

PREVALENCIA COMUNICADA DE SUJECIONES FÍSICAS

Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas del Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer

Antonio Andrés Burgueño Torijano

Médico.- Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Coordinador del Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer entre (años)

Isabel Iborra Marmolejo

Psicóloga Forense.- Coordinadora Científica del Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia

Pilar Martínez Sánchez

Licenciada en Estadística.- Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia

Vicente Pérez Cano

Psicólogo. Profesor Asociado de la Universidad Pablo Olavide

Dirección para la correspondencia

Antonio A. Burgueño
correo-e < aburgueno.hgugm@salud.madrid.org >

Introducción / Justificación

El uso de sujeciones está en discusión. Existe una gran variabilidad de uso y en esa variabilidad podemos observar que los datos sobre España son especialmente llamativos.^{1, 2} Una de las razones por las que son discutidas es sus conocidos efectos negativos.^{3- 6} Creemos que existen suficientes evidencias como para justificar la investigación sobre sujeciones en España. Así, la Confederación Española de Organizaciones de Mayores⁷ (CEOMA), una ONG, pone en marcha el “Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer”.⁸

Conscientes de que investigar sobre sujeciones podía despertar reacciones negativas ideamos una estrategia que permitiera ganar la confianza de los centros, a fin de lograr su participación y que la información fuera fiable. Se propuso un “benchmarking anónimo” basado en la recogida de datos y la comparación, sin desvelar la identidad de los centros participantes.

En este artículo se publica el análisis de la primera entrega de datos que

Resumen

Existen datos que hablan de la necesidad de racionalizar el uso de sujeciones en España. Para investigar incluyendo al sector privado, mayoritario, se consideró necesario establecer un sistema basado en la confianza y en la rentabilidad para los centros participantes, ideándose un “benchmarking anónimo” que permite la comparación. Las variables a analizar estaban incluidas en un “censo de residentes”, que fue cumplimentado por los centros. Se trata, pues, de datos comunicados y el cálculo, a partir de ellos, de prevalencias, para un periodo de observación de 7 días. Se realizó una comprobación de datos, “in situ”, y telefónicamente. Además de prevalencias, se han calculado algunas correlaciones que tienen algunas variables entre sí, y se ha realizado un análisis de prevalencia de uso de sujeciones por tipos de centros. Participaron 63 residencias, seleccionadas aleatoriamente. Se ha observado una prevalencia global de sujeciones diarias del 17,61%, y que las sujeciones guardan una aceptable correlación con la demencia y el uso de barandillas, y que existe una elevada variabilidad de uso. La fiabilidad de los datos no ha sido estudiada. Concluimos que, la prevalencia de sujeciones es elevada, y que es necesario seguir investigando, para mejorar la significación de estos resultados, descifrar las claves de la variabilidad, y ver las razones de que se usen más sujeciones en ciertos tipos de centros.

Palabras clave: sujeciones físicas; sistema de información; benchmarking; personas mayores; demencia; barandillas.

Este trabajo ha sido Promovido por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores – CEOMA, con financiación de la Fundación Iberdrola

Agradecimiento especial a Maria Victoria Zunzunegui, Catedrática de Epidemiología de la Universidad de Montreal

“Conscientes de que investigar sobre sujeciones podía despertar reacciones negativas ideamos una estrategia que permitiera ganar la confianza de los centros, a fin de lograr su participación y que la información fuera fiable. Se propuso un “benchmarking anónimo” basado en la recogida de datos y la comparación, sin desvelar la identidad de los centros participantes”.

se obtuvo a partir de la participación del grupo inicial de centros incorporados al benchmarking.

Entre los factores asociados al uso de sujeciones identificados en la literatura⁹⁻¹⁴, entre los que hay que destacar la demencia, hemos extraído los que nos parecían más presentes en la realidad española, clasificándolos en estructurales y de condiciones de los residentes. Para hablar un lenguaje común

a otros países se tomó la definición de sujeción más universalmente aceptada.¹⁵⁻¹⁹ Para el diseño del sistema de información se tomó como referencia el Resident Assessment Instrument versión 2, disponible gracias al InterRai²⁰, también por su universalidad.

El objetivo de este trabajo fue examinar la frecuencia de utilización de sujeciones y los factores asociados. Nos preguntábamos si sigue existiendo en



España una alta prevalencia de sujeciones y si su uso guardaba relación con, el tamaño del centro, la titularidad (pública o privada), la antigüedad, la ubicación (urbana o rural), la pertenencia a un grupo, la proporción de residentes con demencia y el uso de barandillas.

Material y Métodos

Se trata de un estudio ecológico realizado en una muestra de residencias de personas mayores. Se ofertó la participación a todas las entidades que tenían relación con CEOMA (n = 316), garantizándoles el anonimato de las residencias que aportaran datos. El énfasis se puso en garantizar la participación con los centros seleccionados por nosotros y aceptaron. Dos asociaciones regionales de centros, que contaban en sus filas con más de 100 centros, participaron con una muestra aleatoria representativa. Tres corporaciones con menos de 15 centros entre sus filas participaron con todos ellos. Se calculó el tamaño de la muestra de N = 65 para asegurar la estimación de correlaciones del orden de 0,50 con un error \pm 0,05 y \pm 0,10. Finalmente se recogieron

datos de 63 residencias con 5.080 plazas y 4.430 residentes (87,2% de ocupación).

El formulario de recogida de información utilizado se denominó "Censo de Residentes" (CR). Ver anexo 1 adjunto al final del artículo.

El CR consta de dos tipos de información, una de "condiciones de los residentes" y otra de información estructural del centro (ver cuadro 1). Para las "condiciones de los residentes" se dan las definiciones e instrucciones generales en el propio CR.

El CR se refiere al uso de sujeciones en el ítem D5 (inmovilizados físicamente). Se explicó a un profesional, "evaluador", de cada centro participante, la metodología de uso del CR y que el periodo de observación sería de 7 días. Se estableció un sistema de contacto directo con el coordinador del programa, a fin de dar el soporte necesario. El profesional evaluador formaba parte del equipo multidisciplinario, conocía bien a los residentes y tenía capacidad para establecer un sistema de registros de apoyo.

Cuadro 1

Variables del Censo de Residentes	
• Estructurales-institucionales	• Condiciones de los Residentes
• Identificación del Centro	• AVD – Movilidad
• Antigüedad (año de fundación)	• Estado Vientre – Vejiga
• Ubicación (urbana o rural)	• Estado Mental (Incluye Demencia)
• Titularidad (pública o privada)	• Integridad de la Piel
• Pertenencia a un grupo	• Tratamientos Especiales
• Modelo de Gestión	• Medicaciones
• Total Plazas (Tamaño-Capacidad)	• Otras Características
• Ocupación	• Sexo

“A todas las organizaciones participantes se les ofreció realizar, en uno o dos de sus centros, la formación del personal técnico-asistencial y el asesoramiento in situ, lo que permitió realizar la comprobación directa de datos en el 10% de los centros que constituyeron la muestra”.

En el ítem D5 del CR se dio a entender como sujeción física: Cualquier método, aplicado a una persona, adyacente a su cuerpo, que limita su libertad de movimientos, la actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo y que no puede remover con facilidad.

Tanto para las sujeciones físicas, como para las barandillas, se pidió que se comunicaran sólo los casos en los que el uso era diario.

A todas las organizaciones participantes se les ofreció realizar, en uno o dos de sus centros, la formación del personal técnico-asistencial y el asesoramiento in situ, lo que permitió realizar la comprobación directa de datos en el 10% de los centros que constituyeron la muestra.

Tras la revisión de datos se decidió realizar un “proceso de comprobación telefónica” en todos los centros que comunicaron una prevalencia inferior al

5%. Se solicitó que explicaran el proceder estándar en la residencia con las personas con problemas de conducta, con riesgo de extravío, con riesgo de caídas u otros accidentes y en las que había que mantener tratamientos médicos especiales. Se les pidió que explicaran la interpretación del ítem D5 del “censo de residentes”, tras lo cual se les invitó a revisar sus datos y reenviarlos.

El análisis estadístico describe las distribuciones de las variables en estudio y relacionó la prevalencia de uso de sujeciones con las características de las residencias y algunas condiciones de los residentes.

Resultados

En la tabla 1 se muestran las características de las residencias participantes y en la tabla 2 se expresa aparte la distribución de residencias según la proporción de residentes con demencia.

Característica	nº	%
• de gestión privada	52	82,53
• rurales	40	63,5
• de menos de 60 plazas	21	33,33
• de entre 60 y 120 plazas	34	53,96
• que pertenecen a un grupo	41	65
• con menos de 5 años de antigüedad	17	27
• de 6 a 10 años de antigüedad	5	7,93

Tabla 1: Número de residencias según algunas características estructurales

Proporción de residentes con demencia	nº	%
Centros en los que menos del 20% de los residentes sufren demencias	11	17,46
Centros en los que los residentes que sufren demencias son más del 20% y menos del 40%	28	44,44
Centros en los que los residentes que sufren demencias son más del 40% y menos el 60%	14	22,22
Centros en los que los residentes que sufren demencias son más del 60% y menos el 80%	4	6,34
Centros en los que más del 80% de los residentes sufren demencias	5	7,93

Tabla 2: Número de residencias según su proporción de residentes con demencia

Datos globales sobre “condiciones de los residentes” más relevantes

- El 40,18% necesitaba ayuda considerable o eran dependientes absolutos para trasladarse.
- El 56,33% era ocasionalmente o frecuentemente incontinente de vejiga.
- El 37,87% era ocasionalmente o frecuentemente incontinente de vientre.
- El 17,61 % estaba sometido a sujeciones físicas diariamente.
- El 39,30% sufría demencia.
- El 14,19 presentaba síntomas de conducta alterada.
- El 5,10% presentaba úlceras por presión.
- 2.361 ancianos recibían drogas psicotrópicas (53,31%).
- 2.029 ancianos utilizaban barandillas en la cama (45,81%).

Detalles de la Prevalencia de sujeciones (Inmovilizados físicamente a diario – ítem D5 del CR)

- En el 68,26% de las residencias (43), los ancianos inmovilizados físicamente estaban entre 0 y el 20% (incluidas 3 residencias en las que no había ningún anciano inmovilizado).
- En el 23,81% los ancianos inmovilizados estaban entre el 20 y el 40%.
- Había dos residencias en las que los ancianos inmovilizados estaban entre 40 y el 60%, y otras dos en las que los ancianos inmovilizados estaban entre el 60 y el 80%.
- En una residencia los ancianos inmovilizados eran más del 80%.
- Los valores extremos de prevalencia de sujeciones son 0% y 98%.

Análisis del uso de sujeciones físicas por estratos Según la proporción de personas con demencia

Tenemos datos válidos de 62 residencias, en las que había ingresados 4.382 ancianos y de ellos obtenemos:

- En los centros en los que menos del 20% de los residentes sufrían demencias (11 residencias con 751 ancianos): estaban inmovilizados físicamente, a diario, el 9,85%.
- En los centros en los que el porcentaje de residentes con demencia estaba entre 40 y 60 (14 residencias con 1.047 ancianos): estaban inmovilizados físicamente, a diario, el 19,58%.
- En los centros en los que el porcentaje de residentes con demencia estaba entre 60 y 80 (4 residencias con 307

“Suele ser cierto que los centros públicos cuentan con mejores “ratios” de personal que los privados y, si fuera cierto que más personal lleva a menor uso de sujeciones, como se piensa,^{25, 26} los centros públicos deberían mostrar una prevalencia más baja. En nuestro estudio hemos comprobado, al menos, que eso no es un axioma”.

ancianos): estaban inmovilizados físicamente, a diario, el 34,53%.

- En los centros en los que más del 80% de los residentes sufrían demencias (5 residencias con 315 ancianos): estaban inmovilizados físicamente, a diario, el 48,25%.

Según la antigüedad de las residencias

Tenemos datos válidos de 52 residencias con el 81,01% del total de residentes,

- En los centros de hasta 5 años de antigüedad (17 residencias con 1.127 ancianos): estaban inmovilizados físicamente, a diario, el 23,07%.

- En los centros de 6 a 10 años de antigüedad (5 residencias con 345 ancianos): estaban inmovilizados físicamente, a diario, el 12,75%.
- En los centros de más de 10 años de antigüedad (30 residencias con 2.116 ancianos) estaban inmovilizados físicamente, a diario, el 15,45%.

Pertenencia a un grupo

Tenemos datos válidos de 58 residencias con el 91,06% del total de residentes.

- En los centros que no pertenecen a un grupo (17 residencias con 1.117 ancianos): estaban inmovilizados físicamente, a diario, el 15,85%.

- En los centros que pertenecen a grupo (41 residencias con 2.916 ancianos): estaban inmovilizados físicamente, a diario, el 19,24%.
- Tamaño-Capacidad de la residencia. Tenemos datos del 100% de las residencias.
- En las residencias de hasta 60 plazas estaban inmovilizados físicamente, a diario, el 25,91%.
- En las de entre 61 y 120 plazas estaban inmovilizados físicamente, a diario, el 15,67%.
- En las de más de 120 plazas estaban inmovilizados físicamente, a diario, el 14,63%.

Titularidad de la residencia

- En las residencias de titularidad privada (52 residencias con 3.812 ancianos): estaban inmovilizados físicamente, a diario, el 16,05%.
- En las residencias de titularidad pública (11 residencias con 617 ancianos): estaban inmovilizados físicamente, a diario, el 27,23%.

Ubicación de la residencia

- En las residencias ubicadas en el ámbito rural (40 residencias con 2.980 ancianos): estaban inmovilizados físicamente, a diario, el 13,49%.
- En las residencias ubicadas en el ámbito urbano (23 residencias con 1.449 ancianos): estaban inmovilizados físicamente, a diario, el 26,09%.

Correlaciones

La variable “inmovilizados físicamente” tiene una **correlación significativa con las variables demencia y residentes que utilizan barandillas** en la cama. Véase la tabla 3. La variable: “residentes que reciben drogas psicoactivas” tiene una moderada relación con la variable demencia.

La variable “inmovilizados físicamente a diario” muestra una muy moderada relación con las variables, residentes con problemas de comportamiento, residentes con úlceras por presión, residentes que están en silla todo o la mayor parte del tiempo y residentes ocasional o frecuentemente incontinentes de vejiga.

Variabilidad

Cabe destacar la variabilidad de uso observada, tanto de sujeciones físicas, como de barandillas y fármacos psicotrópicos, que es especialmente ilustrativa si se comparan centros y unidades

Ítem del “Censo de Residentes”	Inmovilizados físicamente (D5)	Residentes reciben psicofármacos (H19)
Demencia (E3)	r=0,663, p=0,000	r=0,315, p=0,013
Residentes que necesitan ayuda considerable o son dependientes absolutos para trasladarse (B1)	r=0,153, p=0,240	
Residentes que necesitan ayuda considerable o son dependientes absolutos para el uso del cuarto de baño (B2)	r=0,269, p=0,036	
Residentes que realizan movimientos con ayuda o con aparatos de ayuda (D4)	r=-0,060, p=0,643	
Residentes con síntomas de comportamiento/conducta alterada (E4)	r=0,311, p=0,014	r=0,273, p=0,032
Residentes que reciben terapia intravenosa, alimentación parental y/o transfusión de sangre (G1)	r=0,267, p=0,035	
Residentes que reciben tratamiento respiratorio (G2)	r=0,108, p=0,401	
Residentes que reciben cuidados de ostomía (G3)	r=-0,098, p=0,450	
Residentes que reciben alimentación por sonda (G4)	r=-0,018, p=0,887	
Residentes que reciben drogas psicoactivas (H1)	r=0,188, p=0,140	
Residentes que utilizan barandillas en la cama (I4)	r=0,554, p=0,000	
Residentes con úlceras por presión (F1)	r=0,365, p=0,004	
Residentes que están en cama toda o la mayor parte del tiempo (D1)	r=0,193, p=0,129	r=0,202, p=0,113
Residentes que están en silla todo o la mayor parte del tiempo (D2)	r=0,313, P=0,013	r=0,100, P=0,437
Residentes ocasional o frecuentemente incontinentes de vejiga (C2)	r=0,399, p=0,001	r=0,093, p=0,470
Correlación de Pearson estimada		

Tabla 3: Correlaciones entre sujeciones y algunas condiciones de los residentes seleccionadas



© CAL JORBA, MANRESA. MONTSE TUSET.

homogéneos en casuística atendida, como es el caso de los monográficos para personas con demencia. La siguiente tabla (tabla 4) expresa los datos de 3 residencias exclusivamente

de demencias, y 2 unidades dentro de residencias generales, dedicadas exclusivamente a demencias, separadas funcionalmente del resto de la residencia.

CENTRO	% sujeciones	% barandillas	% psicotrópicos	ubicación
01 N=59	75	88	65	urbana
02 N=64	98	95	67	urbana
03 N=52	42	79	48	urbana
04 N=58	98	98	53	urbana
05 N=96	35	45	53	urbana

N = número de residentes

Tabla 3: Servicios (residencias y unidades psicogeríatras) para demencias

Las intervenciones realizadas, 6, mostraron que los datos comunicados coincidían con los observados por el coordinador del programa. El proceso de comprobación telefónica se realizó en 22 residencias, de las que 14 rectificaron al alza, explicando que no habían interpretado bien la definición del ítem D5 del “censo de residentes”.

Discusión

Este trabajo permite objetivar que las sujeciones siguen siendo un problema en España, si bien respecto de los datos históricos¹ parece que se está dando un descenso progresivo de la prevalencia de uso, tal y como se ha podido observar en un reciente estudio²¹ y se puede ver en nuestros actuales resultados. Todas estas afirmaciones deben ser tomadas con precaución pues los estudios en España son escasos y no representativos de todo el sector.

Hemos observado también, en nuestro estudio, que el uso de sujeciones guarda relación significativa con la demencia y con el uso de barandillas en la cama y que existe un gran variabilidad de uso, que no se explica por las condiciones de los residentes, variabilidad que también puede observarse en otros estudios^{1,2,9,11,12,14,19} y en la mayor base de datos existente sobre este tipo de centros, la “nursing home compare” de la administración USA, disponible libremente por Internet.²²

El hallazgo sobre uso de barandillas respalda el incipiente movimiento que se comenzó a observar en Estados Unidos para lograr su racionalización.^{23, 24}

Es importante, a la hora de hacer comparaciones, tener en cuenta que se está hablando exactamente de lo mismo. Véase que existen lugares en el mundo donde se cuentan como sujeciones las barandillas, lo que eleva sus cifras de prevalencia. Para comparar los resultados de nuestro estudio hay que tener en cuenta que nuestra prevalencia de uso de sujeciones se refiere a uso diario, excluyendo el uso esporádico, o no diario, que sí se contabiliza en otros estudios,^{1, 2, 9, 16, 19} lo que nos lleva a una especial preocupación, aunque la cifra total sea moderada.

Hemos observado un mayor uso de sujeciones en residencias “jóvenes” de menos de 5 años, lo que, dado el tamaño de la muestra, debe ser tomado con precaución. Entendemos que la antigüedad de una residencia influye en el

uso de sujeciones y en otras prácticas asistenciales, si bien esa hipótesis ha de ser objeto de más investigación.

Pertener a un grupo puede evitar el aislamiento, técnico y cultural y, puede propiciar que exista cierto control del centro. Nuestros datos no nos permiten decir que eso influye en el uso de sujeciones, como se ha visto en otros estudios.^{5, 9, 12}

El tamaño, capacidad de un centro, puede influir en el uso de sujeciones, ya que determina la organización de los recursos humanos disponibles y la renta-

bilización de los mismos. En nuestro estudio vemos que los centros con menos de 60 residentes utilizan más sujeciones que los de más de 60, pero la muestra no ha sido suficiente para considerar significativo este resultado.

Nos hemos podido comprobar la fiabilidad de los datos aportados en todos los casos, ni tampoco hemos hecho una validación del instrumento utilizado, el censo de residentes, validación que será necesaria de confirmarse como elegido para continuar con el benchmarking entre centros.

Para mejorar la significación de estos resultados, descifrar las claves de la variabilidad y ver las razones de que se usen más sujeciones en ciertos tipos de centros es necesario seguir investigando. Proponemos que se ponga énfasis en las experiencias de "centros libres de sujeciones", que nos pueden enseñar, con evidencias, que los cuidados sin usar sujeciones son posibles, y que permiten obtener mejores resultados globales, como es presumible. ■

Referencias

- Ljunggren, G. Phillips, CD. Sgadari; A. *Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries.* Age and Ageing (1997); 26-S2: 43-47.
- Woo, j. Hui, E; Chan, F. *Use of Restraints in long-term residential care facilities in Hong Kong.* The Journal of Gerontology (2004); 59A, 9: 921
- Tinetti, M. Lie, W. *Mechanical restraint use and fall related injuries among patients of skilled nursing facilities.* Annals of Internal Medicine (1992); 116(5): 369-74
- Schnelle, JF. Simmons, SF. *Risk factors that predict staff failure to release nursing home residents from restraints.* Gerontologist (1992); 32(6): 767-70
- Schnelle, JF. Simmons, SF. *Safety assessment for the frail elderly: A comparison of restrained and unrestrained nursing home residents.* Journal of the American Geriatrics Society (1994); 42(6): 586-92
- Corey, TS. Weakley-Jones, B. *Unnatural deaths in nursing home patients.* Journal of Forensic Science (1992); 37 (1): 222-27
- <http://www.ceoma.org>
- <http://www.ceoma.org/alzheimer/index.php>
- Phillips, CD. Hawes, C. Mor, V. Fries, BE. *Facility and area variation affecting the use of physical restraint in nursing homes.* Medical Care (1996); vol 34 (11): 1149-1162.
- Evans, LK. Strumpf, N. *Tying down the elderly: A review of the literature on physical restraints.* J Am Geriatr Soc (1989); 37: 65-74.
- Castle, NG. Mor, V. *Physical restraints in nursing homes: A review of the literature since the nursing home reform act of 1987.* Medical Care research and review. (1998); vol 55 (2): 139-170.
- Castle, NG. Fogel, B. *Characteristics of nursing homes that are restraint free.* The gerontologist (1998); Vol 38(2): 181-188.
- Talerico KA, Capezuti E. *Myths and Facts About Side Rails.* American Journal of Nursing (2001), July; Vol. 101, No.7
- Evans, D. Wood, J. *Physical Restraint in Acute and Residential Care: A systematic Review.* The Joanna Briggs Institute. National Library of Australia (2002); number 22
- Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office. *Medicare/Medicaid Nursing Home Information, 1987-1988.* Health Care Financing Administration (1989).
- Karlsson S, Bucht G. *Physical restraints in geriatric care in Sweden: prevalence and patient characteristics.* J Am Geriatr Soc. (1996) Nov;44(11):1348-54
- Bethesda: Department of Health and Human Services *Survey protocol for long term care facilities.* State Operations Manual: Appendix P. (1999). 44.
- Yoriko Akamine. *The movement of physical restraint-free care for the elderly in Japan and Japanese culture.* Nursing & Health Sciences(2000); 2 (2): 79-81.
- Vries et al. *Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci. (2004); 59: M922-M923.
- <http://www.interrai.org>
- Damián, Javier, Valderrama-Gama, Emiliana, Rodríguez-Artalejo, Fernando et al. *Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid.* Gac Sanit, Ago 2004, vol.18, no.4, p.268-274.
- Health Care Financing Administration. *Nursing Home Compare.*
- <http://www.medicare.gov/NHCompare/home.asp>
- Capezuti, E., Talerico, K., Strumpf, N., and Evans, L. *Individualized assessment and intervention in bilateral siderail use.* Geriatric Nursing (1998); 19: 322-30
- Capezuti, E., Talerico, K.A., Cochran, I., Becker, H., Strumpf, N., Evans, L. *Individualized interventions to prevent bed-related falls and reduced siderail use.* Journal of Gerontological Nursing (1999); 25: 26-34
- Evans LK, Strumpf NE. *Myths about Elder Restraint.* Journal of Nursing Scholarship. (1990); 22(2):124-128.
- C D Phillips, C Hawes, and B E Fries. *Reducing the use of physical restraints in nursing homes: will it increase costs.* Am J Public Health. (1993) March; 83(3): 342-348

ANEXO

CENSO DE RESIDENTES Y CONDICIONES DE LOS RESIDENTES

Complete cada apartado especificando el número de residentes con las características de cada categoría. Si no hay residentes en la categoría introduzca "0". Si no se conoce el dato, introduzca ND (no disponible).

(Ponga los números manualmente)

GENERAL	
A1	
A2	
AVD	
B1	
B2	
VIENTRE / VEJIGA	
C1	
C2	
C3	
MOVILIDAD	
D1	
D2	
D3	
D4	
D5	
ESTADO MENTAL	
E1	
E2	
E3	
E4	

PIEL	
F1	
F2	
TRATAMIENTOS ESPECIALES	
G1	
G2	
G3	
G4	
MEDICACIONES	
H1	
OTROS	
I1	
I2	
I3	
I4	
J - PLAZAS	
K - SEXO	

-Datos generales del centro-

Identificación del centro (si no escribe el nombre del centro, ponga un código que le permita identificarlo después):

Año de Fundación: _____ (año desde que el centro se dedica a cuidar a Personas Mayores o enfermos de Alzheimer)

Tipo de centro: Residencia Centro de Día Otro

ubicación del centro
Urbana Rural LOCALIDAD: _____

Titularidad: pública privada ; pertenece a un grupo: no si si la respuesta es sí, indique n° centros

Modelo de gestión (respecto de los gestores del centro)

Gestores privados

Gestores públicos

CENSO DE RESIDENTES Y CONDICIONES DE LOS RESIDENTES

INSTRUCCIONES GENERALES
ESTE FORMULARIO SERÁ CUMPLIMENTADO POR EL CENTRO Y REPRESENTA LA CONDICIÓN DE LOS RESIDENTES EN EL MOMENTO DE LA CUMPLIMENTACIÓN

INSTRUCCIONES Y DEFINICIONES

- Cuadro A.- GENERAL

- **Cuadro A1-** Introduzca el número de residentes del centro cuya fuente principal de pago sea Pública.

- **Cuadro A2-** Introduzca el número de residentes del centro cuya fuente principal de pago no sea Pública.

Cuadro AVD (B)

Para determinar el estado del residente, a menos que se indique lo contrario, tenga en cuenta la condición del residente durante los 7 días anteriores.

valoración de cada AVD

Ponga en cada cuadro (B1 y B2) el número de residentes que reciben AYUDA CONSIDERABLE ó son DEPENDIENTES ABSOLUTOS. En el momento en que el residente realizaba la actividad, se le proporcionaba ayuda considerable (soportando su peso), o se realiza por parte del personal sanitario la totalidad de las actividades (dependientes absolutos).

Traslado B1.- Cómo se mueve el residente de una superficie a otra, como por ejemplo a/desde la cama, silla, silla de ruedas, o cómo se pone o deja de estar de pie. EXCLUYA traslados desde la cama al cuarto de baño. Muchos centros toman normalmente medidas específicas para ayudar a todos los residentes, como poner a disposición del residente facilidades- p.e. rampa o trapecio. Si es así y es la única ayuda que necesita, cuente al residente como independiente.

Uso del Cuarto de Baño B2.- Cómo usa el residente el servicio (o también una cuña, silla con orinal u orinal independiente). Cómo se traslada el residente a/desde el cuarto de baño, se limpia después de realizar las funciones fisiológicas, se cambia los pañales, se cuida la ostomía, los sondajes externos, y cómo se coloca la ropa antes y después de usar el servicio. Si todo lo que se hace por el residente es abrir un paquete-p.e. una compresa- cuente al residente como independiente.

Cuadro C.- ESTADO DEL VIENTRE/ VEJIGA

- **C-1** Con sonda interna o externa- Número de residentes cuya vejiga drene constantemente por una sonda- p.e. sonda Foley, sonda suprapúbica- o quien tiene un aparato puesto sobre el pene y conectado a una bolsa que recoge la orina de la vejiga.
- **C-2-** Ocasionalmente o frecuentemente incontinente de vejiga- Número de residentes que tiene un episodio de incontinencia dos o más veces a la semana. No incluye a los residentes con sonda interna o externa.
- **C-3-** Ocasionalmente o frecuentemente incontinente de vientre - Número de residentes que tiene incontinencia de vientre dos o más veces a la semana.

Cuadro D.- MOVILIDAD

- **D1** - En cama todo o la mayor parte del tiempo- Número de residentes que ha estado en la cama o en la butaca reclinada 22 horas o más al día durante los últimos 7 días.
- **D2** - En silla todo o la mayor parte del tiempo - Número de residentes que depende de una silla para su movilidad. Incluya a aquellos residentes que pueden estar de pie con ayuda para ir de la cama a la silla de ruedas o para el traslado a otro sitio (el residente no puede dar pasos sin ayuda externa o constante de aparatos para apoyar el peso y no está en la cama toda o la mayor parte del tiempo).
- **D3** - Se mueven con independencia - Número de residentes que no necesita ayuda o vigilancia; o la ayuda o vigilancia que se han ofrecido sólo ha sido 1 ó 2 veces durante los últimos 7 días. No incluya a los residentes que utilicen bastón, andador o muletas.

- **D4** - Movimiento con ayuda o aparatos de ayuda - Número de residentes que necesitan vigilancia, indicaciones, ayuda física o utilizan bastón, andador, o muletas. Cuento también a los residentes que usen férulas de pantorrilla, ortesis y correctores como aparatos de ayuda externos.
- **D5** - Inmovilizados físicamente - Número de residentes cuya libertad de movimiento y/o normal acceso a su cuerpo está restringido mediante un método manual o aparatos (sábanas, cintas, etc), material o equipo físico o mecánico que está sujeto o junto a su cuerpo y no puede ser quitado fácilmente por el residente. Cuento los residentes que son restringidos a diario, aunque solo se haga un corto periodo de tiempo.

Cuadro E.- ESTADO MENTAL

- **E1** - Con signos y síntomas documentados de depresión - Número total de residentes con signos y síntomas documentados de depresión (consta en la historia clínica del residente).
- **E2** - Con diagnóstico psiquiátrico documentado (Excluya demencias y depresión) - Número de residentes con diagnóstico psiquiátrico primario o secundario (consta en la historia clínica del residente), que incluye:
 - Esquizofrenia
 - Desórdenes esquizo-afectivos
 - Desórdenes Esquizofreniformes
 - Ilusiones
 - Desórdenes de estado de ánimo psicótico, incluidos la manía y depresión con rasgos psicóticos, episodios psicóticos agudos, psicosis reactiva breve y psicosis atípica.
- **E3** - Demencia: multi-infarto, senil, del tipo Alzheimer u otra diferente al tipo Alzheimer - Número de residentes con un diagnóstico primario o secundario de demencia o síndrome mental cerebral orgánico, incluidos el tipo multi-infarto, el tipo senil, el tipo Alzheimer u otra que no sea Alzheimer.
- **E4** - Con síntomas de comportamiento/ conducta alterada - Número de residentes con uno o más de los siguientes síntomas: deambular errático, abuso verbal, abuso físico, conducta socialmente inadecuada/ perjudicial, resistencia a los cuidados.

Cuadro F.- INTEGRIDAD DE LA PIEL

- **F1** - Número total de residentes con úlceras por presión que excluyan el Estadio I

- **F2** - Número de residentes con úlceras por presión en el momento del ingreso o que fueron reingresados con una úlcera por presión nueva (excluya el Estadio I).

Cuadro G.- TRATAMIENTOS ESPECIALES

- **G1** - Reciben terapia intravenosa, alimentación parenteral y/ o transfusión de sangre - Número de residentes que recibe o líquidos, o medicación, o alimentación parenteral o sangre o productos sanguíneos, administrados de forma intravenosa, durante los 7 días anteriores a esta evaluación.
- **G2** - Reciben tratamiento respiratorio - Número de residentes que reciben tratamiento con respiradores/ ventiladores, oxígeno, otras terapias, aspirado bronquial, humidificadores, o con otros métodos instrumentales que traten enfermedades de vías respiratorias. En los 7 días anteriores a esta evaluación.
- **G3** - Reciben cuidados de ostomía - Número de residentes que recibe cuidados de colostomía, ileostomía, ureterostomía u otra ostomía de las vía intestinal y/o urinaria. NO incluya la traqueostomía.
- **G4** - Reciben alimentación por sonda - Número de residentes que reciben todas o la mayoría de sus necesidades nutricionales por una sonda de alimentación que lleva la comida/sustancias nutricionales directamente al sistema gastrointestinal. P.e. sonda nasogástrica, sonda de gastrostomía.

Cuadro H.- MEDICACIONES

- **H1** - Reciben drogas psicoactivas - Número de residentes que recibe drogas clasificadas como antidepresivos, ansiolíticos, sedantes e hipnóticos, y antipsicóticos.

Cuadro I.- OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL RESIDENTE

- **I1** - Quién no se comunica en la lengua predominante del centro - Número de residentes que sólo se expresa en una lengua diferente a la lengua predominante en el centro.
- **I2** - Quién utiliza material de comunicación no oral (p.e. pizarras, ordenadores, lenguaje de signos). Número de residentes que usan métodos alternativos para comunicarse.
- **I3** - Quién tiene establecidas de antemano las pautas a seguir (voluntades anticipadas/ testamento vital). Número de residentes que tiene establecidas por adelantado las pautas a seguir, tales como decidir sobre su vida, con poder permanente de un representante legal, en lo concerniente a los cuidados sanitarios, o provisión de cuidados, cuando la persona está incapacitada.
- **I4** - Quienes utilicen barandillas en la cama. Número de residentes que las utilizan a diario, ya sea en los 2 lados o en uno solo, y sean del tipo que sean.

Cuadro J.- TOTAL PLAZAS DISPONIBLES EN CENTRO (ocupadas y sin ocupar)

Cuadro K.- TOTAL DE RESIDENTES DEL SEXO FEMENINO

