erosión de la piel, suplementos ricos en proteínas para favorecer la cicatrización de las heridas.

M5E. Cuidados de las úlceras. Incluye cualquier intervención para tratar una úlcera en cualquier estadio. Como ejemplo se puede citar el uso de apósitos, el desbridamiento químico o quirúrgico, las irrigaciones de heridas y la hidroterapia.

M5F. Cuidados de las heridas quirúrgicas. Incluye cualquier intervención dirigida a tratar o proteger cualquier tipo de herida quirúrgica. Como ejemplos pueden citarse su limpieza tópica, la irrigación de la herida, la aplicación de antisépticos, los apósitos de cualquier tipo, la retirada de suturas y el uso de compresas calientes o calor.

M5G. Aplicación de apósitos (con o sin medicamentos tópicos) en áreas distintas de los pies. Incluye el uso apósitos de gasa seca, apósitos humedecidos con suero salino u otras soluciones, apósitos transparentes, apósitos de hidrogel y apósitos con hidrocoloides o partículas hidroactivas.

M5H. Aplicación de pomadas/medicamentos (en áreas distintas de los pies). Incluye las pomadas o medicamentos utilizados para tratar problemas cutáneos (por ejemplo corticoides, antifúngicos, antibióticos, etc.). Esta definición no incluye las pomadas que se utilizan para tratar problemas no cutáneos (los parches de nitrato para el dolor torácico).

M5I. Otros cuidados preventivos o protectores de la piel (en áreas distintas de los pies). Incluye aplicación de cremas o compresas húmedas para prevenir la desecación y la descamación; aplicación de almohadillas protectoras en los codos (por ejemplo plumón, piel de oveja, almohadillado, acolchado).

Proceso:

Revise la historia clínica del residente. Pregunte al residente y al auxiliar de enfermería.

Codificación:

Señale "1" para cada opción válida. Si ninguna de las opciones es válida durante los últimos siete días, señale NINGUNA DE LAS ANTERIORES.



M6. Cuidados y problemas de los pies

Objetivo:

Documentar la presencia de cuidados y problemas en los pies durante los últimos siete días.

Definiciones:

M6B. Infección del pie. Por ejemplo, celulitis o drenaje de contenido purulento.

M6C. Lesiones abiertas de los pies. Incluye cortes, úlceras y fisuras.

M6F. Aplicación de apósitos/vendajes con o sin medicación tópica. Incluye apósitos de gasa seca, apósitos humedecidos con suero salino u otras soluciones, apósitos transparentes, apósitos de hidrogel y apósitos con hidrocoloide o partículas hidroactivas.

Proceso:

Pregunte al residente y a la auxiliar de enfermería. Explore los pies del residente. Revise la historia clínica del residente.

Codificación:

Señale "1" para cada opción válida. Si no existe ninguna opción válida durante los últimos siete días, señale NINGUNA DE LAS ANTERIORES.



12 Sección N. Patrones de participación en actividades

N1. Período de vigilia

Objetivo:

Identificar aquellos períodos de un día típico (durante los últimos siete días) en los que el residente se hallaba despierto durante todo el tiempo o la mayor parte del mismo (es decir aquellos períodos durante los cuales el residente no durmió durante más de una hora). Con respecto a la planificación de cuidados, esta información puede utilizarse por lo menos de dos formas:

El residente que pasa despierto la mayor parte del tiempo puede animarse más a participar mental, física y/o socialmente en diversas actividades (de forma aislada o en grupo).

El residente que duerme mucho puede hallarse aburrido o deprimido y posiblemente podría beneficiarse de mayor implicación en las diversas actividades.

Proceso:

Consulte al personal encargado de la administración directa de cuidados, al residente y a sus familiares.

Codificación:

Señale todos aquellos períodos durante los cuales el residente estaba despierto todo el tiempo o la mayor parte del mismo. Se considerará:

N1A. Mañana. Desde el momento en que el residente se despierta hasta la hora de la comida.

N1B. Tarde. Desde la comida hasta la merienda.

N1C. Noche. Desde la merienda hasta la hora de acostarse.

Señale "0" si el residente está dormido durante cada período, y "1" si está despierto.

III Sección O. Medicamentos

O3. Inyectables

Objetivo:

Determinar el número de días durante la última semana en que el residente ha recibido algún tipo de medicación, antígeno, vacuna por inyección subcutánea, intramuscular o intradérmica. Aunque los antígenos y vacunas se consideran "sustancias biológicas" y no medicamentos propiamente dichos, es importante determinar en qué momento se administran para controlar la aparición de reacciones localizadas o sistémicas. Esta categoría no incluye la administración de medicamentos o líquidos por vía intravenosa (i.v.). Si el residente ha recibido líquidos por vía i.v., anótelos en el aspecto K5A "nutrición parenteral/intravenosa". Si se han administrado medicamentos por vía i.v., anótelos en el aspecto P1AC "medicación intravenosa".

Codificación:

Anote el número de DÍAS en el recuadro de respuesta. Si no se ha administrado ningún inyectable durante los últimos siete días, codifique "0". No se pueden utilizar dígitos superiores a "7" para cumplimentar esta subsección.

Ejemplo

Durante los últimos siete días el Sr. T recibió una inyección para la gripe el lunes, una prueba PPD (para tuberculosis) el martes, una inyección de vitamina B₁₂ el miércoles.

Anote "3" dado que el residente recibió inyecciones durante tres días durante los últimos siete.

04. Días en que el residente recibió los siguientes fármacos

Objetivo:

Anotar el número de días en que el residente recibió cada grupo de fármacos referido (antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos, diuréticos) durante los últimos siete días. En este concepto se incluye cualquiera de estos fármacos administrado al residente por cualquier vía (vía oral, i.m. o i.v.) en cualquier entorno (por ejemplo en el centro de cuidados prolongados, en el servicio de urgencia de un hospital).

Proceso:

Revise la historia clínica del residente para comprobar si se administró algún medicamento al residente durante los últimos siete días. En el caso de los residentes recién ingresados en el centro, revise los documentos de traslado u otros informes clínicos.

Codificación:

Anote el número de días en que, durante los últimos siete, se administró al residente algún medicamento perteneciente a cada uno de los grupos de fármacos enumerados. En el caso de que el residente acabe de ingresar en el centro, si queda claramente documentado que el residente ha recibido algún tipo de medicamento (mencionado en este aspecto) en el lugar de origen, anote el número de días en que, durante los últimos siete, el residente recibió cada uno de los medicamentos mencionados en la lista. Si la historia de traslado no está clara o no menciona que el residente recibiese uno de estos medicamentos, anote "0" (no utilizado) en el recuadro correspondiente. Si el residente no utilizó ningún medicamento perteneciente a cierta categoría, anote "0". Si el residente utiliza fármacos de acción prolongada que se consumen menos de una vez por semana (por ejemplo deconoato de Flufenazina o deconoato de Haloperidol, que se administran cada varias semanas o cada mes), anote "1".

No se pueden utilizar dígitos superiores a "7" para cumplimentar esta subsección.

Ejemplo

Resumen de la medicación recibida por la Sra. P.

- Haloperidol® por vía oral si precisa: Recibido una vez al día el lunes, el miércoles y el jueves [Nota: El Haloperidol® es un fármaco antipsicótico]
- Lexatin® por vía oral: Recibido todos los días [Nota: Lexatin® = fármaco ansiolítico]
- Orfidal® por vía oral: Recibido al acostarse el martes y el miércoles exclusivamente [Nota: Orfidal® = hipnótico]
- La Sra. P presentó disnea importante a mitad de la noche durante los últimos siete días. Fue trasladada al servicio de urgencias del hospital local, aunque no fue ingresada en el mismo. Tras regresar al centro de cuidados prolongados la nota de urgencias mencionaba que había recibido una dosis de Seguril® por vía i.v. [Nota: Seguril® = diurético].

Codificación:

| Medicación | Nº de días en que se administró |
|--------------------|---------------------------------|
| O4A. Antipsicótico | "3" (días) |
| O4B. Ansiolítico | "7" (días) |
| O4C. Antidepresivo | "0" (días) |
| O4D. Hipnótico | "2" (días) |
| O4E. Diurético | "1" (días) |

14 Sección P. Tratamientos especiales, procedimientos y programas

P1. Tratamientos y cuidados especiales

Objetivo:

Identificar cualquier programa, procedimiento o tratamiento especial recibido por el residente durante el período de tiempo especificado.

P1A. CUIDADOS ESPECIALES

TRATAMIENTOS. Los siguientes tratamientos pueden ser recibidos por los residentes en centros de cuidados prolongados, como pacientes ambulatorios de un centro hospitalario, como pacientes ingresados, etc. Señale el ítem correspondiente, independientemente del lugar donde el residente recibiese el tratamiento.

Definición:

P1AA. Quimioterapia. Este concepto incluye cualquier tipo de citostático (fármaco antineoplásico) administrado por cualquier vía.

P1AB. Diálisis. Incluye diálisis peritoneal o renal realizada en el centro residencial o en algún otro centro.

P1AC. Medicación i.v. Incluye cualquier fármaco o sustancia biológica (por ejemplo material de contraste) administrado en goteo o bolo intravenoso a través de una vía central o periférica. No incluye el lavado con suero salino o heparina para mantener una vía heparinizada permeable ni la administración de líquidos sin medicación por vía i.v.

P1AF. Cuidado de ostomías. Este aspecto sólo hace referencia a aquellos cuidados que requieren ayuda por parte del personal de enfermería. No incluye los cuidados de traqueostomas. Los cuidados del traqueostoma se codificarán señalando el aspecto P1AJ.

P1AG. Oxigenoterapia. Incluye la administración continua o intermitente de oxígeno por mascarilla, cánula, etc.

P1AH. Radioterapia. Incluye radioterapia o uso de implantes radiactivos.

P1AI. Aspiración de secreciones. Incluye aspiración traqueal o nasofaríngea.

P1AJ. Cuidados de traqueostoma. Incluye la limpieza de traqueostomas y cánulas.

P1AK. Transfusiones. Incluye transfusiones de sangre o de cualquier producto hematológico (por ejemplo plaquetas).

P1AL. Ventilador o respirador. Asegura una ventilación adecuada en residentes que son o que pueden tornarse, incapaces de realizar su propia respiración. Incluye cualquier tipo de dispositivo de apoyo ventilatorio mecánico en sistema cerrado de alimentación eléctrica o neumática. Cualquier residente en proceso de destete del ventilador o respirador durante los últimos 14 días debería inscribirse en esta definición.



Proceso:

Revise la historia clínica del residente.

Codificación:

Señale "1" todos los tratamientos y procedimientos recibidos por el residente durante los últimos 14 días. Si durante los últimos 14 días ninguna de las opciones mencionadas es válida, señale NINGUNA DE LAS ANTERIORES.

P1B. TERAPIAS

Terapias administradas después del ingreso en la residencia, administradas por prescripción facultativa y realizadas por un terapeuta cualificado o, en algunos casos, bajo la supervisión directa de dicho profesional.

Las terapias pueden realizarse dentro o fuera del centro. En este concepto sólo se incluyen las técnicas basadas en la valoración y el plan de tratamiento de un terapeuta que hayan quedado documentadas en la historia clínica del residente.

Objetivo:

Anotar el número de días y el número total de minutos durante los cuales se administró cada una de las siguientes terapias (durante un mínimo de 15 minutos al día) a lo largo de los últimos 7 días.

Definiciones:

Logopedia. Servicios realizados por un especialista cualificado en lenguaje hablado.

Terapia ocupacional. Servicios de terapia realizados o supervisados directamente por un terapeuta ocupacional cualificado. Un auxiliar de terapia ocupacional cualificado puede realizar terapias pero no supervisar las realizadas por otros (ayudantes o voluntarios). En este concepto se incluyen los servicios prestados por un auxiliar de terapia ocupacional cualificado sólo si está bajo la dirección de un terapeuta ocupacional cualificado.

Fisioterapia. Servicios terapéuticos prestados o supervisados directamente por un fisioterapeuta cualificado. Un auxiliar de fisioterapia cualificado puede realizar fisioterapia pero no puede supervisar la realizada por otros (ayudantes o voluntarios). En este concepto se incluyen los servicios prestados por un auxiliar de fisioterapia cualificado sólo si está bajo la dirección de un fisioterapeuta cualificado.

Fisioterapia respiratoria. En este concepto se incluyen las maniobras de tos, respiración profunda, nebulizadores calientes, tratamientos con aerosol, ventilación mecánica, etc. que deben ser realizados por un profesional cualificado (es decir enfermera, fisioterapeuta). En este concepto no se incluye el uso de dispensadores manuales de medicación. Tenga en cuenta exclusivamente el tiempo que el profesional cualificado pasa con el residente.

Proceso:

Revise la historia clínica del residente y consulte a cada uno de los terapeutas cualificados.

Codificación:

En los ítems P1BAA, P1BAB P1BAC y P1BAD: anote el número de días durante los cuales se administró la terapia durante 15 minutos o más dentro de los últimos siete días. Si respuesta es ninguno, anote "0".

En los ítems P1BBA, P1BBB, P1BBC Y P1BBD: anote el número total de minutos durante los cuales se realizó la terapia concreta dentro de los últimos siete días, a pesar de haber escrito "0" en el apartado de "número de días" (es decir, menos de 15 minutos de terapia realizada). Este período de tiempo debe hacer referencia exclusivamente al tiempo del tratamiento real (no al tiempo que transcurre esperando o escribiendo informes). Si la respuesta es ninguno, anote "0".

Ejemplo

Después de un ictus la Sra. F ingresó en el centro de cuidados prolongados en estado estable para someterse a terapias de rehabilitación. Desde su ingreso, ha estado recibiendo logopedia dos veces por semana en sesiones de 30 minutos, terapia ocupacional dos veces por semana en sesiones de 30 minutos y fisioterapia dos veces al día (sesiones de 30 minutos) durante 5 días, junto con fisioterapia respiratoria durante 10 minutos al día cada uno de los últimos 7 días. Durante los últimos 7 días, la Sra. F ha participado en todas sus sesiones programadas.

| Codificación | A (nº días) | B (nº minutos) |
|-------------------------|-------------|----------------|
| A. Logopedia | 2 | 60 |
| B. Terapia ocupacional | 2 | 60 |
| C. Fisioterapia | 5 | 300 |
| D. Terapia respiratoria | 0 | 70 |

P3. Cuidados o técnicas de rehabilitación aplicados por enfermería

Objetivo:

Determinar en qué medida recibe el residente servicios de rehabilitación de enfermería administrados por personal distinto de los miembros del equipo de terapias especializadas (por ejemplo terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, etc.). El concepto de cuidados de rehabilitación hace referencia a aquellas intervenciones de enfermería que favorecen la capacidad del residente de adaptarse para vivir de la forma más independiente y segura posible. Este concepto insiste en lograr y mantener un nivel óptimo de función psicosocial, mental y física.



La mejora en la práctica de actividades como la deambulación y la movilidad, el vestido y el aseo, la alimentación y la deglución, el traslado, el cuidado de los muñones de amputación y la comunicación pueden mantener o mejorar el nivel de funcionamiento en actividades físicas y AVD, deteniendo o ralentizando el deterioro.

Definiciones:

Cuidados de rehabilitación. En este concepto se incluyen las intervenciones de enfermería que facilitan o favorecen la capacidad del residente de alcanzar su máximo potencial funcional. Este aspecto no incluye procedimientos o técnicas realizados bajo la dirección de terapeutas cualificados, identificados en el aspecto P1B.

Para que quede incluida en este apartado, una práctica de rehabilitación debe cumplir la totalidad de los siguientes criterios adicionales:

- En el plan de cuidados y en la historia clínica deben quedar documentados una serie de intervenciones y objetivos susceptibles de medida.
- En la historia clínica deben hallarse signos de valoración periódica por parte de la enfermera.
- Los auxiliares de enfermería deben estar familiarizados con las técnicas que favorecen la participación del residente en la actividad.
- Estas actividades son desarrolladas o supervisadas por miembros del personal de enfermería. En ocasiones, siempre bajo supervisión de una enfermera, se asignará el trabajo con residentes concretos a otros voluntarios y miembros del personal.
- Esta categoría no incluye grupos de ejercicio con más de cuatro residentes por cada profesional encargado de supervisarlos.

P3A/P3B. Arco de movilidad. Grado o límites entre los cuales puede moverse una parte del cuerpo en torno a un punto fijo o articulación. Los ejercicios de recorrido del arco de movilidad constituyen un programa de movimientos activos o pasivos que pretenden mantener la flexibilidad y la movilidad útil de las articulaciones del cuerpo.

P3A. Movilización pasiva. Ejercicios desarrollados por miembros del personal, planificados, programados y documentados en la historia clínica.



P3B. Movilización activa. Ejercicios realizados por un residente, con orientación o supervisión del personal, que están planificados, programados y documentados en la historia clínica.

P3C. Ayuda con la férula o el corsé. La ayuda puede ser de dos tipos: 1) instrucciones y orientación verbal y física por parte del personal para enseñar al residente cómo manipular y cuidar de la férula o el corsé y 2) programa establecido por el personal para aplicar y retirar una férula o corsé, evaluar la piel y la circulación del residente mientras utiliza el dispositivo y volver a colocar la extremidad en alineación correcta. Estas sesiones están planificadas, programadas y quedan documentadas en la historia clínica.

P3D. Movilidad en la cama. Actividades dirigidas a mejorar o mantener la autonomía del residente en cuanto a movilización hacia y desde el decúbito supino, cambios posturales de un decúbito lateral a otro y colocación del residente en la cama.

P3E. Transferencias. Actividades utilizadas para mejorar o mantener la autonomía del residente en su desplazamiento entre superficies o planos con o sin dispositivos de ayuda.

P3F. Caminar. Actividades utilizadas para mejorar o mantener la autonomía del residente en la deambulación, con o sin dispositivos de ayuda.

P3G. Vestido o aseo. Actividades utilizadas para mejorar o mantener la autonomía del residente al vestirse y desvestirse, al bañarse y lavarse y al realizar otras tareas relacionadas con la higiene personal.

P3H. Comer o tragar. Actividades utilizadas para mantener o mejorar la autonomía del residente para comer alimentos y beber líquidos o actividades utilizadas para mejorar o mantener la capacidad del residente de ingerir nutrientes y líquidos por vía oral.

P3I. Cuidado de prótesis y de muñones de amputación. Actividades orientadas a mejorar o mantener la autonomía del residente en la colocación y retirada de prótesis, en el cuidado de la prótesis y en la ejecución de las medidas de higiene adecuadas en el área donde la prótesis se fija sobre el cuerpo (por ejemplo muñón de la pierna o cavidad orbitaria).

P3J. Comunicación. Actividades dirigidas a mejorar o mantener la autonomía del residente en el uso de habilidades de comunicación funcional recién adquiridas o para ayudar al residente en el uso de habilidades residuales de comunicación y dispositivos de adaptación (p.ej. audífonos, laringófonos).



Proceso:

Revise la historia clínica y el plan de cuidados actual.

Codificación:

Durante los últimos 7 días, anote el número de **DÍAS** en que se practicó la técnica, el procedimiento o actividad durante un total mínimo de 15 minutos/día dentro del período de 24 horas. Los 15 minutos no tienen por qué ser seguidos. Recuerde que las personas con demencia aprenden mejor nuevas habilidades mediante la repetición múltiples veces al día. Revise la realización de cada actividad a lo largo del período de 24 horas. Si no se ha prestado ningún cuidado de los especificados, anote "0".

Ejemplos de cuidados o técnicas de rehabilitación de enfermería

El Sr. V ha perdido arco de movilidad (AM) en el brazo, la muñeca y la mano derechos debido a un ACVA que sufrió hace varios años. Sufrir una pérdida de moderada a grave de capacidad de decisión y memoria. Para evitar que aumente la pérdida de AM y aparezcan rigideces en su brazo derecho, el terapeuta ocupacional fabricó una férula de reposo para la extremidad derecha y dio al residente instrucciones para su aplicación y retirada. El coordinador de enfermería desarrolló un conjunto de instrucciones sobre movimientos pasivos de recorrido del arco de movilidad de su brazo y muñeca derechos, tres veces al día. Se ha indicado a las auxiliares de enfermería a y a la esposa del Sr. V cuándo aplicar y retirar la férula y cómo realizar los ejercicios pasivos de AM. Estos planes han quedado reflejados en el plan de cuidados del Sr. V. La cantidad total de tiempo invertida cada día en la aplicación y retirada de la férula y en la realización de los ejercicios AM es de 30 minutos. Tanto para el ítem P3A "movilización pasiva", como para el P3C "ayuda con la férula o el corsé"

Se anota "7" indicando el número de días durante los cuales se administraron estas técnicas de rehabilitación de enfermería.

La Sra. K ingresó en el centro de cuidados prolongados hace 7 días tras serle tratada una fractura de cadera. Su fisioterapia se retrasó debido a complicaciones y debilidad. En el momento del ingreso tenía problemas para movilizarse en la cama y precisaba ayuda total para sus traslados. Para impedir un mayor deterioro y aumentar su independencia, el personal de enfermería puso en práctica un plan el segundo día siguiente al ingreso para enseñar a la residente a movilizarse en la cama y pasar de la cama a la silla utilizando un trapecio, las barras laterales y una tabla de traslado. El plan quedó reflejado en la historia clínica de la Sra. K y fue comunicado a



todos los miembros del personal durante el cambio de turno. La enfermera encargada anotó en las notas de enfermería que durante los cinco días que la Sra. K había estado recibiendo formación y práctica con respecto a movilización en la cama y traslados, su resistencia y fuerzas están mejorando y sólo precisa ayuda importante para el traslado. La cantidad de tiempo necesaria para esta intervención de enfermería ha sido de 15 minutos/día.

Anote "5" en P3D "movilidad en la cama".

La Sta. J sufrió un ACVA hace menos de un año, quedando con una hemiplejía residual en el lado izquierdo. La Sta. J desea claramente participar en sus propios cuidados. Aunque no es capaz de vestirse de forma independiente, sí es capaz de participar en esta actividad de la vida diaria. El objetivo del plan global de cuidados de la Sta. J consiste en aumentar al máximo su independencia durante la realización de las AVD. Se ha desarrollado un plan, reflejado en el plan de cuidados, para enseñar a la Sta. J cómo ponerse y quitarse la blusa sin precisar ayuda física del personal. Todas sus blusas han sido adaptadas para poder cerrarlas por delante utilizando un velcro. Se ha enseñado a las auxiliares de enfermería como dirigir totalmente a la Sra. J mientras se pone y se quita la blusa. La Sra. J requiere aproximadamente 20 minutos al día para completar esta tarea (vestirse y desvestirse).

Anote "7" en P3G "Vestido o aseo" "para indicar el número de días durante los cuales se han administrado formación y práctica sobre vestido y aseo.

Mientras se recupera lentamente de un síndrome de Guillain-Barré, el Sr. B recibe diariamente formación y entrenamiento en deglución. Junto con un conjunto de recipientes de diseño especial y alimentos de consistencia adecuada, el plan de cuidados documentado para mejorar su capacidad de deglución implica una correcta colocación del cuerpo, instrucciones verbales constantes y técnicas de control mandibular. El Sr. B requiere estrecha vigilancia cuando se le administran alimentos y líquidos dado que corre cierto riesgo de ahogamiento y aspiración. Por tanto, esta intervención de rehabilitación de enfermería corresponde exclusivamente a enfermeras. Durante cada comida el Sr. B requiere aproximadamente 35 minutos para consumir todos sus alimentos y líquidos. Recibe suplementos a través de una sonda de gastrostomía si no logra consumir la ingesta calórica y líquida prescrita por vía oral.

Anote "7" en P3H "Comer o tragar" para indicar el número de días durante los cuales se administraron formación y práctica en deglución.

P4. Aparatos y medidas de restricción

Objetivo:

Anotar la frecuencia, durante los últimos 7 días, con la que el residente se vio limitado por el uso de cualquiera de los dispositivos que pasamos a enumerar a cualquier hora del día o de la noche.

Definiciones:

Esta categoría incluye el uso de cualquier dispositivo (por ejemplo dispositivo físico o mecánico, material o equipo unido o adyacente al cuerpo del residente) que el residente no sea capaz de retirar con facilidad y que limite su libertad de movimientos o el acceso normal a su cuerpo.

P4A. Barandillas completas a ambos lados de la cama. Las barandillas completas son una o varias barras situadas a lo largo de ambos lados de la cama del residente que bloquean tres cuartas partes de la longitud total del colchón desde su límite superior al inferior. Esta definición incluye también aquellas camas en las que uno de los lados se apoya contra la pared (impidiendo al residente entrar y salir de la cama por dicho lado) siempre que el otro lado de la cama esté bloqueado por una barandilla completa (una o varias barreras).

P4B. Otro tipo de barandillas laterales utilizadas. (Por ejemplo, barandillas completas unilaterales, hemibarreras bilaterales).

P4C. Restricción del tronco. Esta categoría incluye cualquier dispositivo, material o equipo del que el residente no pueda desprenderse con facilidad (por ejemplo un corsé o un dispositivo limitante de cintura).

P4D. Restricción de miembros. Incluye cualquier dispositivo material o equipo del que el residente no pueda liberarse con facilidad y que limite el movimiento de cualquier parte de una extremidad superior (es decir, el brazo o la mano) o inferior (es decir, el pie o la pierna).

P4E. Sillas de sujeción (impide levantarse). Cualquier tipo de silla con barrera anterior fija o sillas que colocan al residente en posición declive y le impiden levantarse o sillas blandas y próximas al suelo.

Proceso:

Consulte la historia clínica del residente y las gráficas de dispositivos de limitación. Consulte al personal de enfermería. Observe al residente.

Codificación:

Para cada tipo de dispositivo, anote:

- 0.** No utilizado durante los últimos siete días.
- 1.** Utilizado, pero no diariamente durante los últimos siete días.
- 2.** Utilizado diariamente durante los últimos siete días.

P7. Visitas médicas

Objetivo:

Anotar el número de días durante un período correspondiente a los últimos **14 DÍAS** en los que un médico ha explorado al residente (o desde el momento de ingreso, si se produce hace menos de 14 días). Estas exploraciones pueden haberse desarrollado en la habitación o en la consulta del médico. En algunos casos, la frecuencia de visitas médicas indica la complejidad clínica del caso.

Definiciones:

Exploración física. Puede tratarse de una exploración parcial o completa realizada en la habitación o en la consulta del médico. Esta definición no incluye exploraciones realizadas en servicios de urgencia.

Codificación:

Anote el número de días en los que el médico ha explorado al residente. Si no habido ninguna, anote "0".



P8. Cambios de tratamiento médico

Objetivo:

Anotar el **número de días** durante un período correspondiente a los últimos 14 días (o desde el ingreso del residente, si tuvo lugar hace menos de 14 días) en los que algún médico ha cambiado las órdenes facultativas de tratamiento del residente. En algunos casos, la frecuencia con la que cambian las órdenes facultativas de tratamiento indica la complejidad clínica del caso.

Definición:

Órdenes facultativas. En esta definición se incluyen las órdenes facultativas escritas, expresadas por teléfono, fax o tras consulta para realizar cambios de tratamiento o sustituir nuevos tratamientos. Esta definición NO incluye órdenes de ingreso, órdenes de reingreso o renovación de órdenes facultativas sin cambios.

Codificación:

Anote el número de días en los que se cambiaron las órdenes facultativas. No incluya las renovaciones de órdenes facultativas antiguas sin cambios. Si no se ha producido ningún cambio en las órdenes facultativas, anote "0".

15 Anexos. Documentación asociada

- I.** CUESTIONARIO DE CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD)
- II.** ÍTEMS ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR ALERTAS (PIA)
- III.** RELACIÓN DE LOS CONTROLES DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA DE CFR

|  SERVICIO REGIONAL DE BIENESTAR SOCIAL CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES | |
|---|--|
| Comunidad de Madrid | |
| A. DATOS GENERALES | |
| Apellidos y Nombre: | |
| F. Nacimiento: | NIF: |
| Fecha de Evaluación: | Evaluación: |
| CUESTIONARIO DE CMBD | |
| A | CUESTIONARIO CMBD |
| B | PATRONES COGNITIVOS |
| B1 | COMA Estado vegetativo persistente/ningún nivel de conciencia detectable 0. No. 1. Si. (si sí, pasar a la sección G) |
| B2 | MEMORIA. (Capacidad para recordar lo aprendido o conocido) |
| B2A | Memoria a corto plazo normal. Parece que recuerda después de 5 minutos 0. Memoria normal 1. Memoria alterada |
| B2B | Memoria a largo plazo normal. Parece que recuerda el pasado remoto 0. Memoria normal 1. Memoria alterada |
| B4 | CAPACIDAD COGNITIVA PARA TOMAR DECISIONES COTIDIANAS. (Toma decisiones respecto a las actividades de la vida diaria) 0. INDEPENDIENTE. Decisiones coherentes/razonables 1. INDEPENDENCIA MODIFICADA. Alguna dificultad sólo ante situaciones nuevas 2. MODERADAMENTE ALTERADA. Decisiones poco apropiadas, habitualmente requiere orientación/supervisión 3. GRAVEMENTE ALTERADA. Raramente/nunca toma decisiones |
| C | PATRONES AUDITIVOS/DE COMUNICACIÓN |
| C4 | CAPACIDAD PARA HACERSE ENTENDER Expresa el contenido de la información independientemente de su forma de hacerlo 0. SE LE ENTIENDE 1. NORMALMENTE SE LE ENTIENDE. Dificultad para encontrar las palabras o completar las ideas 2. A VECES SE LE ENTIENDE. Su capacidad se limita a peticiones concretas 3. RARAMENTE/NUNCA SE LE ENTIENDE |
| C6 | CAPACIDAD PARA ENTENDER A OTROS Entiende la información verbal que se le transmite de forma oral, escrita o Braille, con prótesis auditiva si la utiliza 0. ENTIENDE 1. NORMALMENTE ENTIENDE. Puede que pierda alguna parte o propósito del mensaje 2. A VECES ENTIENDE. Responde adecuadamente sólo a instrucciones y preguntas simples y directas 3. RARAMENTE/NUNCA ENTIENDE |
| E | ESTADO DE ANIMO Y PATRONES DE CONDUCTA |
| E1 | INDICADORES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y BAJO ESTADO DE ANIMO Codifique según lo observado en los últimos 30 días 0. Indicador no manifestado en los últimos 30 días 1. Indicador manifestado hasta 5 días por semana 2. Indicador manifestado diariamente o casi diariamente (6-7 días por semana) |
| E1A | El residente tiene expresiones verbales de tristeza (sensación de que nada importa, de que nada sirve, etc.) |
| E1B | Preguntas repetitivas - por ejemplo: "¿A dónde voy?", "¿Qué hago?" |
| E1C | Expresiones repetitivas pidiendo ayuda "¡Dios ayúdame!" |
| E1D | Enfado persistente consigo mismo o con los demás |
| E1E | Menosprecio de si mismo |
| E1F | Expresiones de miedos imaginarios (temor a la soledad, a que lo abandonen, a estar con otras personas, etc.) |
| E1G | Afirmaciones repetitivas de que va a suceder algo terrible (va a sufrir un infarto, está a punto de morir, etc) |
| E1H | Quejas repetitivas relacionadas con la salud. Demanda continua de atención médica) |
| E1I | Quejas/sintomas repetitivos de ansiedad (no relacionadas con la salud, búsqueda de atención/reafirmación respecto a horario, comida, vestido, etc) |
| E1J | Malhumor por la mañana |
| E1K | Insomnio, cambio del patrón habitual del sueño |
| E1L | Expresión facial de tristeza, dolor, preocupación (ceño fruncido a menudo) |
| E1M | Tendencia al llanto |
| E1N | Movimientos físicos repetitivos (camina nerviosamente, se retuerce las manos, inquietud, jugueteo constante con objetos, etc) |
| E1O | Abandono de actividades que le interesaban |
| E1P | Disminución de las relaciones sociales |

| | | |
|--|--|--|
| E2 | PERSISTENCIA DEL ESTADO DE ANIMO Uno o mas indicadores de estado de ánimo deprimido, triste o ansioso no se vieron fácilmente modificados por los diversos intentos de animar, consolar o tranquilizar al residente durante los últimos 7 días. 0. No existen indicadores de alteración del estado de ánimo/ansiedad 1. Presencia de indicadores de fácil modificación 2. Presencia de indicadores no fácilmente modificables | |
| E4 | PROBLEMAS DE CONDUCTA | |
| E4A | PRECUCENCIA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA Anote según lo observado en los últimos 7 días 0. Conducta no manifestada 1. Conducta manifestada de 1 a 3 días en los últimos 7 días 2. Conducta manifestada de 4 a 6 días en los últimos 7 días 3. Conducta de este tipo manifestada diariamente | |
| E4AA | DEAMBULA (Se mueve sin propósito razonado, parece que se despreocupa de sus necesidades o seguridad) | |
| E4AB | LENGUAJE OFENSIVO (Amenazas, gritos e insultos a otras personas) | |
| E4AC | AGRESIVIDAD FÍSICA (Golpea, empuja, araña o abusa sexualmente de otros) | |
| E4AD | COMPORTAMIENTO SOCIAL INADECUADO / ALTERADO (Emite sonidos perturbadores, ruido molesto, gritos, comete actos de autoagresión, actividad sexual o exhibicionismo en público, manipula/lanza comida/heces, acumula objetos, hurga en las pertenencias de otros) | |
| E4AE | RECHAZO DE LOS CUIDADOS (Se resiste a tomar la medicación o a dejarse inyectar, a la ayuda en las actividades de la vida diaria o a alimentarse) | |
| E5 | CAMBIO EN LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES Los síntomas conductuales del residente han cambiado en comparación con el estado de hace 90 días (o desde la última valoración si hace menos de 90 días) 0. Sin cambio 1. Mejoría 2. Empeoramiento | |
| 3 PROBLEMAS FUNCIONALES FÍSICOS Y ESTRUCTURALES | | |
| G1 | AUTONOMÍA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (Codifique el autocuidado del residente durante todo el día, en los últimos 7 días) 0. INDEPENDIENTE. Ninguna ayuda o supervisión proporcionada sólo 1 ó 2 veces durante los últimos 7 días. 1. SUPERVISIÓN. Se le proporciona vigilancia, se le anima o se le dan indicaciones 3 o más veces durante los últimos 7 días o se le realiza supervisión (3 o más veces) y ayuda física sólo 1 ó 2 veces durante los últimos 7 días. 2. AYUDA LIMITADA. Aunque el residente se muestra muy implicado en la actividad, se le ha prestado ayuda física, 3 o más veces, para guiar el movimiento de las extremidades, u otra ayuda que no implicase soporte de peso de partes de su cuerpo o un nivel superior de ayuda, que se proporcionó solamente 1 ó 2 veces durante los últimos 7 días. 3. AYUDA IMPORTANTE. Aunque el residente realizó parte de la actividad, durante los últimos 7 días se le ha prestado ayuda de los siguientes tipos: - Con soporte de peso 3 o más veces - Realización por parte del personal de la totalidad de la actividad durante parte de los últimos 7 días 4. DEPENDENCIA TOTAL. Realización por parte del personal de la totalidad de la actividad durante todo el periodo de 7 días 5. LA ACTIVIDAD NO TUVO LUGAR durante la totalidad del periodo de 7 días | |
| G1A | MOVILIDAD EN LA CAMA Como se mueve el residente hacia/desde la posición de tumbado, se gira hacia los lados y se acomoda en la cama | |
| G1B | TRANSFERENCIAS Cómo se mueve entre superficies hacia o desde: la cama, la silla, la silla de ruedas, la bipedestación (excluye entrar y salir de la bañera/ducha y sentarse/levantarse del inodoro) | |
| G1C | DEAMBULACION Como se mueve entre la cama y el pasillo contiguo a su habitación. Si usa silla de ruedas, se considera su autosuficiencia una vez instalado en ella. | |
| G1F | DESPLAZAMIENTO FUERA DE LA UNIDAD Como se mueve el residente para ir y volver de puntos situados fuera de la unidad (p.ej. las áreas de comedor, de actividades o de terapia) | |
| G1G | VESTIRSE Cómo se pone, abrocha y quita todas las piezas de ropa de calle, además de cómo se pone o quita la prótesis (si la tiene). | |
| G1H | COMER Cómo come y bebe (independientemente de su habilidad). Incluye la ingesta de alimentos a través de otros medios (p. ej., alimentación por sonda, nutrición parenteral total) | |
| G1I | USO DEL INODORO Cómo entra y sale, cómo usa el aseo (silla-orinal, cuña, orinal), cómo se sienta/levanta del inodoro (transferencia), cómo se limpia, cómo cambia los absorbentes, cómo maneja las ostomías o sondas, cómo se recoloca la ropa | |
| G1J | HIGIENE PERSONAL Cómo mantiene su higiene personal, incluido peinarse, cepillar los dientes, afeitarse, maquillarse, lavarse y secarse la cara, las manos y el perineo (SE EXCLUYE LA HIGIENE PERSONAL EN BAÑO Y DUCHA) | |
| G2 | AYUDA FACILITADA PARA LA REALIZACIÓN DE LAS AVDs Codificar la mayor ayuda prestada, en todos los turnos, durante los últimos 7 días (sin tener en cuenta la clasificación del autocuidado del residente) 0. No precisó preparación ni ayuda física del personal 1. Sólo ayuda para la preparación del material 2. Ayuda física de 1 sola persona 3. Ayuda física de 2 o más personas 5. La actividad no tuvo lugar | |
| G2A | MOVILIDAD EN LA CAMA Cómo se mueve hacia o desde la posición de tumbado, se vuelve de un lado a otro y cambia la posición del cuerpo en la cama | |
| G2B | TRANSFERENCIAS Cómo se mueve entre superficies hacia o desde: la cama, la silla, la silla de ruedas, la bipedestación (excluye entrar y salir de la bañera/ducha y sentarse/levantarse del inodoro) | |
| G2C | DEAMBULACION Como se mueve entre la cama y el pasillo contiguo de su habitación. Si usa silla de ruedas, es autosuficiente una vez instalado en ella | |

| | | |
|-----|--|--|
| G2F | DESPLAZAMIENTO FUERA DE LA UNIDAD Como se mueve al residente para ir y volver de puntos situados fuera de la unidad (p.ej. las áreas de comedor, de actividades o de terapia) | |
| G2G | VESTIRSE Cómo se pone, abrocha y quita todas las piezas de ropa de calle, además de cómo se pone o quita la prótesis (si la tiene). | |
| G2H | COMER Cómo come y bebe (independientemente de su habilidad). Incluye la ingesta de alimentos a través de otros medios (p. ej.: Alimentación por sonda, nutrición parenteral total) | |
| G2I | USO DEL INODORO Cómo entra y sale, cómo usa el aseo (silla-orinal, cuña, orinal), cómo se sienta/levanta del inodoro (transferencia), cómo se limpia, cambia los absorbentes, maneja las ostomías o sondas y se ajusta la ropa | |
| G2J | HIGIENE PERSONAL Cómo mantiene su higiene personal, incluido peinarse, cepillar los dientes, afeitarse, maquillarse, lavarse y secarse la cara, las manos y el perineo (SE EXCLUYE LA HIGIENE PERSONAL EN BAÑO Y DUCHA) | |
| G3 | BANARSE Como el mayor toma un baño completo, una ducha o un baño por partes y entra y sale de la bañera / ducha (EXCLUYENDO el lavado de espalda y pelo). A: Codifique según la actuación más dependiente y mayor ayuda. 0.- Independiente: no precisa ayuda 1.- Supervisión: sólo vigilancia 2.- Ayuda física limitada: sólo en la transferencia 3.- Ayuda física en parte de la actividad 4.- Dependencia total 8.- La actividad no tuvo lugar en los últimos 7 días B: Los códigos para la ayuda en la actividad son los mismos que en G2 | |
| G3A | EJECUCIÓN AUTÓNOMA PARA LA ACTIVIDAD DEL BAÑO | |
| G3B | AYUDA FACILITADA EN LA ACTIVIDAD DEL BAÑO 0. No precisó preparación ni ayuda física del cuidador 1. Sólo preparación para realizar la actividad 2. Ayuda física de 1 sola persona 3. Ayuda física de 2 o más personas 8. La actividad no tuvo lugar en los últimos 7 días | |
| G4 | MODOS DE TRANSFERENCIA Y MOVILIZACIÓN Marque todos los que procedan durante los últimos 7 días. Anote 0: No 1: Sí | |
| G6A | Encamado todo el tiempo o la mayor parte del mismo | |
| G6B | Se utilizan las barras laterales de la cama para la movilización en la cama o en la transferencia del residente | |
| G6C | El residente se levanta de forma manual | |
| G6D | El residente se levanta por métodos mecánicos | |
| G6E | Dispositivo de movilización (por ejemplo tabla de deslizamiento, trapecio, bastón, andador, corsé) | |
| G6F | NINGUNA DE LAS ANTERIORES | |
| G8 | POTENCIAL DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL PARA LAS AVD Marque todos los que procedan. Anote 0: No 1: Sí | |
| G8A | El residente se cree capaz de mayor independencia, al menos, en algunas de las AVD | |
| G8B | El personal encargado de la administración directa de cuidados considera que el residente es capaz de aumentar su independencia, al menos, en algunas de las AVD | |
| G8C | El residente es capaz de realizar las tareas/actividades pero de forma muy lenta | |
| G8D | Existen diferencias en la realización autónoma de las AVD o el apoyo requerido para la ejecución de las mismas, si se compara la mañana con la tarde | |
| G8E | NINGUNA DE LAS ANTERIORES | |
| H | CONTINENCIA EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS | |
| H1 | GRADO DE CONTINENCIA | |
| H1A | CONTINENCIA INTESTINAL Control intestinal independientemente de contar con dispositivos o estar incluidos en programas de continencia intestinal (Codifique según el grado de continencia intestinal a lo largo de todos los turnos) 0. CONTINENTE - Control completo (incluye dispositivos de ostomía que no tengan pérdidas) 1. HABITUALMENTE CONTINENTE - Menos de una vez a la semana 2. OCASIONALMENTE INCONTINENTE - 1 vez a la semana 3. FRECUENTEMENTE INCONTINENTE - 2 - 3 veces por semana 4. INCONTINENTE. Tuvo un control inadecuado. Todo (o casi todo) el tiempo | |
| H1B | CONTINENCIA VESICAL Control vesical independientemente de contar con dispositivos o estar incluido en programas de continencia vesical (si gotea, el volumen no es suficiente para empapar la ropa interior) (Codifique según el grado de continencia vesical a lo largo de todos los turnos) 0. CONTINENTE - Control completo (incluye el uso de sondas permanentes o dispositivos de ostomía que no tengan pérdidas de orina) 1. HABITUALMENTE CONTINENTE - Episodios de incontinencia una vez por semana o menos 2. OCASIONALMENTE INCONTINENTE - 2 o más veces por semana pero no a diario 3. FRECUENTEMENTE INCONTINENTE - Tendencia a ser incontinente a diario pero preserva algo de control (ej. durante el día) 4. INCONTINENTE. Tuvo un control inadecuado. Múltiples episodios diarios | |
| H3 | DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS Para cualquiera de los siguientes programas o dispositivos, anote 0: No 1: Sí | |
| H3A | Cualquier plan de horario fijo para ir al inodoro | |
| H3B | Programa de reentrenamiento vesical | |
| H3C | Sonda externa/colector | |
| H3D | Sonda permanente | |

| | | |
|-----|--|--|
| R3E | Sonda intermitente | |
| R3F | No utilizó el inodoro/cuña/orinal | |
| R3G | Utilizó empapadores | |
| R3H | Enema/Irrigación | |
| R3I | Ostomía presente | |
| R3J | NINGUNA DE LAS ANTERIORES | |
| I | DIAGNOSTICO POR ENFERMEDADES | |
| I1 | ENFERMEDADES Anote aquellas enfermedades que guarden cierta relación con el estado actual de AVD, estado cognitivo, estado de ánimo y conducta (No anote ningún diagnóstico inactivo) Anote 0: No 1: Si | |
| I1A | Diabetes mellitus | |
| I1J | Vasculopatía periférica | |
| I1R | Afasia | |
| I1S | Parálisis cerebral | |
| I1V | Hemiplejia - hemiparesia | |
| I1W | Esclerosis múltiple | |
| I1Z | Tetraplejia | |
| I2 | INFECCIONES Anote aquellas enfermedades que guarden relación con el estado actual de AVD, estado cognitivo, estado de ánimo y conducta del residente. (No registre ningún diagnóstico inactivo). Anote 0: No 1: Si | |
| I2E | Neumonía | |
| I2G | Septicemia | |
| I2J | Infección de las vías urinarias durante los últimos 30 días | |
| J | PROBLEMAS DE SALUD | |
| J1 | PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTADO DE SALUD Marque todos los problemas o síntomas específicos ocurridos durante los últimos 7 días salvo que se indique otro marco temporal 0: No 1: Si | |
| J1A | Aumento o pérdida de peso igual o superior a 1,5 Kg | |
| J1B | Incapacidad de mantenerse acostado debido a la disnea | |
| J1C | Deshidratación; las pérdidas superan a la ingesta | |
| J1D | Escasez de líquidos, no consume todos o casi todos los líquidos que se le ofrecen durante los ÚLTIMOS 3 DÍAS | |
| J1E | Delirio | |
| J1F | Mareo/Vértigo | |
| J1G | Edema | |
| J1H | Piebre | |
| J1I | Alucinaciones / Ilusiones | |
| J1J | Hemorragia interna | |
| J1K | Broncoaspiraciones recurrentes en los ÚLTIMOS 90 DÍAS | |
| J1L | Disnea | |
| J1M | Síncope (desmayo) | |
| J1N | Marcha inestable | |
| J1O | Vómitos | |
| J1P | NINGUNA DE LAS ANTERIORES | |
| J4 | ACCIDENTES Señale todas las opciones correctas. Anote 0: No 1: Si | |
| J4A | Caída en los últimos 30 días | |
| J4B | Caída en los últimos 31-180 días | |
| J4C | Fractura de cadera en los últimos 180 días | |
| J4D | Otras fracturas en los últimos 180 días | |
| J4E | NINGUNA DE LAS ANTERIORES | |
| J5 | ESTABILIDAD DEL ESTADO DE SALUD Anote 0: No 1: Si | |
| J5A | Los trastornos/enfermedades hacen que los patrones de conducta, estado de ánimo, AVD o nivel cognitivo del residente sean inestables | |
| J5B | El residente sufre un episodio agudo o una exacerbación de un problema de salud recurrente o crónico | |
| J5C | Enfermedad terminal, 6 meses o menos de vida | |
| J5D | NINGUNA DE LAS ANTERIORES | |
| K | ESTADO ORAL / NUTRICIONAL | |
| K3 | VARIACION DEL PESO | |
| K3A | Pérdida de peso de un 5% ó más durante los últimos 30 días o un 10% ó más en los últimos 180 días 0: No 1: SI. | |
| K4 | PROBLEMAS NUTRICIONALES Anote 0: No 1: Si | |



| | | |
|-----|---|--|
| K4A | Se queja del sabor de múltiples alimentos | |
| K4B | Se queja de hambre de forma regular o repetitiva | |
| K4C | Deja sin comer un 25% o más del alimento durante la mayoría de las comidas | |
| K4D | NINGUNA DE LAS ANTERIORES | |
| K5 | ABORDAJES NUTRICIONALES Anote los métodos de nutrición que procedan en los últimos 7 días. Anote 0.No 1.Sí | |
| K5A | Nutrición Parenteral / Intravenosa | |
| K5B | Alimentación por sonda nasogástrica / gastrostomía | |
| K5C | Dieta alterada mecánicamente | |
| K5D | Jeringuilla (alimentación oral) | |
| K5E | Dieta terapéutica | |
| K5I | NINGUNA DE LAS ANTERIORES | |
| K6 | INGESTA PARENTERAL O ENTERAL Si no se marcaron K5A o K5B, pase a la sección M | |
| K6A | Anote el código correspondiente a la proporción de las calorías respecto a las totales que el residente recibe por alimentación parenteral o por sonda durante los últimos 7 días 0: Ninguna 1: 1% a 25% 2: 26% a 50% 3: 51% a 75% 4: 76% a 100% | |
| K6B | Anote el código correspondiente a la cantidad de líquido administrada diariamente por vía i.v. o enteral por sonda durante los últimos 7 días 0: Ninguna 1: 1 a 500 cc/día 2: 501 a 1000 cc/día 3: 1001 a 1500 cc/día 4: 1501 a 2000 cc/día 5: 2001 ó más cc/día | |
| M | ESTADO DE LA PIEL | |
| M1 | ÚLCERAS (Debidas a cualquier causa) Regístrese el número de úlceras en cada grado, independientemente de la causa. Si no hay ninguna en un grado registre '0'. Si presenta 9 úlceras o más codifique 9. Codifique todo lo que proceda durante los últimos 7 días. | |
| M1A | Grado 1. Zona persistente de enrojecimiento cutáneo (sin desgarramiento de la piel) que no desaparece cuando se elimina la presión | |
| M1B | Grado 2. Pérdida parcial del espesor de las capas de la piel que se presenta clínicamente como una abrasión, ampolla o ulceración superficial | |
| M1C | Grado 3. Pérdida del espesor de la piel, con la exposición de tejidos subcutáneos - se presenta como una ulceración profunda con o sin tejido adyacente hundido | |
| M1D | Grado 4. Pérdida total de la piel y tejido subcutáneo, con la exposición del músculo o hueso | |
| M2 | TIPO DE ÚLCERA Para cada tipo de úlcera, codifique según el grado más avanzado durante los últimos 7 días. Utilice la escala de MI (0 = ninguna; grados 1, 2, 3, 4) | |
| M2A | Úlcera por presión - cualquier lesión causada por presión, que origina un daño en el tejido subyacente | |
| M2B | Úlcera de estasis: lesión abierta causada por circulación deficiente en las extremidades inferiores | |
| M3 | HISTORIA DE ÚLCERAS CURADAS El residente tuvo una úlcera que se resolvió o curó en los ÚLTIMOS 90 DÍAS 0: No 1: Sí | |
| M4 | OTROS PROBLEMAS CUTÁNEOS Anote todo lo que proceda durante los últimos 7 días 0: No 1: Sí | |
| M4A | Abrasión, hematomas | |
| M4B | Quemaduras (de segundo o tercer grado) | |
| M4C | Otras lesiones abiertas distintas a las úlceras, erupciones, cortes (p.ej. lesiones cancerosas, fistula...) | |
| M4D | Erupciones (p. ej.: intertrigo, eczema, erupción medicamentosa, erupción por calor, herpes zoster) | |
| M4E | Piel insensible al dolor o presión | |
| M4F | Desgarramientos o cortes (excepto los quirúrgicos) | |
| M4G | Heridas quirúrgicas | |
| M4H | NINGUNA DE LAS ANTERIORES | |
| M5 | TRATAMIENTOS CUTÁNEOS Anote todos los tratamientos aplicados en los últimos 7 días. 0: No 1: Sí | |
| M5A | Dispositivos de alivio de presión para silla | |
| M5B | Dispositivos de alivio de presión para cama | |
| M5C | Programa de cambio postural | |
| M5D | Intervención nutricional o de hidratación para tratar problemas cutáneos | |
| M5E | Cuidados de las úlceras | |
| M5F | Cuidados de las heridas quirúrgicas | |
| M5G | Aplicación de apósitos (con o sin medicamentos tópicos), en áreas distintas de los pies | |
| M5H | Aplicación de pomadas / medicamentos (en áreas distintas de los pies) | |
| M5I | Otros cuidados de la piel de tipo preventivo o protector (en áreas distintas de los pies) | |
| M5J | NINGUNA DE LAS ANTERIORES | |
| M6 | PROBLEMAS Y CUIDADOS DE LOS PIES Anote todo lo que proceda durante los últimos 7 días. Codifique 0: No 1: Sí | |
| M6B | Infección del pie (p. ej. celulitis, abscesos) | |



| | | |
|-------|---|--|
| M6C | Lesiones abiertas del pie | |
| M6F | Aplicación de vendajes / apósitos en el pie (con o sin medicamentos tópicos) | |
| M6G | NINGUNA DE LAS ANTERIORES | |
| N | PATRONES DE PARTICIPACION EN ACTIVIDADES | |
| N1 | TIEMPO QUE ESTA DESPIERTO EL MAYOR Anote los periodos en los que el residente pasa despierto la mayor parte del tiempo (no duerme más de 1 hora en cada periodo) durante los últimos 7 días. Codifique 0: dormido 1: despierto | |
| N1A | Mañana (Desayuno-comida) | |
| N1B | Tarde (comida-merienda) | |
| N1C | Noche (merienda-cena) | |
| N1D | NINGUNA DE LAS ANTERIORES | |
| O | FARMACOS | |
| O3 | INYECTABLES Anote el número de días en que el residente recibió inyecciones de cualquier tipo durante los últimos 7 días. Anote '0' si no ha recibido ninguna | |
| O4 | DIAS EN LOS QUE HA RECIBIDO LOS SIGUIENTES FARMACOS Durante los últimos 7 días, anote el número de días en que ha recibido los siguientes tipos de fármacos. Escriba '0' si no ha recibido ninguno. Anote '1' para medicaciones de larga duración que se administren menos de una vez por semana | |
| O4A | Antipsicóticos | |
| O4B | Ansiolíticos | |
| O4C | Antidepresivos | |
| O4D | Hipnóticos | |
| O4E | Diuréticos | |
| P | TRATAMIENTOS ESPECIALES, PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMAS | |
| P1 | TRATAMIENTOS Y CUIDADOS ESPECIALES | |
| P1A | CUIDADOS ESPECIALES Anote los tratamientos o terapias especiales que el residente ha recibido en los últimos 14 días. 0: No 1: Si | |
| P1AA | Quimioterapia | |
| P1AB | Diálisis | |
| P1AC | Medicación IV | |
| P1AF | Cuidados de ostomía | |
| P1AG | Oxigenoterapia | |
| P1AH | Radioterapia | |
| P1AI | Aspiración de secreciones | |
| P1AJ | Cuidados de traqueostoma | |
| P1AK | Transfusiones | |
| P1AL | Ventilador o respirador | |
| P1B | TERAPIAS Registre el número de días y los minutos totales en que ha sido administrada cada una de las siguientes terapias (al menos 15 minutos al día) en los últimos 7 días. Anote '0' en caso negativo | |
| P1BA | NÚMERO DE DIAS Número de días en que se administraron 15 minutos o más de las siguientes terapias | |
| P1BAA | Logopedia | |
| P1BAB | Terapia ocupacional | |
| P1BAC | Fisioterapia | |
| P1BAD | Terapia respiratoria | |
| P1BB | NÚMERO DE MINUTOS Número total de minutos de terapia individual que se administró en los últimos 7 días (incluya también aquellos que fueron empleados menos de 15 minutos) | |
| P1BBA | Logopedia | |
| P1BBB | Terapia ocupacional | |
| P1BBC | Fisioterapia | |
| P1BBD | Terapia respiratoria | |
| P3 | CUIDADOS O TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN APLICADOS POR ENFERMERÍA Registre el número de días de cada una de las siguientes técnicas de rehabilitación o cuidados que se le administraron al residente durante 15 minutos o más al día en los últimos 7 días. Anote '0' si no se ha administrado esa técnica o si se ha aplicado menos de 15 minutos al día. | |
| P3A | Movilización pasiva | |
| P3B | Movilización activa | |
| P3C | Ayuda con la férula o el corsé | |
| P3D | Educación habilidades para la movilidad en la cama | |
| P3E | Educación habilidades para la transferencia | |
| P3F | Educación habilidades para caminar | |
| P3G | Educación habilidades para vestirse o arreglarse | |



| | | |
|-----|---|--|
| P3H | Educación de habilidades para comer o tragar | |
| P3I | Educación de habilidades para el cuidado de muñones de amputación/prótesis | |
| P3J | Educación de habilidades para la comunicación | |
| P4 | APARATOS Y MEDIDAS DE RESTRICCIÓN Use los siguientes códigos para los últimos 7 días: 0. No se usaron 1. No se usaron a diario 2. Usados a diario | |
| P4A | Barandillas completas a ambos lados de la cama | |
| P4B | Otros tipos de barandillas laterales usadas (p.ej.: media barandilla, en un lado) | |
| P4C | Restricción de tronco | |
| P4D | Restricción de miembros | |
| P4E | Silla de sujeción (impide levantarse) | |
| P7 | VISITAS MÉDICAS Anote el número de días de visita en las que el médico ha explorado al residente en los últimos 14 días (o desde el ingreso si hace menos de 14 días que está en el centro). Anote '0' si no ha realizado ninguna | |
| P8 | CAMBIOS DE TRATAMIENTO MÉDICO Anote el número de días en que el médico ha cambiado las órdenes médicas del residente en los últimos 14 días (o desde el ingreso si hace menos de 14 días que está en el centro). Incluir volantes, cambios de dosis, interconsultas, etc. Anote '0' si no hay cambios | |

| IDENTIFICACIÓN Y FIRMA DE LOS PROFESIONALES PARTICIPANTES EN LA VALORACIÓN | | | |
|--|---------------|-------|-------|
| APPELLIDOS Y NOMBRE | CARGO/FUNCIÓN | FECHA | FIRMA |
| 1.- | | | |
| 2.- | | | |
| 3.- | | | |
| 4.- | | | |
| 5.- | | | |



SERVICIO REGIONAL DE BIENESTAR SOCIAL
CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

Items asociados al Procedimiento para identificar Alertas (Pia)

| 2 PERDIDA COGNITIVA/DEMENCIA | | |
|---|--|--|
| B2A | Memoria a corto plazo normal. Parece que recuerda después de 5 minutos | 1 - Memoria Alterada |
| B2B | Memoria a largo plazo normal. Parece que recuerda el pasado remoto | 1 - Memoria alterada |
| B4 | CAPACIDAD COGNITIVA PARA TOMAR DECISIONES COTIDIANAS. (Toma decisiones respecto a las actividades de la vida diaria) | 1 - INDEPENDENCIA MODIFICADA. Alguna dificultad sólo ante situaciones nuevas |
| B4 | CAPACIDAD COGNITIVA PARA TOMAR DECISIONES COTIDIANAS. (Toma decisiones respecto a las actividades de la vida diaria) | 2 - MODERADAMENTE ALTERADA. Decisiones poco apropiadas, habitualmente requiere orientación/supervisión |
| B4 | CAPACIDAD COGNITIVA PARA TOMAR DECISIONES COTIDIANAS. (Toma decisiones respecto a las actividades de la vida diaria) | 3 - GRAVEMENTE ALTERADA. Raramente/nunca toma decisiones |
| C6 | CAPACIDAD PARA ENTENDER A OTROS | 1 - NORMALMENTE ENTIENDE. Puede que pierda alguna parte o propósito del mensaje |
| C6 | CAPACIDAD PARA ENTENDER A OTROS | 2 - A VECES ENTIENDE. Responde adecuadamente sólo a instrucciones y preguntas simples y directas |
| C6 | CAPACIDAD PARA ENTENDER A OTROS | 3 - RARAMENTE/NUNCA ENTIENDE |
| 5 DESENCADENANTE A DE REHABILITACIÓN EN AVD | | |
| G1A | MOVILIDAD EN LA CAMA | 1 - SUPERVISIÓN |
| G1A | MOVILIDAD EN LA CAMA | 2 - AYUDA LIMITADA |
| G1A | MOVILIDAD EN LA CAMA | 3 - AYUDA IMPORTANTE |
| G1A | MOVILIDAD EN LA CAMA | 4 - DEPENDENCIA TOTAL |
| G1B | TRANSFERENCIAS | 1 - SUPERVISIÓN |
| G1B | TRANSFERENCIAS | 2 - AYUDA LIMITADA |
| G1B | TRANSFERENCIAS | 3 - AYUDA IMPORTANTE |
| G1B | TRANSFERENCIAS | 4 - DEPENDENCIA TOTAL |
| G1C | DEAMBULACIÓN | 1 - SUPERVISIÓN |
| G1C | DEAMBULACIÓN | 2 - AYUDA LIMITADA |
| G1C | DEAMBULACIÓN | 3 - AYUDA IMPORTANTE |
| G1C | DEAMBULACIÓN | 4 - DEPENDENCIA TOTAL |
| G1F | DESPLAZAMIENTO FUERA DE LA UNIDAD | 1 - SUPERVISIÓN |
| G1F | DESPLAZAMIENTO FUERA DE LA UNIDAD | 2 - AYUDA LIMITADA |
| G1F | DESPLAZAMIENTO FUERA DE LA UNIDAD | 3 - AYUDA IMPORTANTE |
| G1F | DESPLAZAMIENTO FUERA DE LA UNIDAD | 4 - DEPENDENCIA TOTAL |
| G1G | VESTIRSE | 1 - SUPERVISIÓN |
| G1G | VESTIRSE | 2 - AYUDA LIMITADA |
| G1G | VESTIRSE | 3 - AYUDA IMPORTANTE |
| G1G | VESTIRSE | 4 - DEPENDENCIA TOTAL |
| G1H | COMER | 1 - SUPERVISIÓN |
| G1H | COMER | 2 - AYUDA LIMITADA |
| G1H | COMER | 3 - AYUDA IMPORTANTE |
| G1H | COMER | 4 - DEPENDENCIA TOTAL |
| G1I | USO DEL INODORO | 1 - SUPERVISIÓN |
| G1I | USO DEL INODORO | 2 - AYUDA LIMITADA |
| G1I | USO DEL INODORO | 3 - AYUDA IMPORTANTE |
| G1I | USO DEL INODORO | 4 - DEPENDENCIA TOTAL |
| G1J | HIGIENE PERSONAL | 1 - SUPERVISIÓN |
| G1J | HIGIENE PERSONAL | 2 - AYUDA LIMITADA |
| G1J | HIGIENE PERSONAL | 3 - AYUDA IMPORTANTE |

| | | |
|--|--|---|
| G1J | HIGIENE PERSONAL | 4 - DEPENDENCIA TOTAL |
| G3A | EJECUCIÓN AUTÓNOMA PARA LA ACTIVIDAD DEL BAÑO | 1 - SUPERVISIÓN. Sólo vigilancia |
| G3A | EJECUCIÓN AUTÓNOMA PARA LA ACTIVIDAD DEL BAÑO | 2 - AYUDA FÍSICA LIMITADA. Sólo en la transferencia |
| G3A | EJECUCIÓN AUTÓNOMA PARA LA ACTIVIDAD DEL BAÑO | 3 - AYUDA FÍSICA EN PARTE DE LA ACTIVIDAD DEL BAÑO |
| G3A | EJECUCIÓN AUTÓNOMA PARA LA ACTIVIDAD DEL BAÑO | 4 - DEPENDENCIA TOTAL |
| G8A | El residente se cree capaz de mayor independencia, al menos, en algunas de las AVD | 1 - Sí |
| G8B | El personal encargado de la administración directa de cuidados considera que el residente es capaz de aumentar su independencia, al menos, en algunas de las AVD | 1 - Sí |
| 7 INCOTINENCIA VESICAL Y Sonda VESICAL PERMANENTE | | |
| H1B | CONTINENCIA VESICAL | 2 - Ocasionalmente incontinente |
| H1B | CONTINENCIA VESICAL | 3 - Frecuentemente incontinente |
| H1B | CONTINENCIA VESICAL | 4 - Incontinente |
| H3C | Sonda externa/colector | 1 - Sí |
| H3D | Sonda permanente | 1 - Sí |
| H3E | Sonda intermitente | 1 - Sí |
| H3G | Utilizó empapadores | 1 - Sí |
| 9 ESTADO DE ANIMO | | |
| E1A | El residente tiene expresiones verbales de tristeza (sensación de que nada importa, de que nada sirva, etc.) | 1 - Indicador manifestado hasta 5 días por semana |
| E1A | El residente tiene expresiones verbales de tristeza (sensación de que nada importa, de que nada sirva, etc.) | 2 - Indicador manifestado diariamente o casi a diario (6-7 días por semana) |
| E1B | Preguntas repetitivas - por ejemplo: "¿A dónde voy?, ¿Qué hago?" | 1 - Indicador manifestado hasta 5 días por semana |
| E1B | Preguntas repetitivas - por ejemplo: "¿A dónde voy?, ¿Qué hago?" | 2 - Indicador manifestado diariamente o casi a diario (6-7 días por semana) |
| E1C | Expresiones repetitivas pidiendo ayuda "¡Dios ayúdame!" | 1 - Indicador manifestado hasta 5 días por semana |
| E1C | Expresiones repetitivas pidiendo ayuda "¡Dios ayúdame!" | 2 - Indicador manifestado diariamente o casi a diario (6-7 días por semana) |
| E1D | Enfado persistente consigo mismo o con los demás | 1 - Indicador manifestado hasta 5 días por semana |
| E1D | Enfado persistente consigo mismo o con los demás | 2 - Indicador manifestado diariamente o casi a diario (6-7 días por semana) |
| E1E | Menosprecio de sí mismo | 1 - Indicador manifestado hasta 5 días por semana |
| E1E | Menosprecio de sí mismo | 2 - Indicador manifestado diariamente o casi a diario (6-7 días por semana) |
| E1F | Expresiones de miedos imaginarios (temor a la soledad, a que lo abandonen, a estar con otras personas, etc.) | 1 - Indicador manifestado hasta 5 días por semana |
| E1F | Expresiones de miedos imaginarios (temor a la soledad, a que lo abandonen, a estar con otras personas, etc.) | 2 - Indicador manifestado diariamente o casi a diario (6-7 días por semana) |
| E1G | Afirmaciones repetitivas de que va a suceder algo terrible (va a sufrir un infarto, está a punto de morir, etc) | 1 - Indicador manifestado hasta 5 días por semana |
| E1G | Afirmaciones repetitivas de que va a suceder algo terrible (va a sufrir un infarto, está a punto de morir, etc) | 2 - Indicador manifestado diariamente o casi a diario (6-7 días por semana) |
| E1H | Quejas repetitivas relacionadas con la salud. Demanda continua de atención médica) | 1 - Indicador manifestado hasta 5 días por semana |
| E1H | Quejas repetitivas relacionadas con la salud. Demanda continua de atención médica) | 2 - Indicador manifestado diariamente o casi a diario (6-7 días por semana) |
| E1I | Quejas/síntomas repetitivos de ansiedad (no relacionadas con la salud, búsqueda de atención/realización respecto a horario, comida, vestido, etc) | 1 - Indicador manifestado hasta 5 días por semana |
| E1I | Quejas/síntomas repetitivos de ansiedad (no relacionadas con la salud, búsqueda de atención/realización respecto a horario, comida, vestido, etc) | 2 - Indicador manifestado diariamente o casi a diario (6-7 días por semana) |
| E1J | Malhumor por la mañana | 1 - Indicador manifestado hasta 5 días por semana |
| E1J | Malhumor por la mañana | 2 - Indicador manifestado diariamente o casi a diario (6-7 días por semana) |
| E1K | Insomnio, cambio del patrón habitual del sueño | 1 - Indicador manifestado hasta 5 días por semana |
| E1K | Insomnio, cambio del patrón habitual del sueño | 2 - Indicador manifestado diariamente o casi a diario (6-7 días por semana) |
| E1L | Expresión facial de tristeza, dolor, preocupación (ceño fruncido a menudo) | 1 - Indicador manifestado hasta 5 días por semana |
| E1L | Expresión facial de tristeza, dolor, preocupación (ceño fruncido a menudo) | 2 - Indicador manifestado diariamente o casi a diario (6-7 días por semana) |
| E1M | Tendencia al llanto | 1 - Indicador manifestado hasta 5 días por semana |

| | | |
|---------------------------------|--|---|
| E1M | Tendencia al llanto | 2 - Indicador manifestado diariamente o casi a diario (6-7 días por semana) |
| E1N | Movimientos físicos repetitivos (camina nerviosamente, se retuerce las manos, inquietud, jugueteo constante con objetos, etc) | 1 - Indicador manifestado hasta 5 días por semana |
| E1N | Movimientos físicos repetitivos (camina nerviosamente, se retuerce las manos, inquietud, jugueteo constante con objetos, etc) | 2 - Indicador manifestado diariamente o casi a diario (6-7 días por semana) |
| E1O | Abandono de actividades que le interesaban | 1 - Indicador manifestado hasta 5 días por semana |
| E1O | Abandono de actividades que le interesaban | 2 - Indicador manifestado diariamente o casi a diario (6-7 días por semana) |
| E1P | Disminución de las relaciones sociales | 1 - Indicador manifestado hasta 5 días por semana |
| E1P | Disminución de las relaciones sociales | 2 - Indicador manifestado diariamente o casi a diario (6-7 días por semana) |
| E2 | PERSISTENCIA DEL ESTADO DE ANIMO | 1 - Presencia de indicadores de fácil modificación |
| E2 | PERSISTENCIA DEL ESTADO DE ANIMO | 2 - Presencia de indicadores no fácilmente modificables |
| 10 SINTOMAS CONDUCTUALES | | |
| E4AA | DEAMBULA (Se mueve sin propósito razonado, parece que se despreocupa de sus necesidades o seguridad) | 1 - Conducta manifestada de 1 a 3 días en los últimos 7 días |
| E4AA | DEAMBULA (Se mueve sin propósito razonado, parece que se despreocupa de sus necesidades o seguridad) | 2 - Conducta de este tipo manifestada de 4 a 6 días en los últimos 7 días |
| E4AA | DEAMBULA (Se mueve sin propósito razonado, parece que se despreocupa de sus necesidades o seguridad) | 3 - Conducta de este tipo manifestada diariamente |
| E4AB | LENGUAJE OFENSIVO (Amenazas, gritos e insultos a otras personas) | 1 - Conducta de este tipo manifestada de 1 a 3 días en los últimos 7 días |
| E4AB | LENGUAJE OFENSIVO (Amenazas, gritos e insultos a otras personas) | 2 - Conducta de este tipo manifestada de 4 a 6 días en los últimos 7 días |
| E4AB | LENGUAJE OFENSIVO (Amenazas, gritos e insultos a otras personas) | 3 - Conducta de este tipo manifestada diariamente |
| E4AC | AGRESIVIDAD FÍSICA (Golpea, empuja, araña o abusa sexualmente de otros) | 1 - Conducta de este tipo manifestada de 1 a 3 días en los últimos 7 días |
| E4AC | AGRESIVIDAD FÍSICA (Golpea, empuja, araña o abusa sexualmente de otros) | 2 - Conducta de este tipo manifestada de 4 a 6 días en los últimos 7 días |
| E4AC | AGRESIVIDAD FÍSICA (Golpea, empuja, araña o abusa sexualmente de otros) | 3 - Conducta de este tipo manifestada diariamente |
| E4AD | COMPORTAMIENTO SOCIAL INADECUADO / ALTERADO (Emite sonidos perturbadores, ruido molesto, gritos, comete actos de autoagresión, actividad sexual o exhibicionismo en público, manipula/lanza comida/heces, acumula objetos, hurga en las pertenencias de otros) | 1 - Conducta de este tipo manifestada de 1 a 3 días en los últimos 7 días |
| E4AD | COMPORTAMIENTO SOCIAL INADECUADO / ALTERADO (Emite sonidos perturbadores, ruido molesto, gritos, comete actos de autoagresión, actividad sexual o exhibicionismo en público, manipula/lanza comida/heces, acumula objetos, hurga en las pertenencias de otros) | 2 - Conducta de este tipo manifestada de 4 a 6 días en los últimos 7 días |
| E4AD | COMPORTAMIENTO SOCIAL INADECUADO / ALTERADO (Emite sonidos perturbadores, ruido molesto, gritos, comete actos de autoagresión, actividad sexual o exhibicionismo en público, manipula/lanza comida/heces, acumula objetos, hurga en las pertenencias de otros) | 3 - Conducta de este tipo manifestada diariamente |
| E4AE | RECHAZO DE LOS CUIDADOS (Se resiste a tomar la medicación o a dejarse inyectar, a la ayuda en las actividades de la vida diaria o a alimentarse) | 1 - Conducta de este tipo manifestada de 1 a 3 días en los últimos 7 días |
| E4AE | RECHAZO DE LOS CUIDADOS (Se resiste a tomar la medicación o a dejarse inyectar, a la ayuda en las actividades de la vida diaria o a alimentarse) | 2 - Conducta de este tipo manifestada de 4 a 6 días en los últimos 7 días |
| E4AE | RECHAZO DE LOS CUIDADOS (Se resiste a tomar la medicación o a dejarse inyectar, a la ayuda en las actividades de la vida diaria o a alimentarse) | 3 - Conducta de este tipo manifestada diariamente |
| E5 | CAMBIO EN LOS SINTOMAS CONDUCTUALES | 1 - Mejoría |
| 13 CAIDAS | | |
| E4AA | DEAMBULA (Se mueve sin propósito razonado, parece que se despreocupa de sus necesidades o seguridad) | 1 - Conducta manifestada de 1 a 3 días en los últimos 7 días |
| E4AA | DEAMBULA (Se mueve sin propósito razonado, parece que se despreocupa de sus necesidades o seguridad) | 2 - Conducta de este tipo manifestada de 4 a 6 días en los últimos 7 días |
| E4AA | DEAMBULA (Se mueve sin propósito razonado, parece que se despreocupa de sus necesidades o seguridad) | 3 - Conducta de este tipo manifestada diariamente |
| J1F | Mareo/Vértigo | 1 - Si |
| J4A | Caida en los últimos 30 días | 1 - Si |
| J4B | Caida en los últimos 31-180 días | 1 - Si |
| O4B | Ansiofíticos | 1 |
| O4B | Ansiofíticos | 2 |
| O4B | Ansiofíticos | 3 |



| | | |
|--|--|---------------------------------|
| O4B | Ansiofíticos | 4 |
| O4B | Ansiofíticos | 5 |
| O4B | Ansiofíticos | 6 |
| O4B | Ansiofíticos | 7 |
| O4C | Antidepresivos | 1 |
| O4C | Antidepresivos | 2 |
| O4C | Antidepresivos | 3 |
| O4C | Antidepresivos | 4 |
| O4C | Antidepresivos | 5 |
| O4C | Antidepresivos | 6 |
| O4C | Antidepresivos | 7 |
| P4C | Restricción de tronco | 1 - No se usaron a diario |
| P4C | Restricción de tronco | 2 - Usados a diario |
| 14 ESTADO NUTRICIONAL | | |
| K3A | Pérdida de peso de un 5% ó más durante los últimos 30 días o un 10% o más en los últimos 180 días | 1 - Sí |
| K4A | Se queja del sabor de múltiples alimentos | 1 - Sí |
| K4C | Deja sin comer un 25% o más del alimento durante la mayoría de las comidas | 1 - Sí |
| K5A | Nutrición Parenteral / Intravenosa | 1 - Sí |
| K5C | Dieta alterada mecánicamente | 1 - Sí |
| K5D | Jeringuilla (alimentación oral) | 1 - Sí |
| K5E | Dieta terapéutica | 1 - Sí |
| M2A | Úlcera por presión - cualquier lesión causada por presión, que origina un daño en el tejido subyacente | 2 - Estadio 2 |
| M2A | Úlcera por presión - cualquier lesión causada por presión, que origina un daño en el tejido subyacente | 3 - Estadio 3 |
| M2A | Úlcera por presión - cualquier lesión causada por presión, que origina un daño en el tejido subyacente | 4 - Estadio 4 |
| 16 DESHIDRATACION/MANTENIMIENTO HIDRICO | | |
| I2J | Infección de las vías urinarias durante los últimos 30 días | 1 - Sí |
| J1A | Aumento o pérdida de peso igual o superior a 1,5 Kg | 1 - Sí |
| J1C | Deshidratación; las pérdidas superan a la ingesta | 1 - Sí |
| J1D | Escasez de líquidos, no consume todos o casi todos los líquidos que se le ofrecen durante los ÚLTIMOS 3 DÍAS | 1 - Sí |
| J1H | Fiebre | 1 - Sí |
| J1J | Hemorragia interna | 1 - Sí |
| K5A | Nutrición Parenteral / Intravenosa | 1 - Sí |
| K5B | Alimentación por sonda nasogástrica / gastrostomía | 1 - Sí |
| O4E | Diuréticos | 1 |
| O4E | Diuréticos | 2 |
| O4E | Diuréticos | 3 |
| O4E | Diuréticos | 4 |
| O4E | Diuréticos | 5 |
| O4E | Diuréticos | 6 |
| O4E | Diuréticos | 7 |
| 18 ULCERAS POR PRESION | | |
| G1A | MOVILIDAD EN LA CAMA | 2 - AYUDA LIMITADA |
| G1A | MOVILIDAD EN LA CAMA | 3 - AYUDA IMPORTANTE |
| G1A | MOVILIDAD EN LA CAMA | 4 - DEPENDENCIA TOTAL |
| G1A | MOVILIDAD EN LA CAMA | 8 - LA ACTIVIDAD NO TUVO LUGAR |
| G6A | Encamado todo el tiempo o la mayor parte del mismo | 1 - Sí |
| H1A | CONTINENCIA INTESTINAL | 1 - Habitualmente continente |
| H1A | CONTINENCIA INTESTINAL | 2 - Ocasionalmente incontinente |
| H1A | CONTINENCIA INTESTINAL | 3 - Frecuentemente incontinente |



| | | |
|-----------------------------------|--|---------------------------|
| H1A | CONTINENCIA INTESTINAL | 4 - Incontinente |
| I1J | Vasculopatía periférica | 0 - No |
| I1J | Vasculopatía periférica | 1 - Sí |
| M2A | Úlcera por presión - cualquier lesión causada por presión, que origina un daño en el tejido subyacente | 1 - Estadio 1 |
| M2A | Úlcera por presión - cualquier lesión causada por presión, que origina un daño en el tejido subyacente | 2 - Estadio 2 |
| M2A | Úlcera por presión - cualquier lesión causada por presión, que origina un daño en el tejido subyacente | 3 - Estadio 3 |
| M2A | Úlcera por presión - cualquier lesión causada por presión, que origina un daño en el tejido subyacente | 4 - Estadio 4 |
| M3 | HISTORIA DE ÚLCERAS CURADAS | 1 - Sí |
| M4E | Piel insensible al dolor o presión | 1 - Sí |
| P4C | Restricción de tronco | 2 - Usados a diario |
| 20 DISPOSITIVOS LIMITACIÓN FÍSICA | | |
| P4C | Restricción de tronco | 1 - No se usaron a diario |
| P4C | Restricción de tronco | 2 - Usados a diario |
| P4D | Restricción de miembros | 1 - No se usaron a diario |
| P4D | Restricción de miembros | 2 - Usados a diario |
| P4E | Silla de sujeción (impide levantarse) | 1 - No se usaron a diario |
| P4E | Silla de sujeción (impide levantarse) | 2 - Usados a diario |

RELACIÓN DE LOS CONTROLES DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA CFR

| Sección | Tipo de control |
|---------|--|
| B1 | Contestar a todas las preguntas |
| B2 | Contestar a todas las preguntas |
| B4 | Contestar a todas las preguntas |
| C4 | Contestar a todas las preguntas |
| C6 | Contestar a todas las preguntas |
| E1 | Libre |
| E2 | Obligatoria si en E1 se ha marcado alguna contestación |
| E4 | Contestar a todas las preguntas |
| E5 | Contestar a todas las preguntas |
| G1 | Contestar a todas las preguntas |
| G2 | Contestar a todas las preguntas |
| G3 | Contestar a todas las preguntas |
| G6 | Contestar al menos una pregunta/no marcar G6F si se ha marcado otra contestación |
| G8 | Contestar al menos una pregunta/no marcar G6E si se ha marcado otra contestación |
| H1 | Contestar a todas las preguntas |
| H3 | Contestar al menos una pregunta/no marcar H3J si se ha marcado otra contestación |
| I1 | Contestar a todas las preguntas |
| I2 | Contestar a todas las preguntas |
| I3 | Libre |
| J1 | Contestar al menos una pregunta/no marcar J1P si se ha marcado otra contestación |
| J4 | Contestar al menos una pregunta/no marcar J4E si se ha marcado otra contestación |
| J5 | Contestar al menos una pregunta/no marcar J5D si se ha marcado otra contestación |
| K3A | Contestar a todas las preguntas |
| K4 | Contestar al menos una pregunta/no marcar K4D si se ha marcado otra contestación |
| K5 | Contestar al menos una pregunta/no marcar K5I si se ha marcado otra contestación |
| K6 | Contestar K6A y/o K6B si se ha contestado K5A=1 y/o K5B=1 |
| M1 | Contestar a todas las preguntas |
| M2 | Contestar a todas las preguntas |
| M3 | Contestar a todas las preguntas |
| M4 | Contestar al menos una pregunta/no marcar M4H si se ha marcado otra contestación |
| M5 | Contestar al menos una pregunta/no marcar M5J si se ha marcado otra contestación |
| M6 | Contestar al menos una pregunta/no marcar M6G si se ha marcado otra contestación |
| N1 | Contestar al menos una pregunta/no marcar N1D si se ha marcado otra contestación |
| O3 | Obligatoria. Rango de valores: 0 - 7 |
| O4 | Obligatoria. Rango de valores: 0 - 7 |
| P1A | Libre |
| P1BA | Obligatoria. Rango de valores: 0 - 7 |
| P1BB | Obligatoria. Rango de valores: 0 - 7 |
| P3 | Libre |
| P4 | Libre |
| P7 | Obligatoria. Rango de valores: 0 - 14 |
| P8 | Obligatoria. Rango de valores: 0 - 14 |

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE RESIDENTES C.F.R.

Manual de la Aplicación Informática (C)



ÍNDICE – Manual Aplicación Informática

- ❶ ¿Cómo se accede a la Aplicación CFR? 1
- ❷ Manejo de la Aplicación 3
 - 1. Botones de uso en la pantalla de: Gestión ➔ Valoraciones..... 3
 - 2. CIE-9 14
 - 3. Cierre de la Valoración..... 17
- ❸ Consultas y listados 19
 - 1. Formulario de evaluación. 19
 - 2. Ficha del Residente. 22
 - 3. Usuarios por valor de ítems..... 24
 - 4. Usuarios por categorías de RUG III..... 25
 - 5. Usuarios pendientes de evaluar. 25
 - 6. Histórico de Valoraciones. 26
 - 7. Totales por categorías de RUG III..... 28
 - 8. Ítems asociados a PIA. 29
 - 9. Consulta Individual de PIA. 31
 - 10. Totales por PIA..... 33



La Aplicación C.F.R., Clasificación Funcional del Residente, tiene como objetivo desempeñar una función de evaluación del residente, para poder obtener información relativa a la asignación de recursos..., estando relacionada con la Aplicación G.C.P., Gestión y Control de Plazas, pues la evaluación del residente se realiza a todos aquellos que se encuentren ingresados en Centros de la Comunidad de Madrid.

Con el manejo de CFR se pretende realizar un formulario de evaluación, a través de la ejecución de un test, seleccionándose una serie de preguntas, aplicándose a cada residente que se encuentre ingresado en un centro propio de la Comunidad de Madrid, obteniendo a través de los datos que se indiquen un resultado de evaluación y asignándose al residente un determinado nivel funcional.

También existe la posibilidad de tener una historia de todas las evaluaciones que se realicen a los residentes, al estar relacionada con la GCP, pudiéndose realizar informes estadísticos, en relación a todos aquellos residentes que se encuentren ingresados en un Centro con una determinada enfermedad, nivel funcional... Así mismo también se pueden obtener listados desde CFR.

❶ ¿CÓMO SE ACCEDE A LA APLICACIÓN CFR?

Pasos a seguir:

Botón Inicio/Internet Explorer. Accederemos a la página de Infomadrid y en el campo dirección escribiremos: <http://infomadrid/cfr>, y a continuación pulsando

'Intro'; nos aparecerá la ventana siguiente:

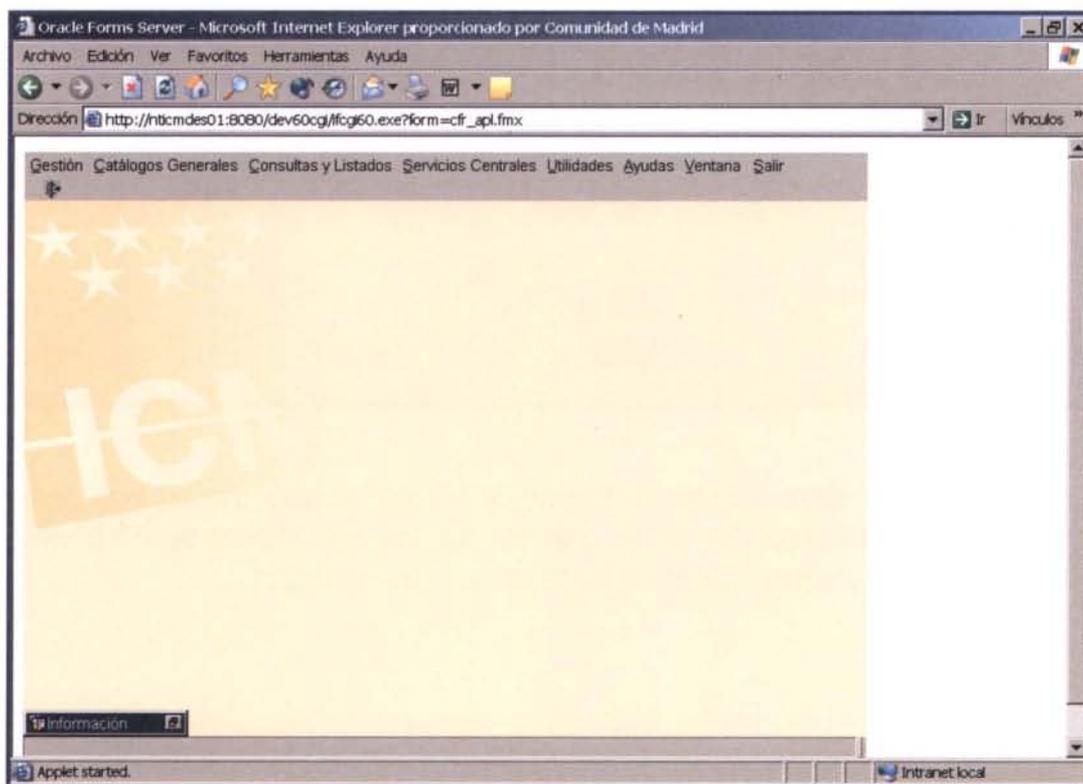


A continuación pulsaremos 'Entrar', al visualizar una 'mano', nos aparecerá la ventana de Identificación, en la cual tendremos que indicar nuestro usuario y contraseña, para poder empezar a trabajar con la Aplicación.



Independientemente del Usuario y Contraseña de acceso a la Aplicación, los Usuarios estarán asociados al centro de trabajo que le corresponda a cada uno.

Visualizaremos la siguiente pantalla:



2 MANEJO DE LA APLICACIÓN

1. BOTONES DE USO EN LA PANTALLA DE: GESTIÓN VALORACIONES →



La utilidad de cada uno de estos botones, comenzando de izquierda a derecha, es la siguiente:

- Desplazamiento al Primer Registro.
- Desplazamiento al Registro Anterior.
- Desplazamiento al Siguiente Registro.
- Desplazamiento al Último Registro.
- Alta o crear Registro.
- Baja o eliminar Registro Seleccionado.
- Consultar o Buscar Datos.
- Vaciar criterios de Selección.
- Imprimir
- Aceptar (en este caso aparece atenuado).
- Cancelar (también atenuado).
- Salir (de la ventana).

Importante:

Sólo se podrá trabajar con aquellos botones que estén activos. Si están atenuados significa que no se puede trabajar con ellos.

 Este botón servirá, en cada caso, para buscar en la lista asociada a la pregunta, las posibles respuestas. Si está asociado a un campo comprendido dentro de 'Criterios de selección', servirá para realizar búsquedas de datos en la realización de consultas.

 Este botón servirá, para seleccionar un intervalo de fechas, cuando se quieran realizar búsquedas en un intervalo de tiempo determinado.

Aparecerá la siguiente pantalla:



En ella se indicará el mes, año y día. Para seleccionarlo, se hará 'doble clic', sobre el día, apareciendo dicho dato en el campo correspondiente de la pantalla en la que estamos trabajando.

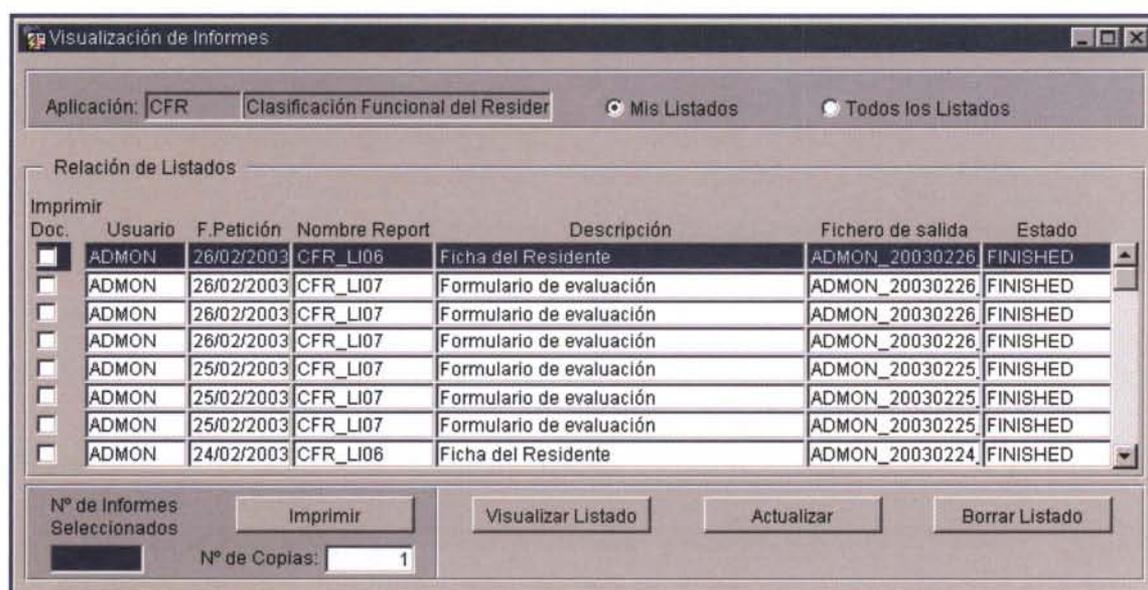
Criterios de Selección

Su función es realizar búsquedas de datos. Para ello, se selecciona a través del botón  el dato que nos interesa o bien el dato que ya sabemos en cada campo.

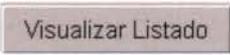
A continuación pulsaremos el botón  obteniendo de este modo el resultado de nuestra consulta.

Visualización de Informes

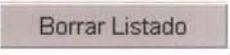
Podemos visualizar e imprimir los listados que se han generado desde la Aplicación, en la pantalla:



| Doc. | Usuario | F.Petición | Nombre Report | Descripción | Fichero de salida | Estado |
|--------------------------|---------|------------|---------------|--------------------------|-------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | ADMON | 26/02/2003 | CFR_LI06 | Ficha del Residente | ADMON_20030226 | FINISHED |
| <input type="checkbox"/> | ADMON | 26/02/2003 | CFR_LI07 | Formulario de evaluación | ADMON_20030226 | FINISHED |
| <input type="checkbox"/> | ADMON | 26/02/2003 | CFR_LI07 | Formulario de evaluación | ADMON_20030226 | FINISHED |
| <input type="checkbox"/> | ADMON | 26/02/2003 | CFR_LI07 | Formulario de evaluación | ADMON_20030226 | FINISHED |
| <input type="checkbox"/> | ADMON | 25/02/2003 | CFR_LI07 | Formulario de evaluación | ADMON_20030225 | FINISHED |
| <input type="checkbox"/> | ADMON | 25/02/2003 | CFR_LI07 | Formulario de evaluación | ADMON_20030225 | FINISHED |
| <input type="checkbox"/> | ADMON | 25/02/2003 | CFR_LI07 | Formulario de evaluación | ADMON_20030225 | FINISHED |
| <input type="checkbox"/> | ADMON | 24/02/2003 | CFR_LI06 | Ficha del Residente | ADMON_20030224 | FINISHED |

Para visualizar el listado pulsaremos el botón . A continuación se despliega el visualizador de informes 'Acrobat Reader'(Pantalla Netscape).

Para imprimir el listado, desde esta pantalla, pulsaremos el botón .

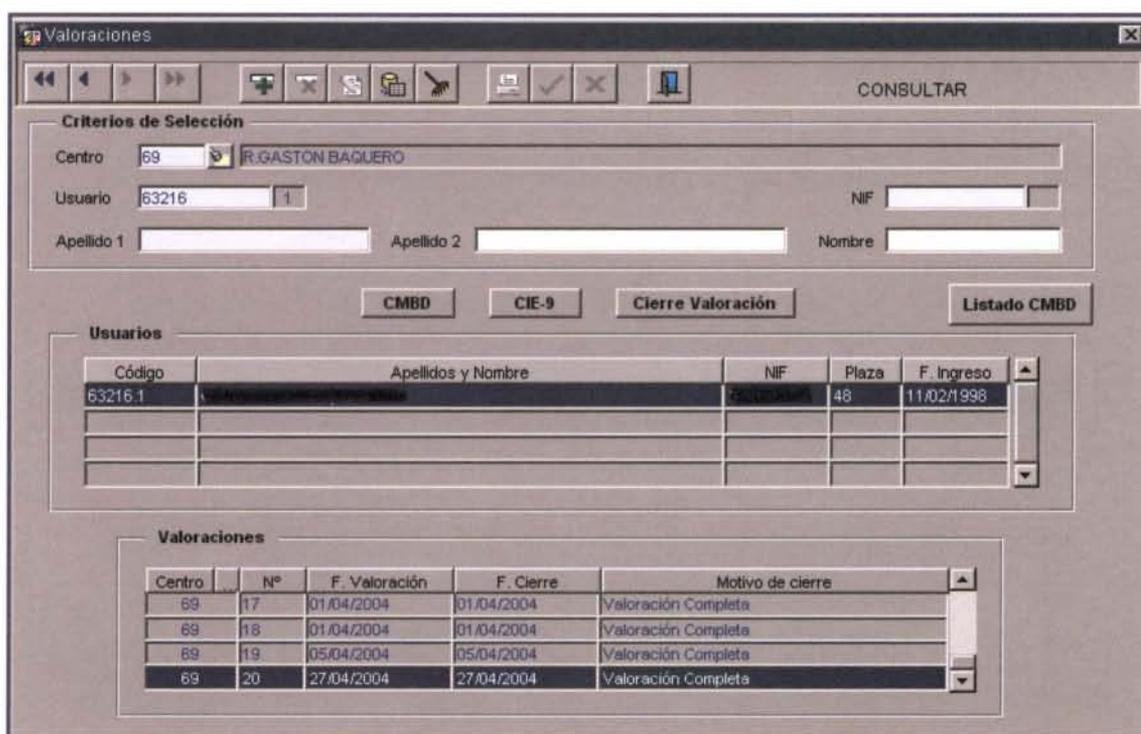
Para borrar listados, pulsaremos el botón .

Funcionalidades de la Aplicación

Gestión ➔ Valoraciones

Desde esta pantalla visualizamos todos los usuarios que se encuentran en nuestro Centro.

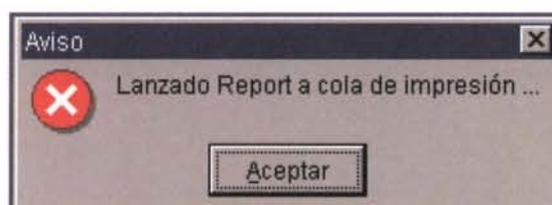
En primer lugar visualizamos todos los campos comprendidos dentro de 'Criterios de Selección', que nos permiten realizar búsquedas.



| Código | Apellidos y Nombre | NIF | Plaza | F. Ingreso |
|---------|--------------------|----------|-------|------------|
| 63216.1 | R. GASTÓN BAQUERO | 63216111 | 48 | 11/02/1998 |
| | | | | |
| | | | | |

| Centro | Nº | F. Valoración | F. Cierre | Motivo de cierre |
|--------|----|---------------|------------|---------------------|
| 69 | 17 | 01/04/2004 | 01/04/2004 | Valoración Completa |
| 69 | 18 | 01/04/2004 | 01/04/2004 | Valoración Completa |
| 69 | 19 | 05/04/2004 | 05/04/2004 | Valoración Completa |
| 69 | 20 | 27/04/2004 | 27/04/2004 | Valoración Completa |

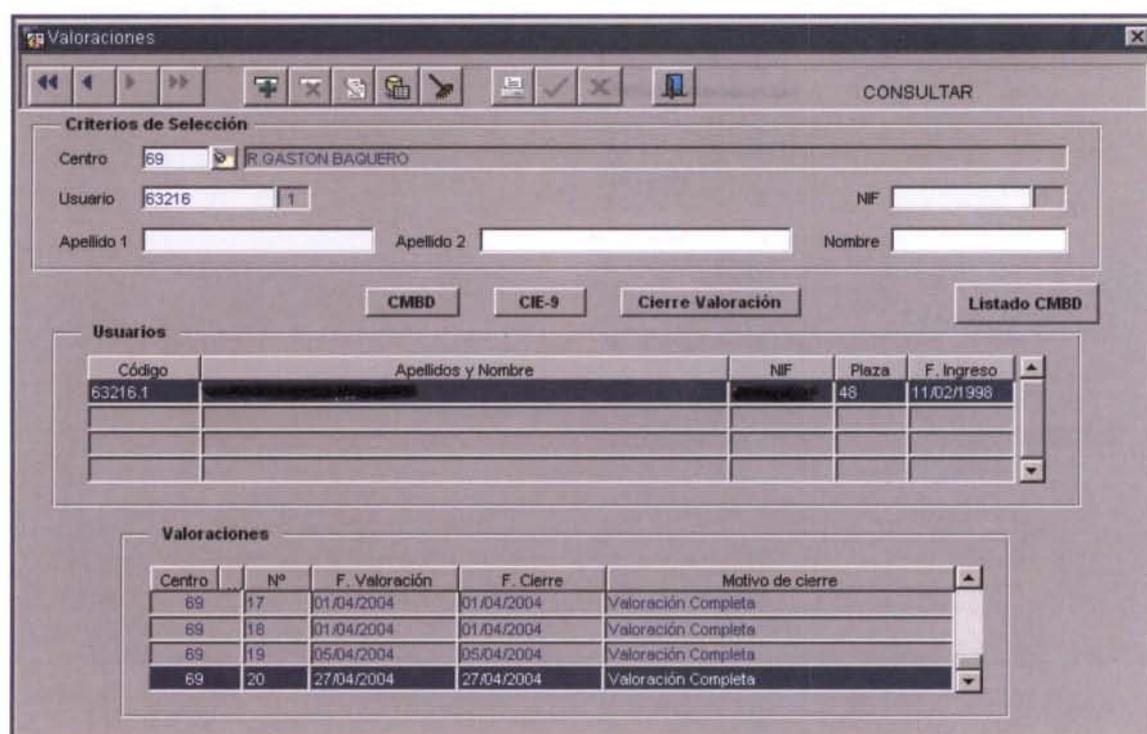
Antes de dar de alta una valoración, podemos, desde esta pantalla, imprimir el CMBD. Para ello, pulsaremos el botón: **Listado CMBD**. A continuación nos aparecerá el mensaje:



A continuación iremos a la opción de menú: **Utilidades** ➔ **Visualizar cola de impresión**. Se seguirán los mismos pasos que se han explicado en: Consultas y Listados ➔ Formulario de Evaluación.

Obtendremos el CMBD en blanco.

Para dar de alta una valoración, seleccionaremos el usuario y a continuación, pulsaremos el botón . A continuación, se indica la fecha de inicio de la valoración. En **Valoraciones**, aparecerá la siguiente pantalla:



| Centro | Nº | F. Valoración | F. Cierre | Motivo de cierre |
|--------|----|---------------|------------|---------------------|
| 69 | 17 | 01/04/2004 | 01/04/2004 | Valoración Completa |
| 69 | 18 | 01/04/2004 | 01/04/2004 | Valoración Completa |
| 69 | 19 | 05/04/2004 | 05/04/2004 | Valoración Completa |
| 69 | 20 | 27/04/2004 | 27/04/2004 | Valoración Completa |

En ella visualizamos:

En Criterios de Selección, todos los campos que podemos utilizar para realizar búsquedas, así como nuestro centro.

En segundo lugar, los usuarios que se encuentran en nuestro centro y en este caso se ha realizado una búsqueda por nombre de usuario.

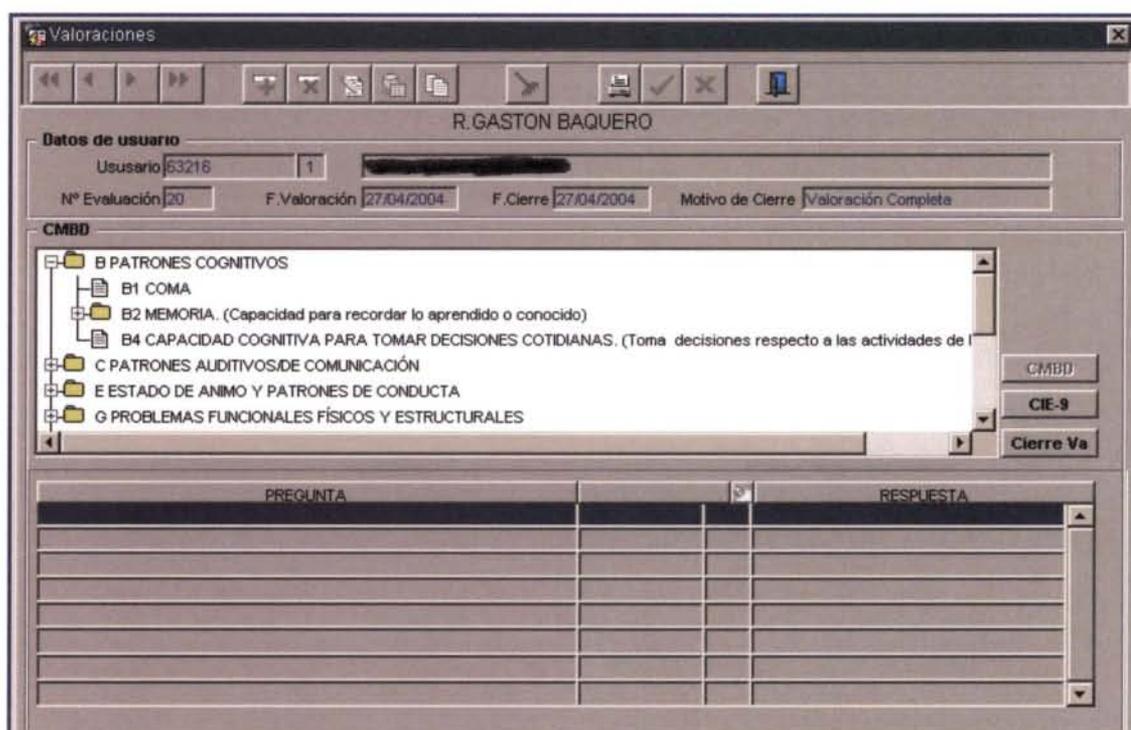
En tercer lugar, el número o números de valoraciones del usuario que hemos seleccionado en **Usuarios**.

A continuación se pulsará el botón .

A continuación se pulsará el botón **CMBD**.

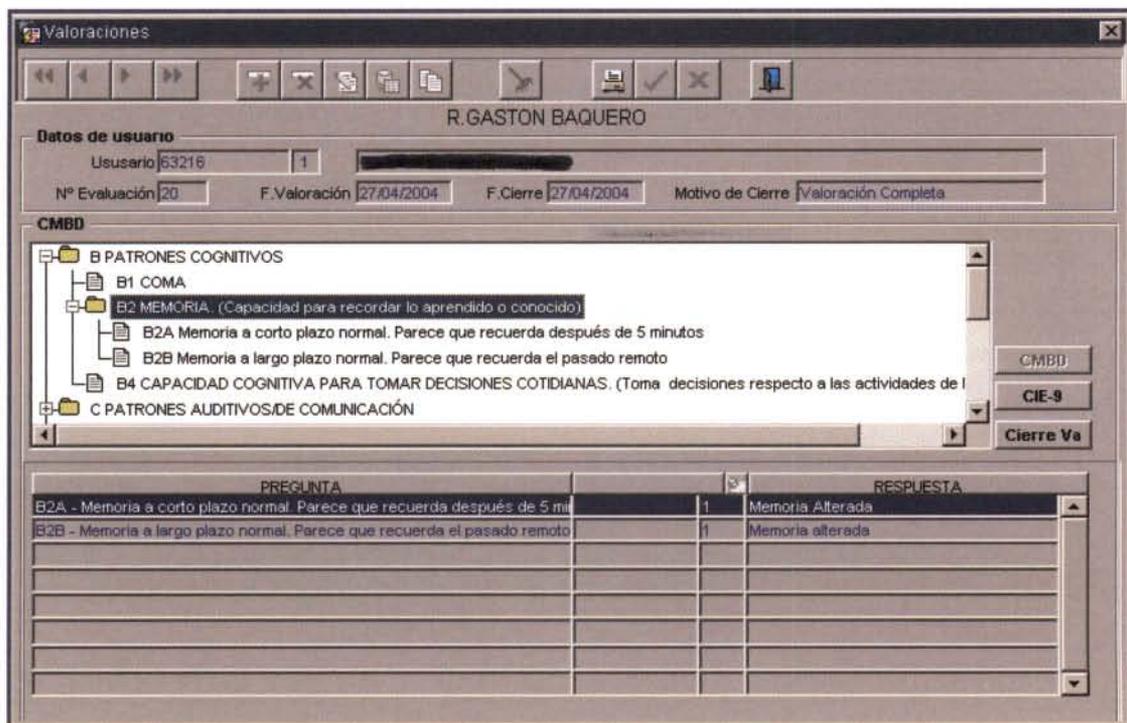
Nos aparecerá la siguiente pantalla, visualizándose en forma de árbol el **CMBD**.

En esta pantalla visualizamos los ítems en el árbol de secciones del CMBD. Se ha utilizado el dibujo de una hoja como identificador gráfico.



Esto no implica que los ítems dejen de responderse en la parte inferior de la pantalla.

Pinchando en el botón , visualizamos todas las preguntas (el manejo es similar al Explorador de Windows).



| PREGUNTA | | RESPUESTA |
|--|---|------------------|
| B2A - Memoria a corto plazo normal. Parece que recuerda después de 5 minutos | 1 | Memoria Alterada |
| B2B - Memoria a largo plazo normal. Parece que recuerda el pasado remoto | 1 | Memoria alterada |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

A través del botón  se indicarán, el valor correspondiente a la pregunta.

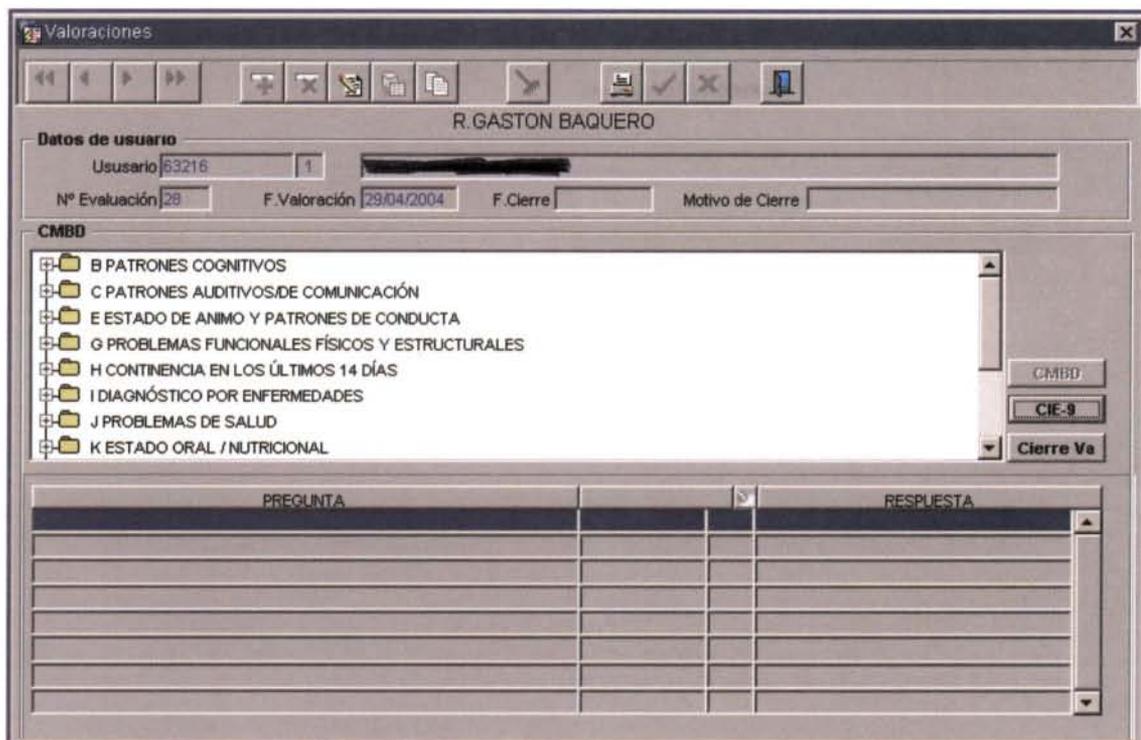
Al finalizar, pulsaremos el botón .

También existe la posibilidad de copiar el CMBD de valoraciones anteriores. Para ello se seguirán los siguientes pasos:

1º Se abre una valoración tal y como hemos explicado con anterioridad.

2º Pulsamos el botón .

3º Visualizamos la siguiente pantalla:



| PREGUNTA | RESPUESTA |
|----------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

4º Pulsamos el botón de .

5º A continuación se activa el siguiente botón: . Este botón permite recuperar datos de otras valoraciones del usuario con el que estamos trabajando.

6º Pinchamos el botón:  y visualizamos la siguiente pantalla:



Usuario: 63216.1

Datos de usuario

| Nº | F.Valoración | F.Cierre | Motivo de Cierre |
|-------------------------------------|--------------|------------|------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 28/01/2004 | 28/01/2004 | 01 Valoración Completa |
| <input type="checkbox"/> | 28/01/2004 | 28/01/2004 | 01 Valoración Completa |
| <input type="checkbox"/> | 28/01/2004 | 28/01/2004 | 01 Valoración Completa |
| <input type="checkbox"/> | 28/01/2004 | 28/01/2004 | 01 Valoración Completa |

CMBD

Los items que actualmente están dados de baja aparecen marcados y no se copiarán

| Preguntas | Respuestas | Anul... |
|-----------------------------------|----------------------|--------------------------|
| B2A Memoria a corto plazo normal. | 1 - Memoria Alterada | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> |

En esta pantalla visualizamos el código de usuario del residente, nombre y apellidos, el número de valoraciones realizadas a dicho residente, con la fecha de inicio de la valoración y la fecha de cierre y el motivo de cierre.

Podemos seleccionar la valoración que queremos copiar, ayudándonos con la barra de desplazamiento vertical. A continuación, seleccionaremos la valoración que queremos copiar pinchando en la casilla correspondiente. En la parte inferior de la pantalla visualizaremos las preguntas del CMBD y las respuestas que se han contestado tal y como vemos en la siguiente pantalla:

Valoraciones

Usuario: 63216.1

Datos de usuario

| Nº | F.Valoración | F.Cierre | Motivo de Cierre |
|--|--------------|------------|------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 22 | 28/04/2004 | 28/04/2004 | 01 Valoración Completa |
| <input type="checkbox"/> 23 | 28/04/2004 | 28/04/2004 | 01 Valoración Completa |
| <input type="checkbox"/> 24 | 28/04/2004 | 28/04/2004 | 01 Valoración Completa |
| <input type="checkbox"/> 25 | 28/04/2004 | 28/04/2004 | 01 Valoración Completa |

Los ítems que actualmente están dados de baja aparecen marcados y no se copiarán.

CMBD

| Preguntas | Respuestas | Anul. |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| E4AB LENGUAJE OFENSIVO (Amen... | 2 - Conducta de este tipo manifestada de 4 a 6 días en los últimos | <input type="checkbox"/> |
| E4AC AGRESIVIDAD FÍSICA (Golpes ... | 1 - Conducta de este tipo manifestada de 1 a 3 días en los últimos | <input type="checkbox"/> |
| E4AD COMPORTAMIENTO SOCIAL II ... | 2 - Conducta de este tipo manifestada de 4 a 6 días en los últimos | <input type="checkbox"/> |
| E4AE RECHAZO DE LOS CUIDADOS ... | 3 - Conducta de este tipo manifestada diariamente | <input type="checkbox"/> |
| E5 CAMBIO EN LOS SINTOMAS C ... | 2 - Empeoramiento | <input type="checkbox"/> |
| G1A MOVILIDAD EN LA CAMA ... | 4 - DEPENDENCIA TOTAL | <input type="checkbox"/> |
| G1B TRANSFERENCIAS ... | 1 - SUPERVISIÓN | <input type="checkbox"/> |
| G1C DEAMBULACIÓN ... | 3 - AYUDA IMPORTANTE | <input type="checkbox"/> |
| G1F DESPLAZAMIENTO FUERA DE ... | 3 - AYUDA IMPORTANTE | <input checked="" type="checkbox"/> |
| G1G VESTIRSE ... | 4 - DEPENDENCIA TOTAL | <input type="checkbox"/> |

Es importante reseñar, que los ítems que actualmente están dados de baja aparecerán marcados con un aspa y no se copiarán en la nueva valoración.

Para poder visualizar la descripción completa tanto de las preguntas como de las respuestas pulsaremos el botón: .

7º A continuación, se pulsará el botón: .

8º Aparecerá la pantalla de valoraciones, y ya se habrá copiado la valoración.



En el CMBD, la Aplicación realiza una serie de controles que son los siguientes:

1º Que la cumplimentación del ítem E2 (persistencia en el estado de ánimo) sea obligatoria cuando alguna de las respuestas a los ítems de la sección E1 no sea el cód. 0 (Indicador no manifestado en los últimos 30 días). **Este control viene definido automáticamente en la Aplicación.**

2º Se incluye un control para que no se permita cerrar una valoración sin tener contestadas al menos alguna de las preguntas en las siguientes secciones: E2, G6, G8, H3, J1, J4, J5, K1, K4, K5, M4, M5, M6, N1.

3º Al marcar un ítem del tipo: '**Ninguna de las anteriores**', se controlará que no se puede responder afirmativamente a las preguntas que preceden a dicho ítem dentro de la misma sección. Al responder a un ítem del tipo '**Ninguna de las anteriores**' con valor distinto de 0 no se podrá responder a ninguno de los ítems que le preceden en la misma sección con valor distinto de '0'.

Al responder a un ítem del tipo: '**Ninguna de las anteriores**' con valor igual a '0', será obligatoria que al menos se responda con valor distinto de '0' a uno de los ítems que le preceden de la misma sección. **Estos controles se definen desde los Catálogos utilizados desde Servicios Centrales.**

4º En la sección k6 será obligatoria cumplimentar los ítems k6a y k6b si k5A se respondió con el código 1y/ok5b se respondió con el código1. **Este control viene definido automáticamente en la Aplicación.**

5º Que en la sección P1BB sólo se admiten respuestas que no superen los 4 dígitos. **Este control viene definido automáticamente en la Aplicación.**

2. CIE-9

Una vez finalizado se realizará el **CIE-9**, es decir, se seleccionarán las enfermedades del catálogo internacional de enfermedades. Se visualizará la siguiente pantalla:

Para indicar la/s enfermedad/es, pulsaremos el botón .



Valoraciones (CIE-9)

CONSULTA

R. PP.MM. "GASTON BAQUERO"

Datos de usuario

Usuario 1649

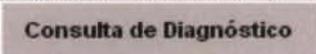
Nº Evaluación 4 F.Valoración 08/05/2003 F.Cierre Motivo de Cierre

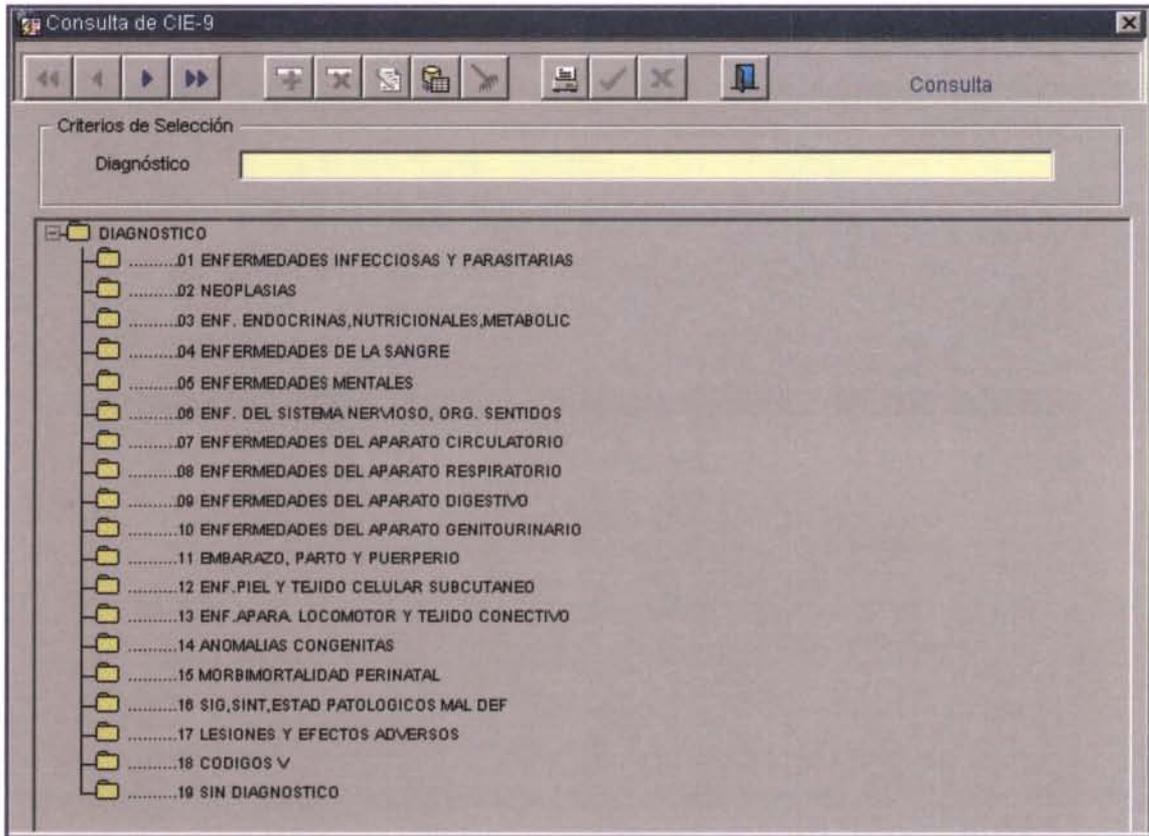
CMBD CIE-9 Cierre Valoración

CIE-9

| Código | Diagnóstico |
|--------|-------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Consulta de Diagnóstico

A través de esta pantalla, se podrá consultar el diagnóstico, pulsando el botón: . Visualizamos la siguiente pantalla:



Para realizar búsquedas indicaremos en el campo Diagnóstico, dentro de 'Criterios de Selección', el que nos interese. Para ver el resultado de la consulta, pulsaremos el botón de .



El resultado sería el siguiente:

The screenshot shows a software window titled 'Consulta de CIE-9'. At the top, there is a toolbar with navigation and search icons. Below the toolbar, the 'Criterios de Selección' section contains a search box with the text 'neoplasias'. The main area, titled 'Diagnósticos', displays a table of results.

| Cód. | Clase | Subclase | Diagnóstico |
|------|-------|----------|---|
| 01 | 042 | 042.2 | INFECCION POR VIH CON NEOPLASIAS MALIGNAS ESPECIFICADAS |
| 02 | 154 | 154.8 | N. MALIGNA DE OTRAS NEOPLASIAS DE RECTO, UNION RECTOSIG.Y ANO |
| 02 | 173 | 173.0 | OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS DE PIEL LABIO |
| 02 | 173 | 173.1 | O. NEOPLASIAS MALIGNAS PIEL PARPADO CON INCLUSION DEL CANTO |
| 02 | 173 | 173.2 | O. NEOPLASIAS MALIGNAS PIEL OIDO Y CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO |
| 02 | 173 | 173.4 | O. NEOPLASIAS MALIGNAS DE PIEL CUERO CABELLUDO Y CUELLO |
| 02 | 173 | 173.5 | O. NEOPLASIAS MALIGNAS DE PIEL TRONCO EXCEPTO ESCROTO |
| 02 | 173 | 173.6 | O. NEOPLASIAS MALIG. DE PIEL MIEMBROS SUPER. INCLUIDO HOMBRO |
| 02 | 173 | | OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA PIEL |
| 02 | 202 | | OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS TEJIDOS LINFOIDES E HISTIOCITOS |
| 02 | 203 | 203.8 | OTRAS NEOPLASIAS INMUNOPROLIFERATIVAS |
| 02 | 215 | | OTRAS NEOPLASIAS BENIGNAS TEJIDOS CONECTIVOS Y OTROS BLANDOS |
| 02 | 219 | | OTRAS NEOPLASIAS BENIGNAS UTERO |
| 02 | 237 | | NEOPLASIAS COMPORT. NO DETERM. GLAND. ENDOCR. Y S. NERVIOSO |
| 02 | 239 | | NEOPLASIAS DE NATURALEZA NO ESPECIFICADA |

Para salir de la consulta, pulsaremos el botón , volviendo a la pantalla 'Consulta de CIE-9' y pulsando otra vez el botón , hasta la pantalla Valoraciones (CIE-9).



3. CIERRE DE LA VALORACIÓN

Pulsaremos el botón **Cierre Valoración**.

Se realizará el cierre de una valoración, realizándose los cálculos para determinar el resultado del RUG de un residente.

En primer lugar visualizamos los datos del usuario, cuya valoración se va a cerrar.

A continuación los datos correspondientes a Cierre Valoración:

- Categoría RUG.
- Subcategoría RUG.
- Intervalo de AVD.
- Deterioro Cognitivo.

Y por último:

- Fecha del Cierre.
- Motivo del Cierre. Se indicará el motivo del cierre, seleccionando con el botón de .

En dicha pantalla también visualizaremos los PIA (Procedimiento para identificar alertas). Un ejemplo sería el siguiente:

Al desplazarnos con la barra de herramientas vertical visualizamos todos los PIA obtenidos.

En el botón de **Observaciones**, al pulsarlo, se pueden indicar alguna observación que se considere relevante. A continuación se pulsará el botón  de la pantalla de 'Obsevaciones' y finalmente se pulsará el botón , correspondiente a la pantalla de: 'Valoraciones' desde la cual se está realizando el cierre de la valoración. La información que se refleje en el este campo se visualizará en el listado de **'Ficha del Residente'**.

Completar el botón **Observaciones**, es opcional.

3 CONSULTAS Y LISTADOS

Las consultas y listados disponibles en la Aplicación son los siguientes:

1. FORMULARIO DE EVALUACIÓN.

Se obtiene el formulario de valoración del residente. En primer lugar visualizaremos los datos generales del residente y a continuación los datos correspondientes al formulario de evaluación con sus respuestas. Se obtiene la ficha de aquellos usuarios que están ocupando una plaza en su Centro.

Se pueden utilizar todos los campos comprendidos en 'Criterios de Selección', para realizar las búsquedas.

Para ver el resultado, se pulsa el botón .

El resultado es el siguiente:

Formulario de evaluación

CONSULTAR

Criterios de Selección

Centro R. PP.MM "GASTON BAQUERO"

Usuario NIF N° Valoración F. Valoración

Apellido 1 Apellido 2 Nombre

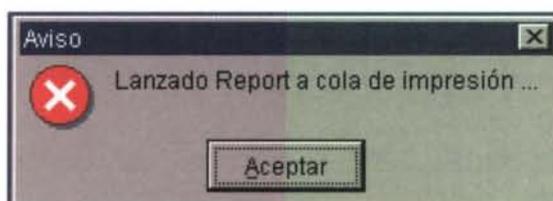
Sección

Relación de Usuarios

| Usuario | Apellidos y Nombre | N.I.F. | N° Val. | F. Valoración | F. Cierre |
|----------|--------------------|------------|---------|---------------|------------|
| 001649-1 | [REDACTED] | [REDACTED] | 1 | 04/03/2003 | 04/03/2003 |
| 001649-1 | [REDACTED] | [REDACTED] | 2 | 08/05/2003 | 08/05/2003 |
| 001649-1 | [REDACTED] | [REDACTED] | 3 | 08/05/2003 | 08/05/2003 |
| 001649-1 | [REDACTED] | [REDACTED] | 4 | 08/05/2003 | |
| 001651-8 | [REDACTED] | [REDACTED] | 1 | 03/03/2003 | 06/03/2003 |
| 001651-8 | [REDACTED] | [REDACTED] | 2 | 09/05/2003 | 09/05/2003 |
| 001652-7 | [REDACTED] | [REDACTED] | 1 | 04/03/2003 | 06/03/2003 |
| 001652-7 | [REDACTED] | [REDACTED] | 2 | 08/05/2003 | 08/05/2003 |
| 001652-7 | [REDACTED] | [REDACTED] | 3 | 09/05/2003 | 09/05/2003 |
| 001652-7 | [REDACTED] | [REDACTED] | 4 | 09/05/2003 | |

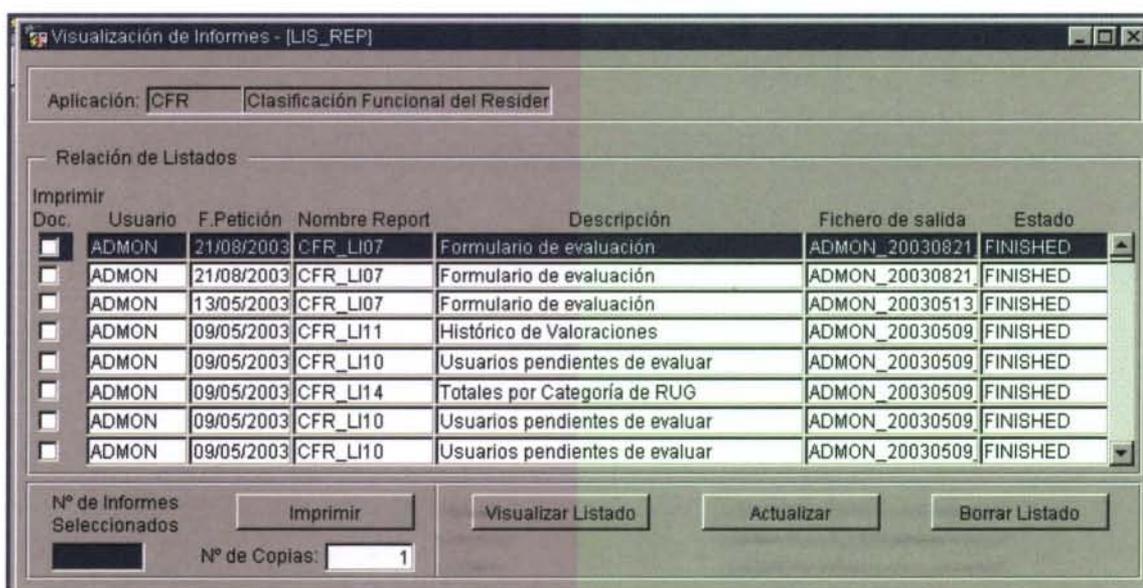
Para obtener la ficha de un residente, seleccionaremos el correspondiente y a continuación pulsaremos el botón .

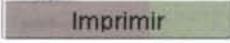
Nos aparecerá el siguiente mensaje:



A continuación iremos a la opción de menú: **Utilidades** ➔ **Visualizar cola de impresión**

Veremos la siguiente pantalla:



Para obtener la ficha, seleccionar el documento con una 'aspa' y a continuación pulsar el botón de .

La información que obtenemos son los datos correspondientes a los ítems a los que se haya respondido, visualizándose los siguientes datos:

- La descripción de la pregunta.
- La ayuda asociada a la pregunta.
- La respuesta asociada a dicha pregunta.

Desde la pantalla de Formulario de Evaluación, también podemos obtener el formulario de evaluación en blanco.

Los pasos a seguir son los siguientes:

- Pulsar el botón de .
- A continuación nos aparecerá el mensaje: 'Lanzado Report a cola de impresión'.
- Ir a la opción de menú: **Utilidades** ➔ **Visualizar cola de impresión**

2. FICHA DEL RESIDENTE.

Se obtiene la ficha inicial de identificación e información del residente. En primer lugar visualizamos los datos correspondientes al usuario. El resultado es la ficha de aquellos usuarios que están ocupando una plaza en su Centro.

Para obtener la ficha de un determinado usuario, se seleccionará con una 'aspa'.

El resultado es el siguiente:



Ficha del Residente CCNSULTAR

Criterios de Selección

Centro: 69 R.GASTON BAQUERO

Usuario: NIF: Nº Valoración: F. Valoración:

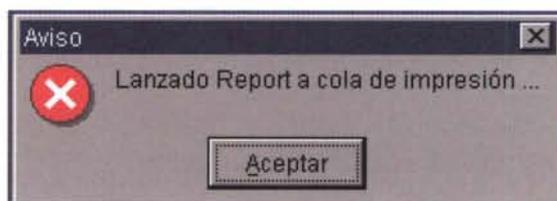
Apellido 1: Apellido 2: Nombre:

Relación de usuarios

| Usuario | Apellidos y Nombre | N.I.F. | Nº Val. | F. Evaluación | F. Cierre |
|--|--------------------|--------|---------|---------------|------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 048619-1 | | | 1 | 01/01/2004 | 01/01/2004 |
| <input type="checkbox"/> 048619-1 | | | 2 | 02/01/2004 | |
| <input type="checkbox"/> 053303-1 | | | 1 | 01/01/2003 | 01/01/2003 |
| <input type="checkbox"/> 053303-1 | | | 2 | 25/12/2003 | 25/12/2003 |
| <input type="checkbox"/> 053303-1 | | | 3 | 26/03/2004 | 26/03/2004 |
| <input type="checkbox"/> 053303-1 | | | 4 | 27/03/2004 | |
| <input type="checkbox"/> 063216-1 | | | 1 | 28/01/2004 | 28/01/2004 |
| <input type="checkbox"/> 063216-1 | | | 2 | 28/01/2004 | 28/01/2004 |
| <input type="checkbox"/> 063216-1 | | | 3 | 28/01/2004 | 28/01/2004 |
| <input type="checkbox"/> 063216-1 | | | 4 | 28/01/2004 | 28/01/2004 |

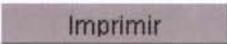
A continuación pulsaremos el botón .

Nos aparecerá el siguiente mensaje:



A continuación iremos a la opción de menú: **Utilidades** ➔ **Visualizar cola de impresión**.

Veremos la pantalla de 'Visualización de Informes'.

Para obtener la ficha, seleccionar el documento con una 'aspa' y a continuación pulsar el botón de .

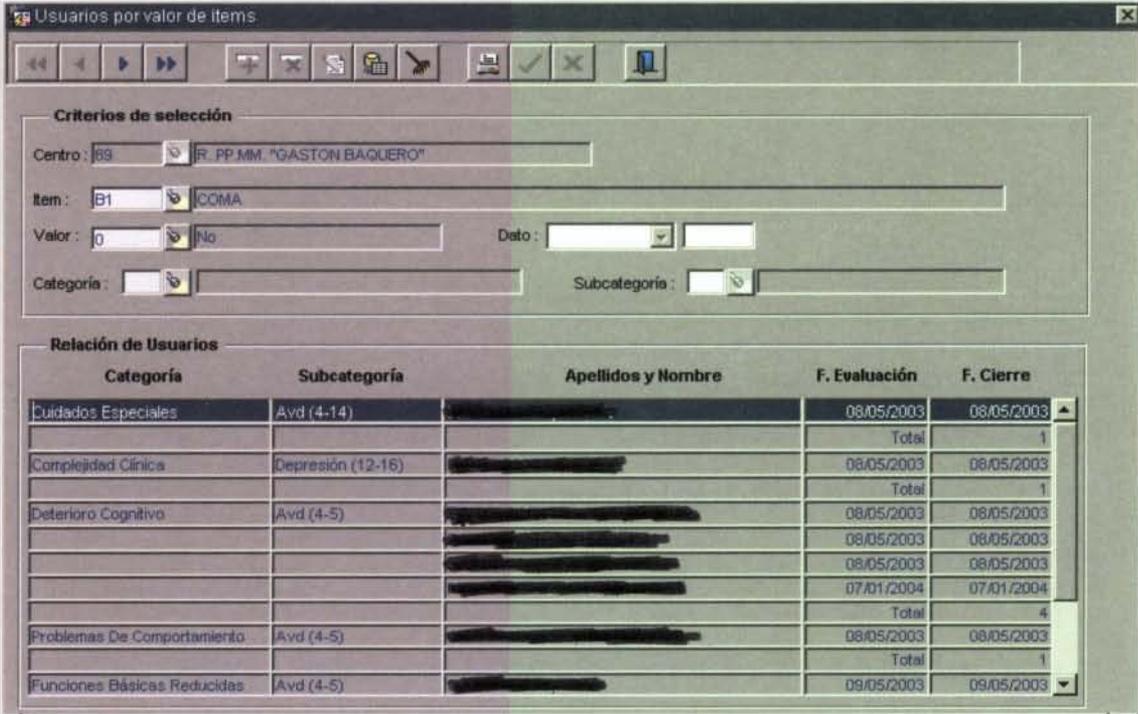
En el listado se visualizará la siguiente información:

- **Los datos correspondientes a la identificación del usuario:** 'Código de usuario', 'Apellidos y Nombre', 'Fecha Ingreso Plaza', N° Plaza.
- **Datos Socio-Demográficos:** 'Fecha de nacimiento', 'Edad', 'Sexo', 'Sociedad Médica', N° de Póliza', 'Sociedad de Entierro', N° de Póliza'.
- **Histórico de Ocupaciones:** Si corresponde se visualizará, el Centro/los Centros en los que estuvo con anterioridad, la plaza que ocupó, la fecha de ingreso, la fecha fin y la causa fin ocupación.
- **Evaluación:** Los datos correspondientes a la valoración que hemos seleccionado, la fecha de inicio y la fecha de cierre, el motivo de cierre, y los datos correspondientes a la Evaluación RUG, total AVD, Deterioro Cognitivo, las enfermedades en el CIE9 y los PIA asociados a la valoración de dicho residente.
- **Observaciones:** En este campo se visualizará la información que se ha indicado previamente en el campo de 'Observaciones' que se encuentra en la solapa de 'Cierre de una Valoración'.

3. USUARIOS POR VALOR DE ÍTEMS.

Se obtiene la información de los usuarios de un centro, que tiene un determinado ítem.

Seleccionando los campos de '**Ítem**' y '**Valor**', a través del botón 'linterna' y con 'doble click', obtendremos el siguiente resultado:



Criterios de selección

Centro: 89 IR_PP.MM. "GASTON BAQUERO"

Ítem: B1 COMA

Valor: 0 No Dato: [] []

Categoría: [] Subcategoría: []

Relación de Usuarios

| Categoría | Subcategoría | Apellidos y Nombre | F. Evaluación | F. Cierre |
|-----------------------------|-------------------|--------------------|---------------|------------|
| Cuidados Especiales | Avd (4-14) | [REDACTED] | 08/05/2003 | 08/05/2003 |
| | | | Total | 1 |
| Complejidad Clínica | Depresión (12-16) | [REDACTED] | 08/05/2003 | 08/05/2003 |
| | | | Total | 1 |
| Peterioro Cognitivo | Avd (4-5) | [REDACTED] | 08/05/2003 | 08/05/2003 |
| | | [REDACTED] | 08/05/2003 | 08/05/2003 |
| | | [REDACTED] | 08/05/2003 | 08/05/2003 |
| | | [REDACTED] | 07/01/2004 | 07/01/2004 |
| | | | Total | 4 |
| Problemas De Comportamiento | Avd (4-5) | [REDACTED] | 08/05/2003 | 08/05/2003 |
| | | | Total | 1 |
| Funciones Básicas Reducidas | Avd (4-5) | [REDACTED] | 09/05/2003 | 09/05/2003 |

Para obtener esta información en papel, se seguirán los mismos pasos que se han indicado en los listados anteriores.

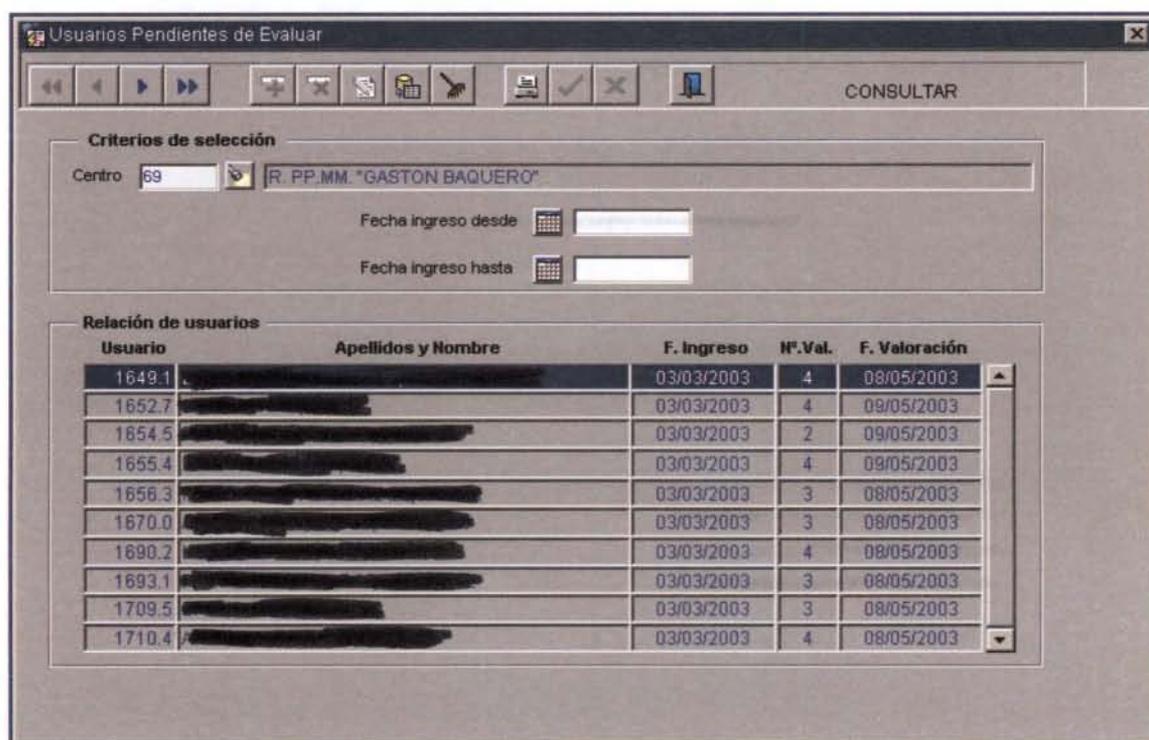
4. USUARIOS POR CATEGORÍAS DE RUG III.

Se obtiene la información de los usuarios que están ocupando plaza en un Centro, en una determinada categoría y subcategoría de RUG.

El resultado que se visualiza es la categoría y subcategoría que se ha indicado, el código de usuario, apellidos y nombre y la fecha de valoración.

5. USUARIOS PENDIENTES DE EVALUAR.

Se obtiene información de los usuarios que están ocupando una plaza en un Centro y que están pendientes de evaluar o no tienen cerrada una evaluación.



| Usuario | Apellidos y Nombre | F. Ingreso | N°.Val. | F. Valoración |
|---------|--------------------|------------|---------|---------------|
| 1649.1 | [REDACTED] | 03/03/2003 | 4 | 08/05/2003 |
| 1652.7 | [REDACTED] | 03/03/2003 | 4 | 09/05/2003 |
| 1654.5 | [REDACTED] | 03/03/2003 | 2 | 09/05/2003 |
| 1655.4 | [REDACTED] | 03/03/2003 | 4 | 09/05/2003 |
| 1656.3 | [REDACTED] | 03/03/2003 | 3 | 08/05/2003 |
| 1670.0 | [REDACTED] | 03/03/2003 | 3 | 08/05/2003 |
| 1690.2 | [REDACTED] | 03/03/2003 | 4 | 08/05/2003 |
| 1693.1 | [REDACTED] | 03/03/2003 | 3 | 08/05/2003 |
| 1709.5 | [REDACTED] | 03/03/2003 | 3 | 08/05/2003 |
| 1710.4 | [REDACTED] | 03/03/2003 | 4 | 08/05/2003 |

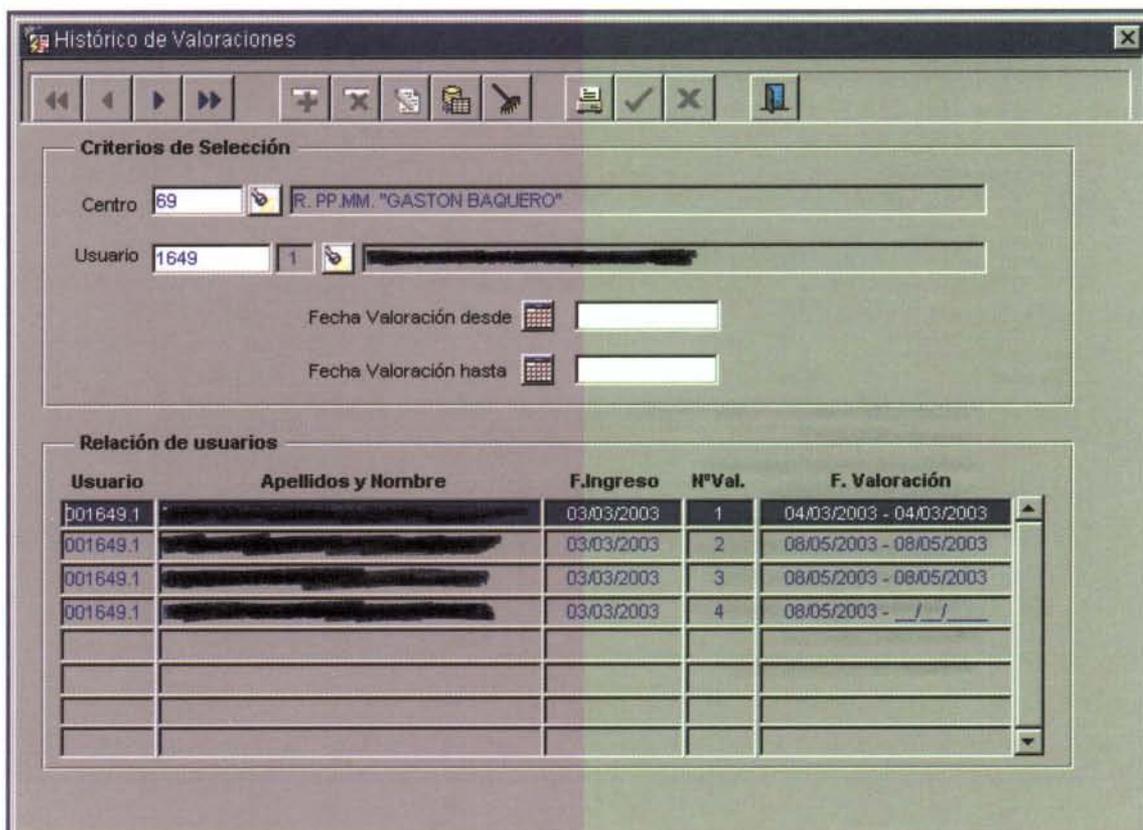
También se puede realizar esta búsqueda en un utilizando los campos: '**Fecha ingreso desde**', '**Fecha ingreso hasta**'.

6. HISTÓRICO DE VALORACIONES.

Se obtiene información de las valoraciones que se ha realizado a los usuarios que están ocupando plaza en un Centro.

Se puede buscar un usuario concreto, para saber las valoraciones que se han realizado, tal y como se visualiza en la pantalla. Si no se selecciona ningún usuario, visualizaremos todos los usuarios que están ocupando plaza en nuestro Centro.

También se puede utilizar los campos: '**Fecha Valoración desde**', '**Fecha Valoración hasta**'.



Criterios de Selección

Centro: 69 R. PP.MM. "GASTON BAGUERO"

Usuario: 1649 1

Fecha Valoración desde: [Calendar Icon] [Date Field]

Fecha Valoración hasta: [Calendar Icon] [Date Field]

Relación de usuarios

| Usuario | Apellidos y Nombre | F.Ingreso | NºVal. | F. Valoración |
|----------|--------------------|------------|--------|-------------------------|
| 001649.1 | [Redacted] | 03/03/2003 | 1 | 04/03/2003 - 04/03/2003 |
| 001649.1 | [Redacted] | 03/03/2003 | 2 | 08/05/2003 - 08/05/2003 |
| 001649.1 | [Redacted] | 03/03/2003 | 3 | 08/05/2003 - 08/05/2003 |
| 001649.1 | [Redacted] | 03/03/2003 | 4 | 08/05/2003 - __/__/____ |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

7. TOTALES POR CATEGORÍAS DE RUG III.

Se obtiene la información del total que usuarios que están ocupando plaza en un Centro, para una determinada categoría y subcategoría de RUG.

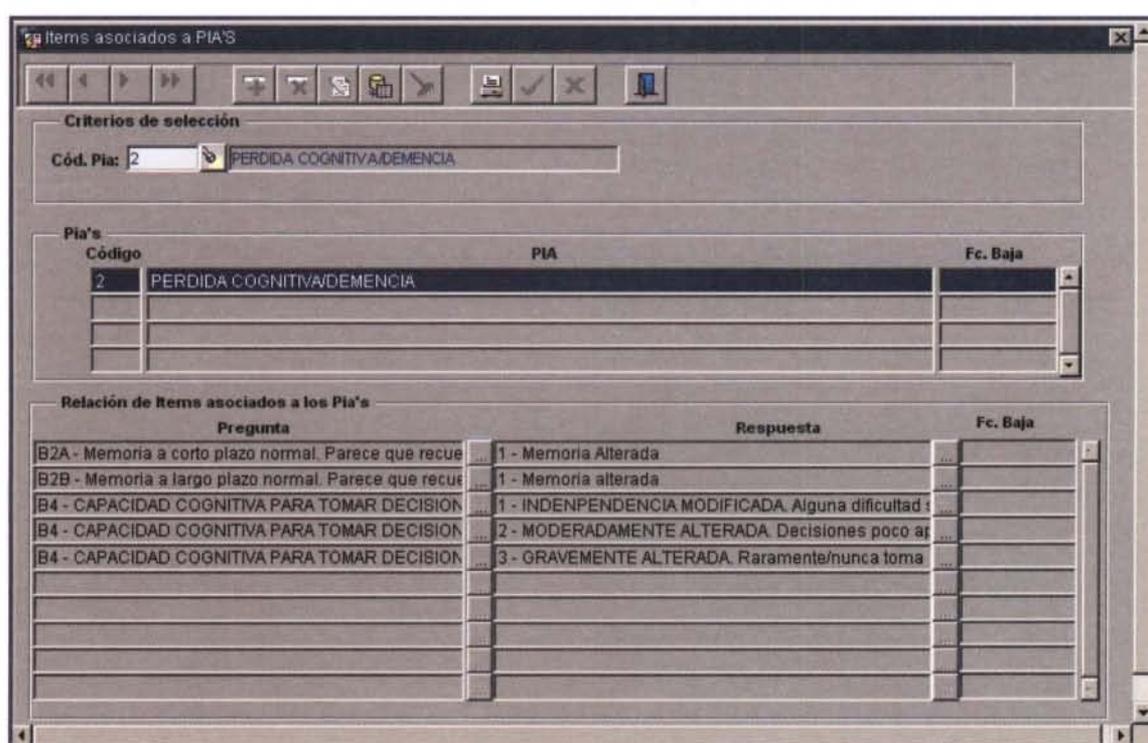
La información que se visualiza (siguiendo los pasos que se han explicado dentro del apartado 'Manejo de la Aplicación') es:

Para una determinada Categoría de RUG III, que previamente se ha indicado dentro de 'Criterios de Selección', en el campo de: 'Categoría', el total de usuarios que tienen dicha categoría de RUG III, y el total por Centro.

8. ÍTEMS ASOCIADOS A PIA.

Seleccionando dentro de 'Criterios de selección', en el campo correspondiente a Cód. PIA (a través del botón linterna), un dato concreto, visualizaremos a continuación en el campo: PIA el dato que hemos seleccionado con anterioridad y a continuación en '**Relación de Ítems asociados a los PIA**', se visualizará **las preguntas y respuestas correspondientes**.

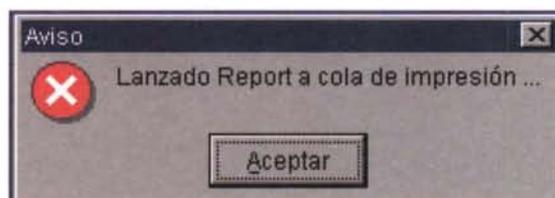
Visualizaríamos la siguiente pantalla:



| Código | PIA | Fc. Baja |
|--------|----------------------------|----------|
| 2 | PERDIDA COGNITIVA/DEMENCIA | |

| Pregunta | Respuesta | Fc. Baja |
|---|--|----------|
| B2A - Memoria a corto plazo normal. Parece que recue... | 1 - Memoria Alterada | |
| B2B - Memoria a largo plazo normal. Parece que recue... | 1 - Memoria alterada | |
| B4 - CAPACIDAD COGNITIVA PARA TOMAR DECISION | 1 - INDENPENDENCIA MODIFICADA. Alguna dificultad | |
| B4 - CAPACIDAD COGNITIVA PARA TOMAR DECISION | 2 - MODERADAMENTE ALTERADA. Decisiones poco af | |
| B4 - CAPACIDAD COGNITIVA PARA TOMAR DECISION | 3 - GRAVEMENTE ALTERADA. Raramente/nunca toma | |

Si pulsamos el botón de 'Imprimir', obtendríamos dicha información en papel. Los pasos serían los siguientes. Al pulsar el botón de 'Imprimir', nos aparecería el mensaje:



A continuación iremos a la opción de menú: **Utilidades** ➔ **Visualizar cola de impresión**.

Veremos la pantalla de 'Visualización de Informes'.

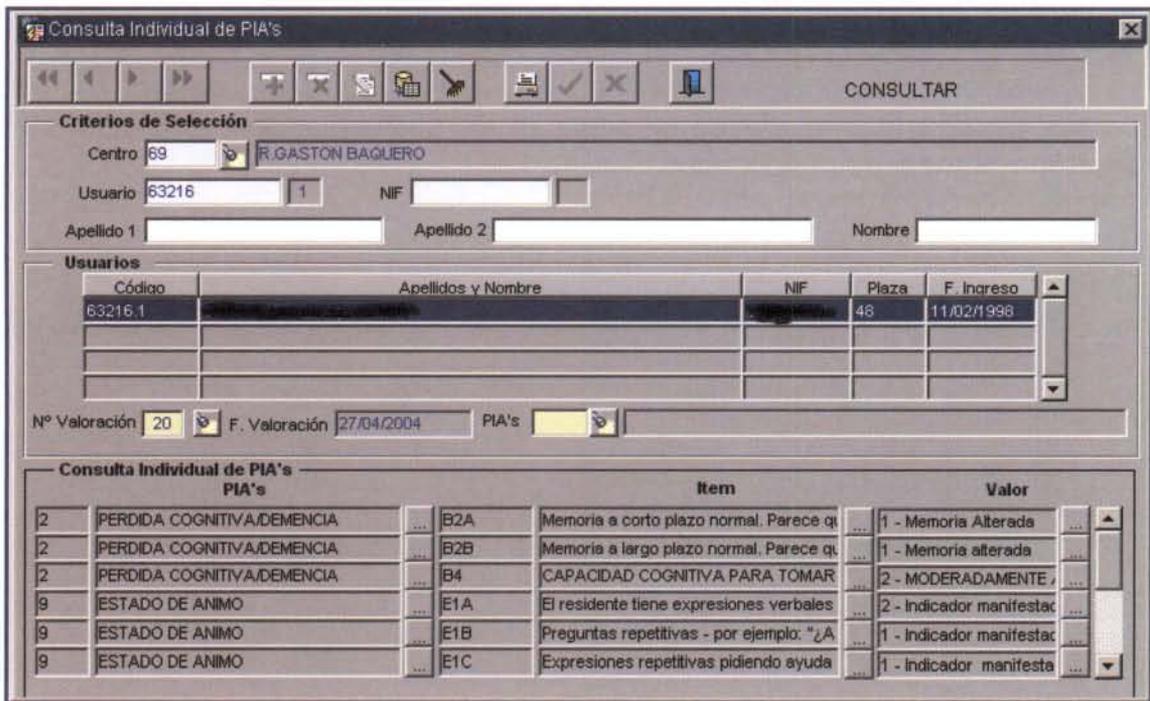
El listado correspondiente responde a la denominación: '*Items asociados a PIA*'. Para visualizarlo e imprimirlo se seguirán los pasos que se especifican dentro del apartado 'Manejo de la Aplicación'.



9. CONSULTA INDIVIDUAL DE PIA.

Desde esta pantalla obtendremos la información correspondiente a los PIA que ha tenido un residente en una determinada valoración. Para ello, indicaremos el código de usuario del residente, o bien utilizaremos los campos comprendidos dentro de 'Criterios de Selección', para realizar la búsqueda. A continuación tendremos que seleccionar el N° de Valoración, bien lo podemos teclear directamente o lo podemos buscar a través del botón linterna. Una vez localizada la valoración, pulsaremos el botón .

El resultado que obtenemos es el siguiente:



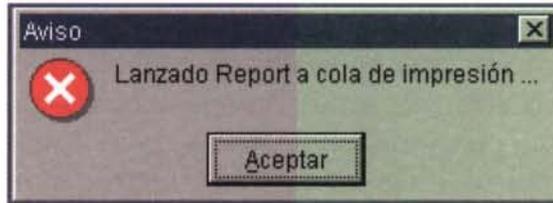
| Código | Apellidos y Nombre | NIF | Plaza | F. Ingreso |
|---------|--------------------|-----|-------|------------|
| 63216.1 | R. GASTON BAGQUERO | | 48 | 11/02/1998 |

| PIA's | Item | Valor |
|------------------------------|--|--------------------------|
| 2 PERDIDA COGNITIVA/DEMENCIA | B2A Memoria a corto plazo normal. Parece q | 1 - Memoria Alterada |
| 2 PERDIDA COGNITIVA/DEMENCIA | B2B Memoria a largo plazo normal. Parece q | 1 - Memoria alterada |
| 2 PERDIDA COGNITIVA/DEMENCIA | B4 CAPACIDAD COGNITIVA PARA TOMAR | 2 - MODERADAMENTE |
| 9 ESTADO DE ANIMO | E1A El residente tiene expresiones verbales | 2 - Indicador manifestac |
| 9 ESTADO DE ANIMO | E1B Preguntas repetitivas - por ejemplo: "¿A | 1 - Indicador manifestac |
| 9 ESTADO DE ANIMO | E1C Expresiones repetitivas pidiendo ayuda | 1 - Indicador manifesta |

Para visualizar toda la descripción correspondiente 'Item' y 'Valor', pulsaremos el botón: .



Si pulsamos el botón de 'Imprimir', obtendríamos dicha información en papel. Los pasos serían los siguientes. Al pulsar el botón de 'Imprimir', nos aparecería el mensaje:



A continuación iremos a la opción de menú: **Utilidades ➔ Visualizar cola de impresión.**

Veremos la pantalla de 'Visualización de Informes'.

El listado correspondiente responde a la denominación: '*Consulta Individual PIA*'. Para visualizarlo e imprimirlo se seguirán los pasos que se especifican dentro del apartado 'Manejo de la Aplicación'.

Sólo aparecerán los totales por PIA, Centro y Total de todos los Centros.

Seleccionando: 'Parciales' y a continuación, pulsando el botón: .



| Centro | PIA's | Usuario | Fc. Cierre Evaluación |
|---------------------|------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 69-R Gaston Baquero | 2-Perdida Cognitiva/Demencia | - 48620.9 | 23/12/2003 |
| | | - 63218.1 | 27/04/2004 |
| | | - E7144.9 | 16/03/2004 |
| | | Total Por PIA | 3 |
| | | Total Por Centro | 3 |
| TOTAL | | | 3 |

Además de los totales se visualizará la última valoración cerrada de cada uno de los residentes que están ocupando plaza en el Centro. También se visualizará el total de usuarios por PIA.

Si pulsamos el botón de 'Imprimir', obtendríamos dicha información en papel. Los pasos serían los siguientes. Al pulsar el botón de 'Imprimir', nos aparecería el mensaje:



A continuación iremos a la opción de menú: **Utilidades** ➔ **Visualizar cola de impresión**.

Veremos la pantalla de 'Visualización de Informes'.

El listado correspondiente responde a la denominación: '*Totales por PIA*'. Para visualizarlo e imprimirlo se seguirán los pasos que se especifican dentro del apartado 'Manejo de la Aplicación'.



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Servicio Regional de Bienestar Social