

CENSO DE RESIDENTES CONDICIONES DE LOS RESIDENTES

PLAZAS

A1		
A2		
J		

B1 – DA		
B2 – DA		

C1		
C2		

D1		
D2		
D3		
D4a		
D4b		

E1		
E2		
E3		
E4		
E5		

K		
---	--	--

PIEL

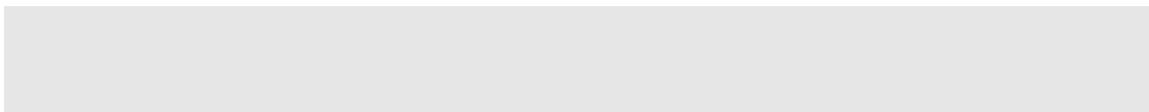
F1		
F2		

G1		
G2		
G3		
G4		
G5		
G6		

H1a		
H1b		
H2		
H3		

I1		
I2		
I3		
I4		
I5		
I6		

L1		
L2		
L3		
L4		



Datos generales del centro -

Identificación del centro:

Año de Fundación: ____ (año desde que el centro se dedica a cuidar a Personas Mayores dependientes)

Tipo de centro: Residencia Otro ...describir: _____

ubicación del centro

Urbana Rural

Titularidad: pública privada

Pertenencia a un grupo: no si si la respuesta es sí, indique **nº centros** _____

Modelo de gestión - Gestores privados **Gestores públicos**

Nº de plantas del centro (habitadas por residentes) _____

Nº de Unidades del centro (habitadas por residentes) _____ (aquí se han de sumar las unidades con clara separación física entre si, ya sea porque están en plantas diferentes o porque, estando en la misma planta, entre ellas existe estructuras arquitectónicas que la divide, ya sean escaleras, salones, etc.)

INSTRUCCIONES GENERALES

Cuadro A.- PLAZAS

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

En resto de cuadros se introducirá el resultado de sumar los residentes que cumplen las características, o condición, explicadas a continuación.

CONDICIONES DE LOS RESIDENTES

INSTRUCCIONES

Para determinar el estado de cada residente, a menos que se indique lo contrario, tenga en cuenta su condición durante 7 días, para lo cual puede programar la observación y cumplidos los 7 días responder este cuestionario.

Cuadro B.- AVD's

Ponga en el cuadro **B1-DA**: la suma de residentes que son **DEPENDIENTES ABSOLUTOS** para las transferencias (aquellos que necesitan ayuda total - el personal carga con su peso - por ejemplo para pasar de desde la cama a una silla o viceversa, o para sentarse o ponerse de pie).

Ponga en el cuadro **B2-DA**: la suma de residentes que son **DEPENDIENTES ABSOLUTOS para comer**, es decir todos los residentes a los que se les ha de dar de comer toda la comida manualmente. (excluir alimentación por sonda)

Cuadro C.- CONTINENCIA/CONTROL DE ESFÍNTERES

C1 – Ponga la suma de residentes que son ocasionalmente o frecuentemente incontinentes de vejiga, siempre que tengan un episodio de incontinencia dos o más veces a la semana. No sume aquí quienes son portadores de una sonda.

C2 – Ponga la suma de residentes que son ocasionalmente o frecuentemente incontinentes de vientre, siempre que tengan un episodio de incontinencia dos o más veces a la semana.

Cuadro D.- MOVILIDAD

D1 - En cama todo o la mayor parte del tiempo- Ponga la suma de residentes que han estado en la cama o en la butaca reclinada 22 horas o más al día durante los últimos 7 días.

D2 – Suma de residentes que están en silla de ruedas, todo o la mayor parte del tiempo que están fuera de la cama, durante los últimos 7 días.

D3 - Movimiento con ayuda o aparatos de ayuda - Ponga la suma de residentes que necesitan vigilancia, indicaciones, ayuda física o utiliza bastón, andador, o muletas. También se incluyen aquí a los sujetos que usan férulas de pantorrilla, órtesis y correctores, como aparatos de ayuda externos.

D4 - Inmovilizados físicamente - Ponga la suma de residentes con limitación de la libertad de movimientos, o limitación de su actividad física, o del normal acceso a cualquier parte de sus cuerpos, con cualquier método físico aplicado sobre ellos, o adyacente a sus cuerpos, del que no pueden liberarse con facilidad. (Ejemplo: residentes sujetos con sábanas, con arneses, con cinchas, con cinturones de cama o de silla, etc., etc.). No se consideran inmovilizaciones la aplicación de barandillas en la cama.

- Ponga en el ítem **D4a** la suma de residentes que son inmovilizados a diario, durante la semana de observación, aunque solo se haga por un corto periodo de tiempo.
- Ponga en el ítem **D4b** la suma de residentes que son inmovilizados esporádicamente, durante la semana de observación, no a diario, sino alguna vez puntualmente.

Cuadro E.- ESTADO MENTAL

E1 - Con signos y síntomas documentados de depresión - Ponga la suma de residentes que presentan signos y síntomas documentados de depresión (constan en su historia clínica).

E2 - Con diagnóstico psiquiátrico documentado (Excluya demencias y depresión) - Ponga la suma de residentes que tienen un diagnóstico psiquiátrico (consta en su historia), que incluye:

- Esquizofrenia
- Desorden esquizo-afectivo
- Desorden Esquizofreniforme
- Delirios
- Desorden psicótico del estado de ánimo, incluidos la manía y depresión con rasgos psicóticos, episodios psicóticos agudos, psicosis reactiva breve y psicosis atípica.

E3 - Demencia: multi-infarto, senil, por E. de Alzheimer, u otra de diferente causa - Ponga la suma de residentes que tienen un diagnóstico de demencia, incluido el tipo multi-infarto, el tipo senil, el tipo Alzheimer u otra que no sea por E. de Alzheimer. (consta en su historia clínica).

E4 - Con síntomas de comportamiento/ conducta alterada - Ponga la suma de residentes que presentan uno o más de los siguientes signos/síntomas: abuso verbal, abuso físico, conducta socialmente inadecuada/ perjudicial, resistencia a los cuidados, todos los días durante los últimos 7 días.

E5 – Vagabundeo – suma de residentes que deambulan de forma errática, sin aparente objetivo concreto y lógico, y que están identificados como personas con deterioro cognitivo o demencia

Cuadro F.- INTEGRIDAD DE LA PIEL

F1 - Suma de residentes que presentan úlcera/s por presión, excluyendo la/s que estén en estadio I.

F2 - Suma de residentes que presentaban la/s misma/s úlcera/s por presión en el momento del ingreso en la Residencia.

Cuadro G.- TRATAMIENTOS O CUIDADOS ESPECIALES

G1 - Suma de residentes que son alimentados por boca (cuchara) con dieta modificada mecánicamente (triturada).

G2 - Suma de residentes que reciben terapia intravenosa, alimentación parenteral y/ o transfusión de sangre

G3 - Suma de residentes que reciben tratamiento respiratorio – los que reciben tratamiento con respiradores/ ventiladores, oxígeno, otras terapias respiratorias, aspirado bronquial, humidificadores, o con otros métodos instrumentales (p.e.: traqueostomía), que traten enfermedades de vías respiratorias.

G4 - Suma de residentes que reciben cuidados de ostomía – Los que reciben cuidados de colostomía, ileostomía, ureterostomía u otra ostomía de las vía intestinal y/o urinaria. NO incluya la traqueostomía.

G5 - Suma de residentes que reciben alimentación por sonda – Todos los residentes a los que se les satisfacen 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, o sonda de gastrostomía).

G6 – Suma de residentes que han ido a urgencias del hospital en el último mes.

Cuadro H.- MEDICACIONES

H1 - Reciben drogas psicoactivas - Ponga *la suma de residentes que reciben* drogas clasificadas como psicoactivas. H1a y H1b no son mutuamente excluyentes.

- Ponga en el ítem **H1a** *la suma de residentes que reciben* drogas clasificadas como antipsicóticos o tranquilizantes mayores.
- Ponga en el ítem **H1b** *la suma de residentes que reciben* drogas clasificadas como antidepresivos, ansiolíticos, sedantes, e hipnóticos, o cualquier otro psicotrópico que no se pueda encuadrar en H1a.

H2 – suma de residentes que toman fármacos analgésicos

H3 – suma de residentes que reciben al día 9 ó más medicamentos diferentes

Cuadro I.- OTROS

I1 – Suma de residentes que son incapaces o presuntos incapaces.

I2 – suma de residentes que tienen tutela legal.

I3 – Suma de residentes con problemas de representación para asuntos legales (consentimientos, autorizaciones, etc.), por conflictos entre familiares más directos.

I4 – Quienes utilizan barandillas en la cama. Suma de residentes que tienen en su cama barandillas en los 2 lados (barandillas que son levantadas cuando el sujeto se acuesta).

I5 – Movilidad en la cama. Suma de residentes que cuando están en la cama no pueden girarse hacia los lados o no pueden lograr solos una postura del cuerpo diferente a la que tienen. (*Excluya los que tienen esa dificultad por que se les aplica una inmovilización física en la cama*)

I6 – Género – Ponga *la suma de residentes que son* mujeres.

Cuadro k.- DOLOR

Suma de Residentes que tienen dolor diario durante los últimos 7 días.

Cuadro L.- CAÍDAS

L1 – Caídas en un año – Número total de caídas en el último año contabilizado – Anote aquí el número de caídas de las que hay registro y que correspondan a un periodo de 12 meses, sin necesidad de que se corresponda con un año natural. *En el caso de que no tenga ese dato de un año, ponga la cifra que tenga y anote al lado del cuadro el número de meses a los que corresponde.*

L2 – Residentes que caen.- Suma de residentes que han protagonizado las caídas referidas en el cuadro anterior (**L1**)

L3 – Fracturas de cadera ocurridas como consecuencia de las caídas referidas en **L1**

L4 – Número de caídas protagonizadas por residentes que tenían pautada alguna sujeción.

