



Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios

Protocolo para el registro del programa sobre

Paciente inmovilizado

Elaborado por

Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados
Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios
SESPA





El PPJ del paciente inmovilizado está realizado con la idea de ayudar a los profesionales de enfermería y medicina a registrar aquellos datos que se consideran de mayor valor para el seguimiento de estos pacientes; viene a sustituir al antiguo protocolo de inmovilizados de OMI.

Deben considerarse como recomendaciones, no como instrucciones. Desde el equipo de elaboración de este documento abogamos por seguir el mayor número de recomendaciones posibles, pues ello implicará una mejor cumplimentación y registro de las actividades realizadas.

Debe entenderse que los protocolos de OMIap pueden sufrir modificaciones de mayor o menor calado en función de la evolución de la evidencia científica y de las necesidades de los profesionales. Por tanto deberá tenerse en cuenta la posibilidad de que existan actualizaciones que puedan anular el presente documento.



PLAN PERSONAL JERARQUIZADO PACIENTE INMOVILIZADO

El PPJ del paciente inmovilizado está realizado con la idea de ayudar a los profesionales de enfermería y medicina a registrar aquellos datos que se consideran de mayor valor para el seguimiento de estos pacientes; viene a sustituir al antiguo protocolo de inmovilizados de OMI.

1.- Definición de Paciente Inmovilizado

Entendemos por “**pacientes inmovilizados**” aquellas personas que pasan la mayor parte de su tiempo en cama (que sólo pueden abandonar con ayuda de otras personas) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales)
El paciente se incluirá en este servicio **a criterio del profesional sanitario**, cuando esta situación se prevea va a tener una duración prolongada, en cualquier caso no menor de dos meses.

2.-Activación PPJ

Este PPJ se activa al crear el episodio con el código CIAP A28-01. Además del motivo de inclusión existe un apartado de texto libre para recoger el diagnóstico principal que haya llevado a la inmovilización.

3.-Apartados

Consta de seis pestañas, las tres primeras son de valoración y seguimiento del paciente, la 4 y la 5ª pestañas son planes de cuidados y la 6ª y última es la escala ZARIT específica para el cuidador



3.1. Pestañas VALORACIÓN

Las pestañas 1ª (fig1), 2ª (fig2) y 3ª (fig3) se utilizan para la **valoración inicial** y para el **seguimiento** indistintamente. En el seguimiento solo se cumplimentarán los datos que se hayan modificado.

En la pestaña 1ª se encuentra el motivo de inclusión que será uno o más de los siguientes:

- Incapacidad física: Deterioro de la movilidad objetivada por un Barthel <60 ó riesgo de caídas durante el trayecto.
- Incapacidad mental: Depresión, demencia, carecer de conciencia de enfermedad negándose a recibir ayuda en el centro.
- Incapacidad social: Soledad, aislamiento social, vivienda alejada sin medio de transporte público o privado, débil estructura de soporte de cuidados, presencia de barreras arquitectónicas.

Para cumplimentar las **escalas** de valoración (Barthel, Pfeiffer, Caídas múltiples o sociofamiliar), si no están realizadas previamente, se podrá acceder sin necesidad de salir del protocolo, a través del icono de acceso a los **planes de cuidados** situado en la parte inferior de la pantalla (fig 4). El resultado no se verá reflejado en ese momento sino cuando se vuelva a abrir el protocolo.

Fig 1



Fig2

[S]GRUPO INMOVILIZADOS (24/04/2014) - - PRUEBA PRUEBA, (89 Años)

VALORACION VALORACION VALORACION PLAN CUIDADOS PLAN CUIDADOS ZARIT del CUIDADOR

Nivel de conciencia Orientado Sí No (S - 11/12/2013)

Estado Nutricional (Adecuada - 11/12/2013) Alimentación adecuada Sí No (S - 11/12/2013)

Problemas Alimentación Sí No (Comer entre horas - 10/12/2013) Alimentación Enteral
Gastrostomía
Sonda Nasogástrica

Especificar

Alteraciones de la piel Sí No (S - 11/12/2013)
Especificar

Control esfinteres (N - 11/12/2013)

Alteraciones miccionales Sí No Incontinencia Sondaje
 Urostomía Otros

Alteraciones defecación Sí No Incontinencia (S - 29/11/2013) Estreñimiento (1 - 11/12/2013)
 Ostomía Otros

Uso de absorbentes Sí No (S - 10/12/2013)

Observaciones

AP EE EN Aceptar Cancelar

Fig3

[S]GRUPO INMOVILIZADOS (24/04/2014) - - PRUEBA PRUEBA, (89 Años)

VALORACION VALORACION VALORACION PLAN CUIDADOS PLAN CUIDADOS ZARIT del CUIDADOR

Deambulación Ejercicio Físico

Déficit motores Sí No (S - 25/11/2013) Barreras arquitectónicas Sí No (S - 25/11/2013)

Déficit sensorial: Auditivo Visual (S - 16/12/2013) Sensibilidad/tacto (S - 16/12/2013)

Capacidad de mantenimiento del hogar (Adecua) Relaciones sociales

Actividades de ocio/tiempo libre Sí No (S - 11/12/2013)
Especificar

Trastornos del sueño Sí No
 Insomnio Cambios sueño/vigilia Somnolencia diurna

Fobias y Miedos Sí No (S - 11/12/2013)

Alteraciones de conducta Sí No (S - 16/12/2013)
 Intranquilidad Irritabilidad Agitación

Observaciones

AP EE EN Aceptar Cancelar



Fig 4



3.2. Pestañas PLAN CUIDADOS

En las pestañas 4ª (fig 5) y 5ª (fig 6) aparecen los **Planes de Cuidados** a realizar según las necesidades detectadas, en estas pestañas se muestran los diagnósticos Nanda mas prevalentes con sus intervenciones y actividades. En caso de optar por otro diagnóstico Nanda, se puede acceder a los **Planes de Cuidados** sin salir del protocolo, a través del icono

Fig5

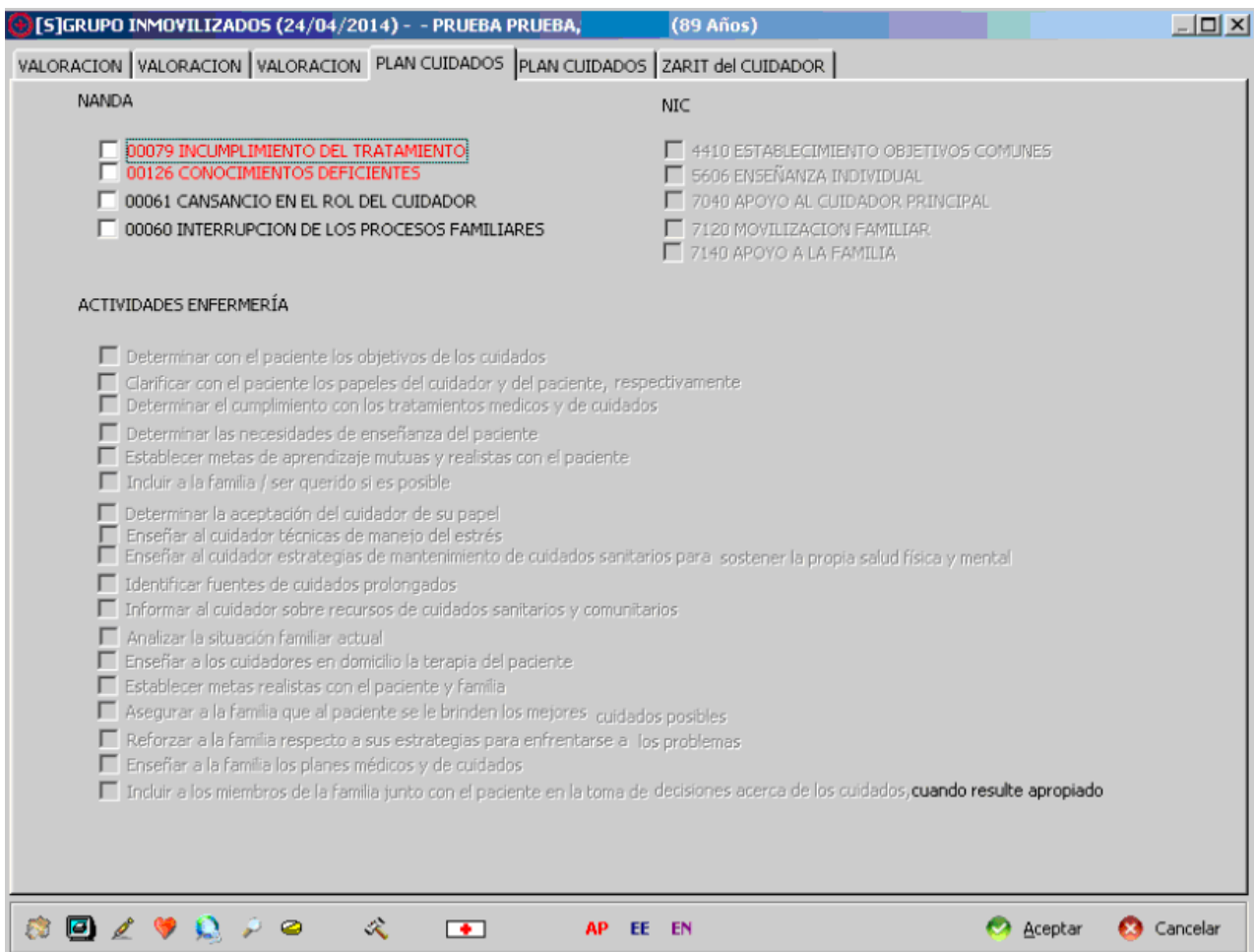




Fig6

[S]GRUPO INMOVILIZADOS (24/04/2014) - - PRUEBA PRUEBA (89 Años)

VALORACION VALORACION VALORACION PLAN CUIDADOS PLAN CUIDADOS ZARIT del CUIDADOR

NANDA

- 00155 RIESGO DE CAIDAS
- 00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA
- 00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

NIC

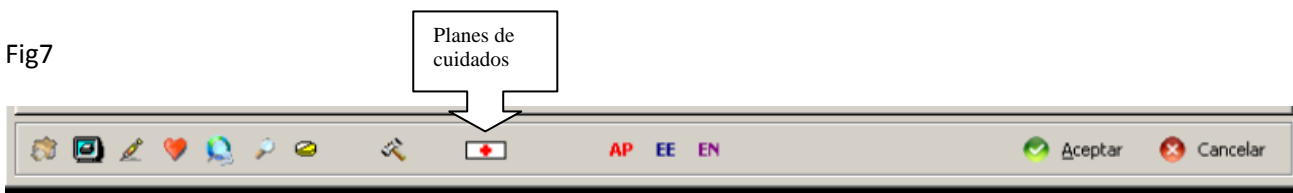
- 6610 IDENTIFICACION DE LOS RIESGOS
- 0200 FOMENTO DEL EJERCICIO
- 0740 CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO
- 3540 PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESION

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Planificar las actividades de disminución de riesgos, en colaboración con el individuo / grupo
- Utilizar los medios para el establecimiento de metas mutuas si procede
- Incluir a la familia / cuidadores en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios
- Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades
- Colocar al paciente sobre una cama / colchón terapeutico adecuado
- Vigilar el estado de la piel
- Cambiarlo de posición, según lo indique el estado de la piel
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión el cambiar de posición al menos una vez al día
- Utilizar camas y colchones especiales, si procede
- Vigilar las fuentes de presión y de fricción
- Proporcionar con frecuencia cambios del peso corporal
- Enseñar a los miembros de la familia / cuidador a vigilar si hay signos de ruptura de la piel, si procede

AP EE EN Aceptar Cancelar

Fig7



3.3. Pestaña ZARIT del CUIDADOR

Como novedad, la escala ZARIT que aparece en la 1ª pestaña de valoración se refiere al cuidador. Para poder cumplimentarla se incluye la escala en la última pestaña.

Si se detecta sobrecarga se harán las intervenciones oportunas que se registrarán en la Hª del cuidador si pertenece a nuestro cupo o se derivará a sus profesionales de referencia.



[5]GRUPO INMOVILIZADOS (24/04/2014) - - PRUEBA PRUEBA, (89 Años)

VALORACION | VALORACION | VALORACION | PLAN CUIDADOS | PLAN CUIDADOS | ZARIT del CUIDADOR

Motivo de inclusión: Incapacidad Física Incapacidad Psíquica Incapacidad Social

Valoración Funcional de BARTHEL | (65 - 13/04/2011) Valoración cognitiva de PFEIFFER | (3 - 13/04/2011)

Escala de riesgo de caídas múltiples | (11 - 2/12/2013) Escala de valoración sociofamiliar | (14 - 2/12/2013)

Diagnóstico principal

Precisa ayuda para tomar su medicación Sí No Adherencia al tratamiento (Adecuado - 16/12/2013)

Encamamiento Sí No (5 - 16/12/2013) Dispositivos para alivio zonas de presión Sí No

Vive con: Rotaciones Sí No (N - 16/12/2013)

Red de apoyo familiar (Adecuada - 16/12/2013) Situación socioeconómica (Adecuada - 16/12/2013)

Nombre cuidador principal Relación con el paciente

Zarit | (<46: No sobrecarga - 10/01/2014) Valoración por T. Social Sí No

Teleasistencia Sí No Interrupción visita seg.:

Observaciones

Alta por mejoría
Desplaz. > 3 m.
Exitus
Ingreso
Otros

AP EE EN Aceptar Cancelar

Para evitar sobrecargar el curso descriptivo del episodio en OMI, solamente se verán en el tapiz aquellos datos del PPJ que aparecen en texto libre del protocolo, el resto de datos se pueden ver en la pantalla de Consulta Plana o la de DGP, ambas accesibles a través de los iconos





GRUPO DE TRABAJO

Francisco Abal Ferrer. Médico, CS Siero. Área IV
Dolores Arbesuk Busto. Enfermera, CS Grado. Área IV
Ana Cao Fernández. Subdirectora de gestión de cuidados y enfermería. Área V
Rosario García Cañedo. Enfermera, CS Otero. Área IV
Carmen González González. Médica, CS Otero. Área IV
Montserrat Gutiérrez Bengoechea. Técnica Salud. Área VII.

Servicios centrales del SESPA

Coordina. Emilia Fernández Álvarez. Médica Coordinación Asistencial y Cuidados
Maquetación y formato. María Luisa García Menéndez. Administrativa Coordinación Asistencial y Cuidados

Área de Sistemas de Información

Soporte informático. Irene López Covián y Marcos Redondo Fonseca