



# Una aproximació de l'ètica a la pràctica diària en un servei d'atenció a persones amb Discapacitat Intel·lectual

Maite González-Nicolás Cerón

Sílvia Lobera López

3 de desembre del 2012

Introducció.....	3
I. Aspectes teòric - pràctics i la comissió de treball.....	10
II. Deliberació dels aspectes ètics i de qualitat de vida en les intervencions.....	22
III. Aplicació del model.....	34
IV. Disseny del pla de comunicació.....	126
V. Sistema d'avaluació.....	127
Fonts i bibliografia.....	128

# INTRODUCCIÓ

## 1. Justificació

El Grup Catalònia és una Fundació privada que atén a persones amb discapacitat intel·lectual, gestiona 15 serveis entre Residències, Llar Residències, Centres Ocupacionals i un Centre Especial de Treball. Dóna atenció a 762 persones amb discapacitat intel·lectual amb un total de més de 700 professionals.

Territorialment i en funció dels nivells de suport, els serveis es distribueixen de la següent manera:

- Àrea del Vallès occidental: Residència Institució Montserrat Montero, Residència Joan Bofill, Residència la Casona, Residència Joan XXIII, Residència Canigó, Llar residència Collserola, Llar residència El Bosc, Llar residència El Xalet, Llar Residència Jesús Farrés, Centre Ocupacional i d'inserció Aspasur, Centre especial de treball Sant Martí.
- Àrea del Maresme: Llar Residència Institut Torremar, Llar Residència M<sup>a</sup> Antònia de Besora, Llar Residència Can Roure, Centre Ocupacional i d'Inserció Adolf Goday.

El Grup Catalònia té com a objectiu l'atenció a persones amb discapacitat intel·lectual, sigui quin sigui el seu grau de suport, així com els problemes de salut o trastorns mentals associats. Aquesta atenció ha de satisfer les necessitats globals de totes les persones ateses.

La missió del grup és "prestar un servei que satisfaci les necessitats que puguin tenir les persones amb discapacitat intel·lectual al llarg de la seva vida dins els centres i equipaments, fent-lo sostenible en el temps".

L'interès de l'entitat vers l'ètica neix ara fa set anys i tot i que no s'ha implementat com a tal un espai formal d'ètica com ara un Comitè Ètic, el que sí s'ha generat en els darrers anys és:

- (i) Una inquietud per qüestions ètiques i necessitat per tractar dilemes ètics.
- (ii) Un nou model d'atenció que contempli no només els aspectes assistencials, psicopedagògics, sanitaris, socials, terapèutics... sinó també els morals i ètics.

I per donar resposta a totes aquestes inquietuds, s'ha treballat en dos sentits:

1. Des de la Direcció General de l'entitat, es fa arribar al Patronat la necessitat de pensar, donar forma i respostes a les inquietuds ètiques que es generen en l'atenció a persones amb discapacitat intel·lectual. Un cop aprovat, es posa en marxa una fórmula dissenyada des de la Direcció General: es realitza l'encàrrec a la direcció tècnica d'un dels equipaments de l'entitat, la Institució Montserrat Montero, de la creació d'un grup de treball que s'encarregui de tractar aspectes ètics, dilemes ètics de l'atenció... amb l'objectiu de l'elaborar un document de bones pràctiques.
2. S'elabora el nou model d'atenció de l'entitat amb la voluntat de donar una atenció més completa als usuaris que viuen o treballen en els diferents serveis. La filosofia del model va més enllà de l'atenció assistencial i s'especialitza en àrees d'atenció lúdiques i terapèutiques. S'inicia un procés de formació del personal d'atenció directa tant d'aspectes bàsics d'atenció (salut, higiene...) però amb molt més esforç i dedicació en la formació sobre les àrees d'intervenció del Grup que s'agrupen en cinc grans àrees: Creativitat, Estimulació Multisensorial, Esport, Comunicació i Teràpia ocupacional.

Seguint doncs amb les directrius marcades, es crea un grup de treball, que s'anomena Grup de Treball d' Ètica de l'Entitat. Està configurat per 13

persones, les quals representen tots els equipaments i categories professionals de l'entitat.

El Grup de Treball, fruit de les seves reunions, formació dels diferents membres en continguts ètics i coordinació amb d'altres entitats, elabora a finals del 2008 un Manual de Bones Pràctiques que és presentat a la Direcció General i aprovat pel Patronat.

En els darrers dos anys, el Grup de Treball passa a consolidar-se com a la Comissió ètica de l'entitat i les seves funcions, ara per ara, s'han definit en:

- (i) Vetllar que l'ètica sigui present a l'entitat.
- (ii) Formar de manera continuada als diferents integrants de la Comissió.
- (iii) Comunicar les aportacions i treballs realitzats.
- (iv) Revisar la documentació del Grup per tal de fer-la útil, accessible i pràctica.
- (v) Crear activitats i xerrades.

Un cop configurat el Grup de Treball i consolidat en una Comissió Ètica amb unes funcions definides i realitzat el Manual de Bones Pràctiques, la Comissió ha d'iniciar un pla per tal de fer arribar l'ètica al "dia a dia" de l'entitat, que també és un desig manifest de la Direcció General. Trobem a l'entitat, tot i els esforços realitzats fins ara:

- (i) Una mancança en la implementació de l'ètica aplicada.
- (ii) Que els esforços de realitzar un document de bones pràctiques no han donat resposta a les necessitats inicials.
- (iii) Que el treball fet fins ara no ha arribat a la pràctica diària ni a tots els professionals de la manera desitjada.

- (iv) I davant d'aquesta situació, s'arriba a la conclusió que cal replantejar novament el camí.

Per una altra banda, s'ha decidit no donar continuïtat a la següent fase que es plantejava la Comissió (assessorament, formació i creació d'un Comitè Ètic de l'entitat). La raó de no donar continuïtat a la creació del Comitè Ètic ha estat evitar la formació d'un organisme de caire més "administratiu" que no pas "executiu", eficaç i útil. En aquest sentit, el que s'ha consolidat ha estat la Comissió ètica amb l'augment de les seves funcions.

## **2.Objectius**

Plantegem doncs, quina o quines poden ser les millors accions per tal d'incidir des de l'ètica a la pràctica diària. El camí escollit per aconseguir-ho passa per fer una revisió exhaustiva de la documentació que s'utilitza a l'entitat en la intervenció diària dels professionals: els Protocols d'Atenció prescriptius que defineix l'administració i aquells propis de l'entitat, el Reglament de Règim Interior, Programes d'Atenció Individuals Interdisciplinaris... donat que aquests documents són els que estan més "vius" a l'entitat i marquen la manera de fer de tots els professionals.

Així doncs, proposem que per tal que l'ètica s'evidenciï en la pràctica diària professional cal revisar la documentació utilitzada a l'entitat en la intervenció diària i introduir-hi la visió ètica.

Aquesta documentació es centralitza en:

- Els protocols d'atenció del centre (32 documents).

Tal com marca el Decret 284/96, modificat pel Decret 176/2000, en els articles 18. 10 i 18. 11, es diu que els serveis de centres residencials assistits, centres de dia i llar- residència han de disposar de protocols. El que es pretén amb això és millorar la qualitat de vida dels usuaris.

El protocol és un document que concreta per escrit els passos a seguir per a realitzar una assistència correcta, de manera que cada professional sàpiga com actuar en tot moment.

Els mínims continguts que ha de contenir el protocol son aquells que responen a les preguntes què volem (objectius)?; a qui va adreçat (usuaris/es i professionals)?; com s'ha de portar a terme (metodologia i fases)?; quan (quan iniciar-lo i finalitzar-lo)? I amb què (eines, registres)?.

El protocol sempre ha de contemplar també la data d'elaboració, vigència i revisió així com els professionals que l'han elaborat i signatura.

Els protocols mínims prescriptius son: acollida i adaptació; incontinències; caigudes; contencions; lesions per pressió; higiene i administració de medicació.

- Els programes Individuals d'Atenció Interdisciplinària

Segons el Decret 284/96 modificat pel Decret 176/2000 de Regulació Sistema Català de Serveis Socials, el programa d'atenció individual interdisciplinari és el document que contempla el programa individualitzat per la realització dels objectius d'atenció a la persona. Aquest programa ha de contemplar mínim: els objectius plantejats; la metodologia a emprar; les activitats mitjançant les quals s'aconseguirà l'objectiu i el sistema d'avaluació del procediment.

- El Reglament de règim interior .

Segons el Decret 284/96 modificat pel Decret 176/2000 de Regulació Sistema Català de Serveis Socials, el reglament de règim interior és el document que contempla com a mínims els següents elements: normes de funcionament de l'equipament; causes de suspensió o cessament de la prestació del servei; sistemes d'admissions i baixes; sistemes de cobrament del preu pels serveis complementaris; mecanismes d'informació en tots els serveis i la participació democràtica dels usuaris- es

o llurs representants legals; sistema horari de funcionament de l' establiment així com el de visites i de sortides.

▪ El Manual d'acollida de l'entitat.

El Manual d'acollida del Grup Catalònia és un document intern, elaborat des de la mateixa Direcció general, on es contempla: la presentació i els objectius del Manual; la definició de la missió; nomena els serveis i centres de la entitat; explica la filosofia i valors corporatius; concreta l'organigrama de la entitat; defineix les diferents àrees i serveis del Grup Catalònia; senyala el model de gestió de la entitat i per últim, dissenya els principis fonamentals en l'atenció a les persones amb discapacitat intel·lectual, el model d'atenció.

D'aquesta manera proposem:

- 1) Implementar l'ètica aplicada a la realitat de la Institució Montserrat Montero durant el període 2012-2013.
- 2) Aquesta implementació es considera un procés experimental de posterior aplicació a la resta d'equipaments del Grup Catalònia.

### **3. Metodologia**

El desenvolupament del model per tal d'aproximar l'ètica a la pràctica diària ha estat construït a partir de:

- (i) La identificació d'experiències similars en d'altres serveis d'atenció a persones amb discapacitat.
- (ii) La definició del model d'aplicació ètic a la documentació de l'equipament fruit de recerca bibliogràfica i de la selecció de models ètics i de qualitat de vida aplicables a la intervenció en equipaments residencials que atenen a persones amb discapacitat intel·lectual.



- (iii) La creació d'una comissió de treball i calendari .
- (iv) Deliberació dels aspectes ètics, de qualitat de vida i de les pràctiques d'intervenció.

## **ASPECTES TEÒRIC - PRÀCTICS I LA COMISSIÓ DE TREBALL**

### **1. Experiències dins els sector**

Ens vàrem posar en contacte amb diverses entitats adscrites a la Coordinadora de Profunds de Catalunya. Un cop examinades, ens va interessar pel model que porten a terme a Sant Joan de Deu (Lleida). Vàrem realitzar la visita el 24 de maig del 2012. En la visita ens atenen la directora tècnica i la coordinadora de Qualitat de l'entitat i en ella, al llarg del matí ens expliquen el model ètic.

Disposen d'un Comitè Ètic pròpiament sota la direcció del Dr. Josep Ramos i un espai de reflexió ètica. Destaquem que les dues línies més importants del model (a banda del Comitè ètic i l'espai de reflexió), que ens fixà l'atenció, varen ser, per una banda, el sistema formatiu de la entitat vers la ètica, en el qual realitzen una forta inversió així com el sistema d'aplicació de l'ètica a la entitat (deliberació de dilemes ètics i seguiment del impacte de la formació en la praxi diària).

### **2. Definició del Model d'aplicació ètica a la documentació de l'entitat**

La definició del model d'aplicació ètica a la documentació de l'equipament ha estat desenvolupat a partir del model d'Atenció de l'entitat, en els principis i valors ètics que garanteixen el ple desenvolupament de la dignitat de les persones i el Model de Qualitat de vida de Schalock i Verdugo.

El model d'atenció del grup es caracteritza per ser un model d'atenció bio-psico-social, on l'atenció està centrada en la persona i totes les seves necessitats, siguin del tipus que siguin. Aquesta atenció es manté al llarg de la vida i sempre serà adaptada i ajustada als canvis continus que es donen en el procés evolutiu.

Els principis educatius bàsics del model d'atenció i que regeixen les intervencions són aquells que descarten:

- (i) Models teòrics que siguin essencialistes, és a dir, aquells models que pretenen definir les pràctiques socials a partir d'un sol tret, únic i diferencial.
- (ii) Models educatius paternalistes, que conceben a la persona com algú que solament cal assistir, que no pot participar del seu procés de creixement personal i, de qui no cal potenciar-ne les capacitats. Desvincular-se de la pedagogia més tradicional i coercitiva.

Així doncs, els principis educatius - ideològics, que regeixen el model d'atenció són aquells on l'acció educadora queda immersa en una paradigma crític i emancipador, que parteix de la consciència i auto motivació de la persona cap a un procés de creixement que passa per desenvolupar les diferents dimensions: ment, cos i emocions.

De la mateixa manera, que se segueixen sistemes no autoritaris, encaminats a dipositar confiança en la persona, que impliquin la participació dels usuaris en el propi procés d'aprenentatge.

La tasca educativa es basa en:

- (i) Proporcionar un tracte personalitzat que s'adeqüi al ritme d'aprenentatge i de les capacitats de cada usuari.
- (ii) L'educador és qui facilita els recursos necessaris i adients per a cada persona.
- (iii) L'educador genera un medi, crea un ambient propici on la persona pot experimentar, percebre, crear, pensar, sentir, comportar-se i créixer.
- (iv) L'educador estableix una relació d'acompanyament i ajuda amb la persona que endega un procés de desenvolupament personal.

- (v) L'educador organitzant sistemes de recolzament intentant que la persona mobilitzi i utilitzi tots els aprenentatges que ha assolit.

En referència a les qüestions ètiques, partim de la definició d'ètica de Paul Ricoeur com un "aspirar a una vida realitzada, amb i per els altres, en institucions justes".

Per principis ètics entenem, per un costat, aquells adscrits als principis de la bioètica que han de regir qualsevol tipus d'intervenció que es desenvolupa en el context d'atenció de l'entitat; tant vers l'atenció directa del professional vers l'usuari com les intervencions de qualsevol tipus que es donen en el si de la pràctica laboral diària entre professionals, vers les famílies, o altres externs. Aquests són els principis d'autonomia, beneficència, no maleficència i equitat.

També hem aplicat l'ètica des d'altres conceptes, valors, principis... ètics no adscrits pròpiament a la bioètica com ara la virtut, hospitalitat, paternalisme, compassió, secret professional, confidencialitat, llibertat, intimitat i vulnerabilitat.

Finalment destaquen que la voluntat d'introduir el concepte de qualitat de vida conjuntament amb el d'ètica gira entorn de la concepció que qualitat de vida i ètica mantenen una estreta relació. Com mostra Cuenca (2008) en el seu article, posant de manifest "la pretensió d'investigar el fet ètic en busca de la qualitat de vida per tal de garantir la dignitat de les persones", per ell, el pont que uneix els dos conceptes és que l'objectiu de l'ètica des dels grecs fins els nostres dies ha estat "la vida digna i de qualitat" i a més:

"no hi ha anàlisi ètica o de la bioètica, que no inclogui d'alguna manera la preocupació perquè les persones avancin cap a una qualitat de vida que permeti el reconeixement de la dignitat i humanització de les persones"

i com afirma J, García Férez:

“la qualitat de vida és un imperatiu personal i social dotat de certa significació ètica, es a dir, defineix unes normes o elements fonamentals de la vida social, a les que ens haurem de remetre per establir el bé humà comú”

Per una altra banda, recollim el model de qualitat FEAPS, “Un model per la qualitat de vida, des de l'ètica i la qualitat del servei”. El model FEAPS planteja la mateixa unió entre l'ètica i la qualitat de vida, sent la primera, la raó essencial en la missió de millorar la qualitat de vida de les persones. Destaca que els models de qualitat de vida mantenen un compromís ètic i són fruit del dret de les persones a una vida digna, una vida de qualitat i plena ciutadania, així doncs, la qualitat és un compromís basat en l'ètica. Podríem entendre la qualitat de vida com un imperatiu ètic.

El concepte de qualitat de vida (benestar, felicitat...) sempre ha despertat interès al llarg del temps en les diferents societats, des de Plató i Aristòtil fins als nostres dies. A partir, però, de la segona meitat del segle vint, ha estat quan s'ha desenvolupat un interès molt més específic en desenvolupar estudis, teories... Durant els anys 50 i 60, existeix per part de les ciències socials un gran interès pel benestar humà, una preocupació per la conseqüències de la industrialització i sorgeix la necessitat de mesurar amb dades objectives (estat salut, nivell econòmic...) el benestar de les persones, sorgeixen indicadors estadístics que mesuren el benestar de determinades poblacions o societats. Als anys 70 i 80 s'integra la subjectivitat al concepte de qualitat de vida, es tenen en compte totes les àrees de la persona per valorar la qualitat de vida, esdevé la formula:

**qualitat de vida= condicions de vida+satisfacció experimentada+valors personals**

Les conseqüències socials i individuals del concepte de qualitat afavoreixen persones amb més possibilitats d'elecció i societats on els serveis comencen a treballar des de i per la qualitat de vida de les persones.

Respecte el Model de qualitat de vida, els models examinats han estat: el model de qualitat de vida de FEAPS (basat en els conceptes de suport que necessita la persona), el model de qualitat de vida de Spilker (basat en l' enfoc de la comprensió), el Model de qualitat de vida de Campbell, Converse i Rodges (basat en la teoria de la satisfacció) i el Model de qualitat de vida de Schalok i Verdugo .

Per desenvolupar el model de l'ètica aplicada a l'entitat em recollit el model de qualitat de vida de Schalock i Verdugo. Els motius han estat, per una banda, és el més reconegut i treballat dins l'àmbit de la discapacitat intel·lectual amb una visió fonamentada no tant en la discapacitat, com en les necessitat de suport i sobretot perquè es construeix, entre d'altres components, en el compromís ètic fonamentat en el dret de les persones a una vida digna, una vida de qualitat i plena ciutadania. I per una altra banda, perquè en els darrers anys, els estudis i experiències de treball relatius a l'aplicació del paradigma de qualitat de vida aplicat a les persones en situació de dependència han estat molt prolífers i aquest augment de producció científica ha donat un ampli conjunt de criteris i de pautes d'atenció per la prestació dels serveis.

El concepte de qualitat de vida segons Wallander, Schmitt y Koot que també utilitzen Schalock i Verdugo és la: "combinació del benestar objectiu i subjectiu en múltiples dominis de vida considerats importants en la pròpia cultura i temps, sempre que s'ajustin als patrons universals dels drets humans". Com afirma Tamarit, la qualitat de vida de les persones amb discapacitat no es regeix per principis diferents als de qualitat de vida d'una persona sense discapacitat.

Concretant amb el model, Schallock i Verdugo plantegen 8 dimensions de qualitat de vida amb els indicadors corresponents a cadascuna d'elles:

- **Benestar emocional**

Satisfacció: estar satisfet, content, feliç i content.

Autoconcepte: estar a gust amb el propi cos, forma de ser i sentir vàlid (autoestima).

Absència d'estrès: disposar d'un ambient segur, estable i previsible. Saber que s'ha de fer i es pot fer, absència de nerviosisme.

- **Relacions personals**

Interaccions: mantenir relacions amb diferents persones i disposar de xarxes socials.

Relacions: tenir relacions satisfactòries. Tenir amics i relacions familiars positives.

Suports: sentir-se recolzat a nivell físic, emocional i econòmic. Disposar de persones que ofereixin ajut quan sigui necessari.

- **Benestar material**

Estatus econòmic: disposar d'ingressos suficients per comprar el que es necessiti o agradi.

Treball: tenir un treball digne que agradi i amb un ambient laboral adient.

Habitatge: disposar d'un habitatge confortable on sentir-se a gust i còmode.

- **Desenvolupament personal**

Educació: disposar de possibilitats de rebre una educació adient d'accedir a títols educatius i/o aprenentatges interessant i útils.

Competència: disposar de coneixements i habilitats que permetin desenvolupar-se de forma autònoma a la vida diària, al treball, a l'oci i les relacions socials.

Acompliment: tenir èxit a les diferents activitats que es realitzen, ser productiu i creatiu.

#### ▪ **Benestar físic**

Salut: gaudir d'un bon estat de salut, estar ben alimentat, no tenir símptomes de malaltia.

Activitats de la vida diària: estar bé físicament per poder moure's de forma independent i realitzar per un mateix activitats d'autocura (higiene personal, vestuari, alimentació...).

Atenció sanitària: disposar de serveis d'atenció sanitària eficaços i satisfactoris.

Oci: estar bé físicament per realitzar activitats de lleure.

#### ▪ **Autodeterminació**

Autonomia i control personal: tenir possibilitat de decidir sobre la pròpia vida de forma independent i responsable.

Metes i valors personals: disposar de valors personals, expectatives, desitjos on dirigir les accions.

Eleccions: disposar de diferents opcions per escollir de forma independent segons les pròpies preferències (on viure, quina roba posar-se, on treballar, quin són els amics i qui no...).

#### ▪ **Inclusió social**

Integració i participació a la comunitat: accedir a tots els llocs i grups comunitaris i participar de la mateixa manera que qualsevol persona sense discapacitat.



Rols comunitaris: ser una persona útil i valorada en els diferents llocs i grups dels que forma part.

Recolzament social: disposar de xarxes de persones i serveis de recolzament i ajuda en funció de la necessitat.

- **Defensa dels drets**

Drets humans: coneixement i respecte dels drets humans.

Drets legals: disposar dels mateixos drets que la resta de ciutadans i tenir accés als processos legals per garantir els respecte dels mateixos.

### **3. Creació de la comissió de treball i calendari**

Un cop definit i concretat el model a seguir per aconseguir que l'ètica realment estigui present en totes les accions i intervencions que es duen a terme en el servei, s'exposa a les persones que configuren la Comissió Ètica.

En la sessió corresponent al mes de (febrer 2012):

- Es planteja el perquè i el què del treball, emmarcat en el Master d'Ètica Aplicada

- S'informa sobre el model vers els conceptes ètics així com de qualitat de vida que preteníem utilitzar per definir les accions

I s'acorda:

- El Model d'aplicació

- Els col·laboradors de la comissió ètica que participen del grup de treball són cinc persones

Es realitza el mateix procediment amb la direcció psicopedagògica, cap de l'àrea social de l'entitat així com amb el responsable d'infermeria del

centre i s'integren el grup de treball, consolidant-se aquest amb un total de vuit membres.

Per realitzar la revisió de la documentació utilitzada a l'entitat en la intervenció diària i introduir-hi la visió ètica es segueix la següent calendari:

1. Març - novembre 2012: Protocols d' Atenció del servei (protocols prescriptius i aquells essencials en la intervenció). Objecte del treball de recerca que en ocupa.
2. Gener - març 2013: resta de Protocols d'atenció existents a l'entitat.
3. Abril - juny 2013: Manual d' Acollida de l'entitat.
4. Setembre - novembre 2013: Reglament de Règim Intern del servei.
5. Gener - desembre 2014: Programes d'Intervenció Individual i Interdisciplinari de tots els usuaris del servei.

A partir dels 32 protocols existents al Grup Catalònia:

1. Protocol d'administració de l'alimentació en usuaris amb trastorns de la deglució.
2. Protocol d'actuació en casos de crisis d'agitació psicomotora, auto i heteroagressivitat
3. Protocol de tractament d'urgència en presència de crisis epilèptiques.
4. Protocol d'atenció a la salut.
5. Protocol de intervenció en casos de sospita de broncoaspiració i ingesta de cossos estranys.
6. Protocol de sortides mèdiques programades.

7. Protocol de sortides mèdiques d'urgència .
8. Protocol d'elaboració del programa d'atenció interdisciplinari individualitzat.
9. Protocol de ingrés, acollida i adaptació.
10. Protocol d'actuació i observació en casos de traumatisme cranial.
11. Protocol d'hàbits d'evacuació, observació i tractament d'incontinència urinària.
12. Protocol de prevenció i tractament de les lesions per pressió.
13. Protocol de Prevenció i actuació en cas de fugida o pèrdua d'un usuari.
14. Protocol de informació a la família.
15. Protocol d'actuació en cas de febre.
16. Protocol de prescripció, preparació i administració de la mediació.
17. Protocol d'extracció de taps de cerumen.
18. Protocol de caigudes.
19. Protocol de contencions.
20. Protocol de higiene.
21. Protocol d'alimentació.
22. Protocol d'acompanyament a la mort i defunció.
23. Protocol de tractament de l'estoc de medicació.
24. Protocol de Control de la temperatura de neveres i congeladors.
25. Protocol de Cateterisme vesical.

26. Protocol de intervenció en cas d'aturada cardiorespiratòria.
27. De intervenció en cas de intoxicació oral aguda i pacient conscient.
28. D'anàlisi de sang i orina.
29. D'atenció a la sexualitat.
30. D'actuació davant una ferida oberta.
31. D'actuació davant la pediculosis.
32. D'administració de medicació subcutània: insulines i heparines.

Es seleccionen 21 per treballar en la primera fase, aquest són:

▪ **Els 7 prescriptius (els marca la Generalitat per decret):**

9. Protocol de ingrés, acollida i adaptació.
11. Protocol d'hàbits d'evacuació, observació i tractament d'incontinència urinària.
12. Protocol de prevenció i tractament de les lesions per pressió.
16. Protocol de prescripció, preparació i administració de la medicació.
18. Protocol de caigudes.
19. Protocol de contencions.
20. Protocol de higiene.

▪ **I per la importància que tenen en la intervenció, els següents 13 protocols:**

1. Protocol d'administració de l'alimentació en usuaris amb trastorns de la deglució.
2. Protocol d'actuació en casos de crisi d'agitació psicomotora, auto i heteroagressivitat.

3. Protocol de tractament d'urgència en presència de crisis epilèptiques.
4. Protocol d'atenció a la salut.
5. Protocol de intervenció en casos de sospita de broncoaspiració i ingesta de cossos estranys.
6. Protocol de sortides mèdiques programades.
7. Protocol de sortides mèdiques d'urgència.
8. Protocol d'elaboració del programa d'atenció interdisciplinari individualitzat.
13. Protocol de prevenció i actuació en cas de fugida o pèrdua d'un usuari.
14. Protocol de informació a la família.
21. Protocol d'alimentació.
22. Protocol d'acompanyament a la mort i defunció.
26. Protocol de intervenció en cas d'aturada cardiorespiratòria.

## **DELIBERACIÓ DELS ASPECTES ÈTICS I DE QUALITAT DE VIDA EN LES INTERVENCIIONS**

Durant el període marcat (març- novembre 2012) es duen a terme 8 reunions generals de dues hores de durada on els diferents membres del grup aporten per un costat la revisió tècnica del protocol i per una altra es reflexiona sobre els aspectes ètics sensibles dels mateixos realitzant-se una valoració global de cada protocol introduint per últim els elements de qualitat de vida.

Els elements ètics sensibles seleccionats han estat els següents

### **BENEFICIÈNCIA**

#### **Definició**

El Principi de la Beneficència s' engloba en dues idees:

- fer BÉ una cosa
- fer EL BÉ als altres mitjançant allò que hem fet bé

La bona pràctica per tant és aquella que no només fa les coses correctament o de la millor manera sinó que a més te el valor afegit de fer el bé, millor i òptim a qui va adreçada l' acció.

#### **Reflexions**

-El professional ha de ser competent (seguiment dels procediments i protocols).

- El professional ha de ser eficient (utilitzar els mitjans materials i humans justos i necessaris).

-El professional ha de ser diligent (posar cura i tota l'atenció en l'acte d'intervenció).

-El professional ha de ser responsable (ser capaç de defensar i donar comptes del perquè i com d'una intervenció davant d'un mateix, dels usuaris, dels altres professionals i de les famílies. Inclou respecte, coherència, transparència i integritat).

-El professional ha d'aplicar els procediments descrits amb eficàcia: des de l'acollida al servei (informació, entrega de documentació, contracte assistencial, Reglament de Règim Interior, Manual de Bones Pràctiques) fins els seguiments continus posteriors.

-Importància d'elaborar el PAII amb la participació de l'usuari al màxim en funció de les seves possibilitats.

-Nomenar sempre la persona pel seu nom i en funció edat o història de la persona. No utilitzar diminutius, sobrenoms...

-Fugir dels infantilismes. Són persones amb necessitats de suport diferents "solament", tenen un ritme diferent d'aprenentatge.

## **NO MALEFICÈNCIA**

### **Definició**

El principi de No Maleficència és aquell que marca que l'actuació davant els usuaris ha d'anar sempre acompanyada no només de fer el bé, sinó de no fer el mal.

La bona pràctica, per tant, és aquella que té el valor afegit d'anar més enllà i detecta i fa prevenció d'un possible mal o perjudici a la persona.

### **Reflexions**

-Mantenir el secret professional.

-Mantenir la confidencialitat.

- Preservar el dret de la persona a la intimitat.
- Respectar la integritat en totes les seves formes.
- Evitar actuacions negligents o imprudents que puguin ocasionar un mal.
- No utilitzar la superioritat per obtenir avantatges en la relació amb l'usuari.
- Evitar fer comentaris o donar informació de la persona en la seva presència o que aquesta pugui sentir-ho. Per exemple en un canvi de torn de personal moment en què s'intercanvia informació.

## **AUTONOMIA**

### **Definició**

El Principi d' Autonomia és aquell que marca que la persona actua i pren decisions d'acord amb les seves intencions, valors, ideals, coneixements, necessitats i sense cap coacció i/o limitació. La persona no només és autònoma, sinó que se la respecta com a tal, en actituds i accions.

La bona pràctica determina que per què la persona sigui autònoma ha de disposar de tota la informació possible i no estar subjecta a cap limitació o coacció.

### **Reflexions**

- Donar els recursos i suports adaptatius en els àmbits necessaris.
- Facilitar el suport sempre en gradació de la menor a la major necessitat en funció de maximitzar l' autonomia.
- Les persones amb discapacitat intel·lectual greument afectades poden prendre decisions sobre la seva vida, cal fomentar i treballar l'autonomia de la quotidianitat que té a veure amb les petites decisions.
- Cal adaptar l' entorn.



-Realitzar revisions contínues dels nivells de suport per tal que aquests no quedin obsolets.

-Respectar a les decisions i/o actuacions preses per la persona atesa.

-Seguiment del procediment vers les contencions de forma extrema: recerca de sistemes alternatius prèviament; treball en equip i existència de prescripció, informació i consentiment; seguiment exhaustiu i continuació de recerca de sistemes alterns substitutoris.

## **EQUITAT (IGUALTAT)**

### **Definició**

Principi general de Justícia que es refereix a les relacions interpersonals. Igual respecte i consideració per a qualsevol ésser humà. Les diferències son justificables si sempre es decanten a favor dels més desfavorits.

Es dóna l'equitat en una societat on tots els membres són iguals i autònoms, donat-se: llibertat de pensament i consciència; llibertat de moviment, d'escollir i d'igualtat d'oportunitats; respecte a sí mateix com a persona; possibilitat d'accés a bens materials iguals a la resta de persones; d'accés a possibilitats que impliquin responsabilitats d'acord amb les capacitats pròpies. En resum, possibilitat d'igualtat de consideració d'interessos (tenir en compte tots els interessos) i igualtat d'oportunitats (són normals les diferències però si partim de condicions d'igualtat).

### **Reflexions**

-Tractar igual als que són igual; i igual als que són diferents. La discriminació positiva és beneficiosa per les persones amb més dificultats.

- Tothom té el dret per igual a accedir a serveis, atencions, intervencions.

-Crear grups de conversa i tipus assembleari per acordar decisions comunes i/o específiques.

-Realització dels Conselles de Participació on les diferents representacions (administració, famílies, tutors, treballadors, usuaris) analitzin i proposin vers l' equipament i el seu dia a dia)

## **JUSTÍCIA**

### **Definició**

Per entendre el principi de justícia ens hem de fixar en la relació entre la persona i la col·lectivitat. Doncs per justícia entenem parlar de reciprocitat (la justícia es dóna entre dos vers una norma) i de proporcionalitat (entre el que es dóna i es rep).

Segons això, hi ha dos tipus de justícies: la justícia individual i la justícia social.

La primera és ser tractat amb respecte i reconeixement. La segona implica que la societat ha de garantir unes condicions de vida fonamentals iguals per a tots.

### **Reflexions**

-Ajustar les intervencions i pautes a cada persona, sigui quina sigui la seva patologia, diagnòstic i perfil.

-Evitar les preferències personals.

## **VIRTUTS**

### **Definició:**

La virtut és una disposició o un hàbit voluntari adquirit amb el temps a fer el bé.

Es distingeixen les virtuts de caràcter teològic (fe, esperança i caritat) de les virtuts de tipus moral, ètiques o humanes (prudència, justícia, fortalesa, *templança*, gratitud, honradesa, lleialtat, responsabilitat, generositat, humilitat, franquesa).

## **Reflexions**

Els professionals que treballen dins l'atenció amb persones amb discapacitat intel·lectual han de realitzar les seves intervencions:

- Actuant i pensant en el concepte de l'excel·lència i no d'exigència.
- Fomentant en les accions la prevenció i la precaució de possibles dificultats.
- Potenciar i/o ensenyar als usuaris a realitzar demandes.
- Fomentant l'empatia així com la capacitat de donar a l'altre.
- Treballar actituds personals: la paciència, la gestió de les emocions...
- Permetre l'existència de les diferents creences personals.
- Evitar adoctrinament, tenir actituds obertes al canvi (millores de models educatius, programes d'activitats, aportacions de companys...)
- Potenciar optimisme sent proactius.
- Potenciar el treball en equip.

## **HOSPITALITAT**

### **Definició**

L'hospitalitat, en termes amplis, significa amor i respecte als altres.

L'hospitalitat, en termes més concrets, serien accions que busquen el confort de l'altre, fer-lo sentir be, complaure'l, acompanyar-lo, sentir amb ell...

### **Reflexions**

- Fomentar les relacions amb tots, especialment amb els que s'eviten, entre els que es troben més diferents, amb els que necessiten més o

tenen més limitacions i estan més aïllats de l'entorn (com per exemple en casos greus amb pluridiscapacitat).

- Potenciar l' actitud acollidora en comptes de l'expectant o defensiva.
- Respectar les diferències.
- Desenvolupar l'escolta activa.
- Acceptació als altres tal com són.
- Fomentar i treballar l'empatia.
- Pensar bé de tothom.
- Promoure la simpatia.
- Evitació crítiques i potenciar els elogis.
- Presentar sempre a la persona el professional que l'acompanya (si no la coneix o és la primera vegada que es veuen).

## **PATERNALISME**

### **Definició:**

Són aquelles accions que es realitzen per fer o maximitzar un bé l'altre i/o per evitar mals o prejudicis, però sense el consentiment de la persona sobre la que es crea l' acció.

### **Reflexions:**

- Ocultar informació.
- Prendre decisions sense consensuar sobre un altre.
- Deixar prendre decisions incorrectes i que això vagi en perjudici de la persona.

## **COMPASSIÓ**

### **Definició:**

La compassió és aquell sentiment que ens permès posar-nos al costat de l'altre i sentir com sent, compartir el que sent. Aquest sentiment és el que no ens deixa indiferents al que li passa a l'altre.

No s'ha de confondre amb una caritat paternalista. La compassió va lligada a la justícia.

### **Reflexions**

- Actuar des de l'empatia.
- Tractar als altres com un mateix voldria que el tractessin.
- Sentir amb l'altre.
- Acompanyar, estar amb ell o ella aquí i ara.
- Validar el sentir i pensar de l'altre. Procurar no invalidar les persones.

## **SECRET PROFESSIONAL**

### **Definició:**

El secret professional és l'obligació ètica de tot professional a no divulgar ni permetre que es conegui informació que coneix directa o indirectament vers els usuaris al seu càrrec. El secret professional és el deure de custodiar la informació relativa a l'usuari.

El professional està obligat a guardar el secret; l'usuari té el dret d'estar protegit i preservat de què es conegui la seva informació i que aquesta sigui tractada de manera confidencial.

El secret professional pot tenir límits:

a) imperatiu legal b) allò que pugui ocasionar perill a tercers c) quan el fet de no informar pot ocasionar perjudici al mateix usuari o a altre d) quan l'usuari autoritza a revelar la informació.

### **Reflexions**

-Compliment de les obligacions a què està subjecta la persona que intervé.

-Intervenció garantint la integritat física, emocional i econòmica de les persones ateses.

-Guarda del secret respecte als fets o notícies que ens comunica la persona atesa. Fins i tot, en cas de judici pels fets.

-El secret professional sempre s'ha d'emparar en que hagi confiança absoluta i respecte a la intimitat de la persona atesa.

## **CONFIDENCIALITAT**

### **Definició**

Dret de la persona a no revelar-se la informació vers ella. Excepte en els casos que la informació no donada vagi en contra dels interessos de la persona o bé que la donada vagi a favor dels interessos de la persona.

La Confidencialitat és una forma de secret confiat mitjançant el qual el professional està obligat a no revelar-lo.

### **Reflexions**

-Garantir l'accés a la informació només de persones autoritzades.

-Garantir el compliment dels procediments : protecció de dades, definició de sistemes de comunicació, ...

-Cura d'on es deixa la informació i de vigilància dels espais de documentació.

## **LLIBERTAT**

### **Definició**

Facultat de l' ésser humà la qual li permet portar a terme una acció d' acord amb la seva pròpia voluntat.

En funció de l'evolució del concepte societat, la llibertat s' ha relacionat cada vegada més amb els conceptes de justícia i igualtat.

La llibertat ha de garantir el respecte a la voluntat pròpia alhora que implica l' assumptió de la responsabilitat dels actes comesos per haver exercit aquesta voluntat (això marcaria límits o restriccions en les llibertats).

### **Reflexions**

- Llibertat de fer o no fer. O de triar un fer entre d' altres fers.
- Llibertat de lliure expressió. De rellevant importància l'ús de sistemes augmentatius i alternatius de comunicació.
- Llibertat d' accés a la informació i comunicació.
- Llibertat física o de desplaçament.
- Llibertat de relació amb els altres.

## **INTIMITAT**

### **Definició**

La Intimitat és la part de la vida d' una persona que no ha de ser observat des de l' exterior i només afecta a la pròpia persona.

La intimitat és una necessitat humana i un dret natural de la persona, i correspon a tots els àmbits de la persona: psicològic, emocional, personalitat, interessos, corporalitat,...

El dret a la intimitat és uns dels fonamentals als Drets Humans.

## **Reflexions**

Les persones amb discapacitat intel·lectual que viuen en àmbits residencials tenen especial vulnerabilitat a que sigui no es preservi la seva intimitat i cal estar especialment atents a:

-Preservar l'accés de la imatge pública de les persones ateses (fotografies, vídeo...).

-Preservar la intimitat física i emocional en les situacions de les activitats bàsiques de la vida diària (trucar a les portes abans d'entrar; cobrir el cos, no ocupar espais amb persones externes...) en els moments de descontrol emocional i/o agitació, en les visites mèdiques i exploracions així com quelcom altra situació.

-Consultar i acordar el respecte a la intimitat en relació als usuaris d' altre sexe vers: vestuaris, dormitoris, dutxes, lavabos...

-Valorar amb especial atenció aquelles situacions en que es decideix vulnerar la intimitat en pro d'un altre aspecte de vital importància per la persona com la seva seguretat i integritat física.

## **VULNERABILITAT**

### **Definició**

La vulnerabilitat engloba molts significats: possibilitat de la persona de que se li faci mal (fràgil); lligat a una reducció de la autonomia i independència de la persona; i en relació als medis i condicions de l'entorn (socials, econòmics...) desfavorables (d' aquí el concepte poblacions o col·lectius vulnerables o desfavorits): vulnerable perquè està



exposat a un agent extern de risc i per les dificultats d' exposar-se a aquest.

### **Reflexions:**

Es destaca que les persones amb discapacitat intel·lectual amb greus limitacions (comunicació, mobilitat, accessibilitat, relació...) i que a més viuen en àmbits residencials són especialment vulnerables i per tant amb més risc d' estar exposades a situacions de submissió (sota el "poder" del professional, família, societat); quedar diluïda la seva persona en la totalitat del conjunt (accions homogeneïtzadores de les institucions)...


-Dotar d' eines i estratègies mitjançant formació per imitació. Per ex davant la indefensió.

-Proporcionar els recursos necessaris que puguin estar ocasionant vulnerabilitat (riscos, pressions,...)

### **Altres consideracions a tenir en compte en la revisió dels protocols d' atenció des de la ètica i qualitat de vida:**

- Utilitzar un llenguatge senzill, proper i accessible a tots els professionals, atenent que el protocol és un instrument molt tècnic i específic d' accions concretes
- Ser molt concrets
- Donar missatges clars
- Humanitzar el llenguatge en l'escritura dels protocols.
- Per tal d' evidenciar la importància de l' ètica i la qualitat de vida en la pràctica diària i en els procediments que es marquen en els protocols , decidim incloure un apartat específic on concretem accions que garanteixen l' acompliment dels elements sensibles seleccionats.

## APLICACIÓ DEL MODEL ESCOLLIT ALS PROTOCOLS

	<b>9. PROTOCOL INGRÉS, ACOLLIDA I ADAPTACIÓ DE L'USUARI</b>
---	---

### Adreçat a

Usuaris: tots els usuaris

Professionals: Equip Interdisciplinari

### Objectiu

Facilitar a l'usuari i a la seva família el procés d'ingrés, acollida i adaptació al servei.

### Consideracions i actuacions

- Un cop l'usuari és seleccionat en base al procés d'atenció i assistència, verificant que els servei és el recurs adient per atendre les seves necessitats, es concreta la entrevista amb la família o el representant legal de l'usuari.
- Participen d'aquesta segona entrevista els professionals que han fet la selecció de l'usuari. L'entrevista es desenvoluparà en diferents fases amb els diferents professionals de l'equip on realitzaran:
  - Director d'atenció: supervisió del procés i presentació dels professionals i dels serveis.
  - Metge o infermer/a: història clínica i valoració mèdica prèvia al ingrés.
  - Treballador Social: Informe social - familiar i administratiu i entrega del Manual d'Acollida del centre i instruccions per formalitzar el ingrés (recollits a l'annex del manual).
  - Psicòleg: Documentació psicopedagògica i entrega de la informació general del servei.
- Al final de l'entrevista es formalitza amb l'usuari (en aquells casos que

sigui possible) i la família la data i l'hora del ingrés, informant a l'ICASS d'aquestes dates.

- Un cop finalitzada l'entrevista els professionals del servei, preferiblement el director i el psicòleg, acompanyen a l'usuari i la família a una visita als espais on l'usuari viurà i desenvoluparà les seves activitats diàries, i es presentarà a la família a la resta del professionals que no coneguin fins al moment, especialment el Personal d'Atenció Directa (PAD).
- El dia del ingrés reben a l'usuari el director d'atenció, el treballador social i el psicòleg.
- S'acompanya a l'usuari a la unitat de vida. És el moment en que l'usuari coneix als professionals que l'atendran, en cas de no haver assistit a l'entrevista prèvia. Es valora si aquest acompanyament es realitza amb la família o sense ella, en funció de les característiques personals.
- La família entrega la documentació demanada a l'entrevista prèvia al ingrés.
- La família entrega al centre els objectes personals i roba, en cas que la família així ho determini.
- Un cop l'usuari queda al centre i en companyia del personal tècnic educatiu, es procedeix a formalitzar la documentació: signatura del contracte assistencial i els seus annexes.
- En el moment en que l'usuari ha ingressat, l'equip interdisciplinar disposa de la fitxa de presentació i la valoració inicial.
- El PAD disposa del dossier d'adaptació i seguiment individual, en el que constaran els fulls de registre i seguiment que recullen els aspectes que completaran la valoració inicial per l'elaboració definitiva del PAII.
- Durant el primer mes d'estada de l'usuari al centre, els professionals del servei mèdic realitzen a les exploracions mèdiques generals i d'altres més específiques si són pertinents, completant d'aquesta

manera la valoració inicial per tal de detectar les necessitats d'atenció sanitària, que es recolliran en el PAII definitiu.

- Durant el període d'adaptació i prèvia a la realització del PAII definitiu i per completar les valoracions inicials es passaran:
  - ICAP.
  - Barem de 3a persona.
  - Altres qüestionaris i inventaris en funció de les característiques dels usuaris.
  
- Un cop finalitzat el període d'adaptació i elaborat el PAII es farà una entrevista amb l'usuari i la família per tal d'informar del contingut i formalitzar la signatura del mateix. Es farà entrega d'una còpia del PAII a la família.
- Per últim, s'ha de tenir en compte que, tot i que l'adjudicació de la plaça és definitiva, en cas de valorar al llarg del període d'adaptació la no adaptació de l'usuari al servei i en casos excepcionals, es notificarà a l'ICASS la necessitat de recerca d'un altre equipament més adient a les característiques i necessitats personals de l'usuari.

### **Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida**

Intimitat, llibertat, confidencialitat, compassió, hospitalitat, beneficència, autonomia, igualtat, paternalisme.

Benestar emocional, relacions interpersonals, benestar material, drets.

### **Actuacions**

-Confirmar l' autorització de les famílies vers l'ús de la imatge pública (memòries, presentacions, formació...)

-Preservar la intimitat, especialment en els moments d' execució de les activitats de la vida diària, respecte les possibles visites familiars.

-Assegurar la llibertat de la família respecte la decisió del ingrés al servei.

- Facilitar l'accés de les famílies a la informació i sistemes de comunicació del servei.
- Donar rellevància a la llibertat d'expressió dels usuaris. Potenciar els sistemes augmentatius i alternatius de la comunicació.
- Proporcionar lliure accés de les famílies a tots els espais del centre excepte els restringits per l'ús del personal.
- No posar cap limitació per tal de facilitar les relacions entre les famílies i usuaris i entre les diferents famílies.
- Preservar la confidencialitat sobre la informació i documentació de l'usuari i la família.
- Mostrar empatia amb la família i l'usuari durant el període d'ingrés, adaptació i seguiment posterior atenent a les vivències personals i significats que els usuaris i famílies viuen durant el procés (sentiments de culpa, d'abandó, dubtes...).
- Atenció a la persona des de l'actitud de com ens agradaria a nosaltres que ens atenguessin.
- Durant les entrevistes, evitar parlar sobre la persona i aspectes que tenen a veure amb ella com si no hi fos, evitant que donem a entendre que tractem a la persona com un objecte.
- Dedicar el temps necessari a la persona durant el període d'adaptació atenent a les necessitats que presenti i donant els suports necessaris.
- Presentar a totes les persones que formen l'equip tant habitualment com d'altres esporàdics (substituts, així com altres professionals relacionats (alumnes de pràctiques, visites tècniques...)).
- Cura en la custòdia de tota informació que formi part de l'expedient assistencial (ús dels expedients ubicats als despatxos tècnics o pròpiament informatitzats).
- Donar especial importància a conèixer la història de vida.
- Donar valor als seus gustos, preferències, sense ironitzar o criticar.
- Ser tolerants amb la cultura de la persona.
- Procurar donar respostes a les expectatives de la persona i la família.

- Des del primer moment, identificar els suports que necessaris per tal de potenciar al màxim les possibilitats.
- Evitar conductes “sobreprotectores”.
- Donar possibilitats d'elecció en les decisions de la vida diària i els espais com ara escollir tipus d'habitació...
- Potenciar la decisió en l'organització d'espais propis com els armaris...
- Potenciar la decisió en l'organització dels “espais biogràfics” com àlbums de fotos, records, objectes amb valor sentimental...
- En el moment d' ingrés es farà entrega a les famílies del contracte assistencial, el reglament de règim interior, el manual d' acollida i d' atenció del centre així com del codi de pautes i conductes de la entitat.
- Facilitar a les famílies tota la informació sobre els seus drets i deures i els diferents sistemes de participació amb el centre: entrevistes multidisciplinàries; Associació de pares; Consell de Participació.
- Virtuts com la prudència i la honradesa han d'estar molt presents, pel que fa al plantejament que fem a la persona i la família sobre com serà la seva vida a l'equipament, els serveis que es proporcionaran, el model d' atenció...
- La persona que ingressa al servei, en la majoria dels casos, no ho ha decidit ella mateixa. Per tant, dins de les possibilitats, evitem: ocultar informació, prendre decisions sense consensuar-les, deixar-li prendre decisions sobre aspectes de la seva vida diària.

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica.

Signen aquest protocol:

Data de realització: setembre 2004

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014

## 11. PROTOCOL D'HÀBITS D'EVACUACIÓ I OBSERVACIÓ I TRACTAMENT DE LA INCONTINÈNCIA URINÀRIA

### Adreçat a

Usuaris: Tots els usuaris

Professionals: Infermeria i Personal d'Atenció Directa

### Objectiu

Conèixer en tot moment el ritme deposicional i/o miccional dels usuaris i actuar en conseqüència.

### Consideracions i actuacions

#### SEGUIMENT DE LES DEPOSICIONS

- En els casos de les persones que NO tenen control d'esfínters, es realitzarà pauta horària establerta a priori: s'asseuran al WC durant 10 minuts (com a màxim) 6 cops al dia: al llevar-se, a les 11:00h, abans de dinar, després de dinar, a les 17:00h i després de sopar a tots els usuaris que sigui possible la sedestació autònoma.
- El PAD de cada torn, al finalitzar la seva jornada, anotarà al registre diari les deposicions realitzades per cada usuari.
- El personal d'infermeria assignat de la unitat comprovarà cada dia les anotacions del PAD.
- En cas de transcorre tres dies amb registre (-), que indica que no hi ha hagut deposició, el personal sanitari procedirà a valorar l'actuació a seguir de forma individualitzada en cada cas.
- Quan algun usuari presenta diarrea se'l posarà amb dieta astringent (després de valoració mèdica) fins que s'hagi resolt el procés, a criteri del personal sanitari del servei.

- En els registres de les deposicions estan marcats els usuaris/es més susceptibles de tenir problemes d'estrenyiment (perquè hi hagi un control més exhaustiu).

## **SEGUIMENT DE LES MICCIIONS I CONTROL DE LA INCONTINÈNCIA URINÀRIA**

### **Processos puntuals d'incontinència urinària**

- Valorar el factor de l'edat.
- Supervisar el nivell d'ingesta de líquids, hàbits intestinals i tipus de dieta.
- Passes a seguir:
  - Realització d'una exploració física
  - Descartar una infecció urinària
  - Diagnòstic i tractament del procés d'incontinència
  - Si és necessari posar en marxa l'ensenyament terapèutic de la continència

### **Processos crònics d' incontinència**

- Valoració de les mesures més correctes en les persones que presenten incontinència crònica, tenint en compte possibles al·lèrgies, nivell d'autonomia, estat emocional, preferències personals...
  - Bolquers
  - Compreses
  - Col·lector
  - Bossa d'orina durant la nit
- Establiment d'una pauta horària de canvis i higiene.



- S'asseuran al wc, amb un horari preestablert segons una pauta individual, tots els usuaris que sigui possible la sedestació autònoma i que no se'ls hi hagi detectat autonomia d'aquesta funció.
- Els usuaris que ho demanin, per tant a priori autònoms, se'ls respectaran les seves demandes.
- En cas de no disposar de necessitat de pauta individual es pot seguir el següent model de pauta horària, sempre en funció de l'equipament:
  - Dia: 7:30 – 11:00 – 13:00- 14:30 – 17:00 – 20:30
  - Nit: 22:00 – 24:00 – 4:00
  - En cas de que l'usuari no sigui capaç d'aconseguir el control de la micció, es farà servir bolquer o alguna de les altres mesures especificades per prescripció mèdica. Els horaris de canvi de bolquers s'especifiquen en el quadre prescriptiu de bolquers de la unitat i en el protocol d'higiene.
  - El canvi de bolquer queda registrat conjuntament amb la signatura del protocol d'higiene.
  - Tot i ús de bolquer, en els casos que no s'especifiqui el contrari, es farà igualment control i canvi de bolquer al WC.

### **Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida a tenir en compte en l'actuació**

Intimitat, autonomia

Benestar físic, benestar emocional, benestar material, drets

### **Actuacions**

-Evitar fer reportatges d'imatge, fotografia o vídeo en qualsevol moment del control d'esfínters i/o canvi d'incontinent.

-Les visites al unitats de convivència es realitzaran sempre amb previ avís i mai en els moments d'intervenció.

- Cal trucar a la porta abans d' accedir als espais i presentar-se.
- Tancar portes o cortines per preservar la intimitat.
- Els trasllats d'un espai a un altre sempre es realitzaran amb el cos cobert preservant la nuesa.
- Evitar en les intervencions, parlar sobre la persona i aspectes que tenen a veure amb ella com si no hi fos, evitant que donem a entendre que tractem a la persona com objecte.
- Consensuar amb l'usuari, en tots els casos que sigui possible, si té inconvenient per la presència d'altres usuaris i si el fet de ser de sexe contrari li provoca malestar.
- Utilitzar i potenciar tots els mecanismes i eines adaptatives que siguin necessaris (grues, baranes, elevadors wc...).

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica

Signen aquest protocol:

Data de realització: setembre 2004

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014

## 12. PROTOCOL DE PREVENCIÓ I TRACAMENT DE LES LESIONS PER PRESSIÓ

### Adreçat a

Usuaris: usuaris amb risc de lesió per pressió i/o amb lesió

Professionals: Personal higiènic - sanitari i Personal d'Atenció Directa

### Objectiu

Aquest protocol té com objectiu prevenir l'aparició i reduir la incidència de nafres per pressió en els usuaris, mitjançant l'aplicació d'un conjunt de mesures de caire preventiu.

### Consideracions i actuacions

- Exploració i valoració diària de la pell després o durant el bany a tots els usuaris. Aquesta observació i valoració s'acompanya de la explicació a l'usuari del què s'està realitzant i els motius de l'exploració.
- Aplicar crema hidratant per tot el cos i/o la prescrita pel metge en les zones de pressió, especificades al dibuix (prominències òssies).
- Extrepar la higiene i els canvis de bolquers per mantenir la pell neta i seca.
- Mantenir una bona hidratació.
- No aixecar el capçal del llit més de 30° si no és per facilitar la ingesta d'aigua o aliments i durant un espai de temps curt, excepte en els usuaris que tenen prescrit l'aixecament del capçal del llit.
- En usuaris d'alt risc, es realitzaran canvis de postura cada 2 hores durant les 24 hores del dia i cada 4 hores en usuaris de baix risc. S'alternaran en els canvis el decúbit supí, lateral esquerra i dret. Si l'usuari tolera bé i no té cap incompatibilitat amb el decúbit prono,

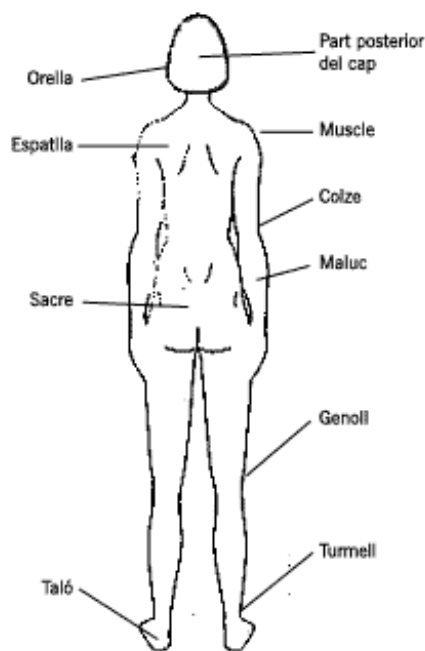
aquesta posició s'inclourà en els canvis. Apuntar en el gràfic l'hora, la posició i la persona que l'ha realitzada.

- Coixins entre els genolls, sota els turmells i per recolzar els colzes. També es podran utilitzar coixins per millorar el confort. Peücs especials pels peus.

**En cas de sospitar inici d'una lesió avisar immediatament al personal sanitari:**

- Comunicar al servei sanitari dels canvis de coloració observats, en les zones de pressió.
  - Comunicar sobre l'aparició de petites lesions sobre aquestes zones.
  - Quan s'ha detectat la lesió, anotar-ho al registre específic que es troba a les infermeries. L'equip mèdic, valorant amb el departament de fisioteràpia, estableix el tractament i les mesures de postura adients.
  - Seguiment en el registre fins la desaparició de la lesió.
  - Un cop emplenat pel PAD el primer registre, aquest ja queda ubicat a la infermeria ens els equipaments residencials i es fan les cures des del Dept. Mèdic. Donat l'alta i arxivat registre un cop es decideix des del Dept. Mèdic.
- 
- **Si no hi ha Infermeria 24 hores:** el PAD haurà de fer la cura o cures diàries que ja tindrà especificat el Departament Sanitari.

## Zones de pressió: localització més freqüent de les úlceres per pressió



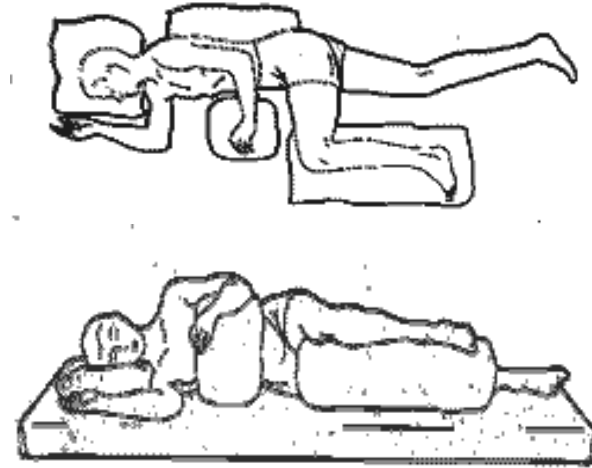
### Mesures de prevenció

#### específiques:

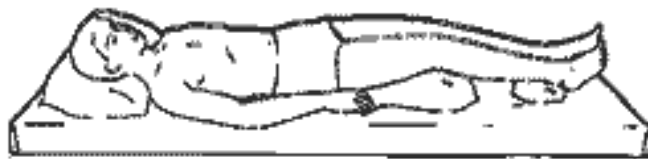
- Realitzar una dieta adequada a les necessitats de la persona, completa i amb tots els nutrients necessaris. Això s'ha d'acompanyar d'una bona hidratació via oral.
- Mantenir la higiene i realitzar segons les necessitats i/o horari establert els canvis de bolquers per mantenir la pell neta. Sobretot cal tenir en compte que després de les higienes extremar en mantenir la pell ben seca així com s'ha de tenir especialment cura en eixugar en els plecs mamaris i inguinals i en les zones "interdigitals" dels peus.
- En usuaris amb greus limitacions de mobilitat, es realitzaran canvis de postura amb mobilitzacions passives cada 3-4 hores durant les 24 hores dels dia. En cas de les persones incontinents es pot aprofitar el canvi de bolquer per fer el canvi de postura.

**Les posicions millor tolerades normalment són:**

**Lateral dret/esquerre.** El cos descansa sobre el costat dret o esquerre. Es protegeixen els punts de pressió amb coixins i es col·loquen els braços en posició anatòmica:



**Posició supina.** El cos descansa sobre l'esquena. Es protegeixen els punts de pressió amb coixins i es col·loquen els braços en posició anatòmica:



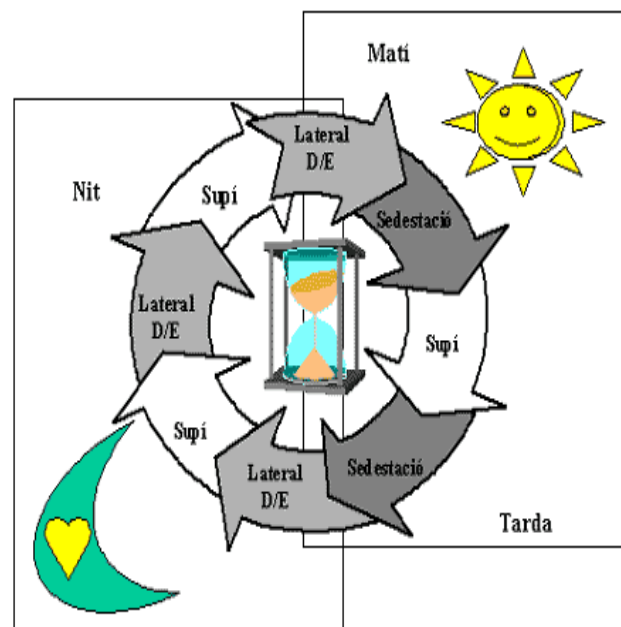
**Sedestació.** Assegut en una cadira, llitera o llit. Es protegeixen els punts de pressió amb coixins i es col·loquen els braços en posició anatòmica. Podem fer servir un coixí per recolzar els colzes, per a major confort.

- En usuaris amb greus limitacions de mobilitat es recomana l'ús de mitjans preventius, com per exemple matalàs antiescares i coixins entre els genolls, sota els turmells i per recolzar els colzes, tal i com es veu a les imatges.



Sedestació

Exemple de rotació postural:



## **Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida a tenir en compte en l'actuació**

Intimitat, beneficència

Benestar físic, benestar emocional, benestar material

### **Actuacions**

-Cal posar tota la cura i atenció en la màxima diligència de l'acompliment dels procediments que es marquen al protocol.

-Preservar la utilització de la imatge pública sobre formació o publicació respecte els moments d' exploració i detecció.

-Vetllar per restringir l'accés a persones alienes als espais on es duen a terme les actuacions d' exploració i cura.

-Cal utilitzar tots aquells recursos materials per a un bon tractament de les lesions per pressió (coixins, matalàs d'aire...).

-Cal tenir cura del material específic de cada persona i fer un bon ús.

-En el procés d'hidratació de la pell, cal utilitzar les quantitats adients de cremes i aplicar-les amb suavitat realitzant petits massatges per tal de crear sensacions de plaer.

-Cal realitzar la cura i les hidratacions amb acompanyament verbal.

-Sempre que es realitzi una mobilització farem avís verbal o anticiparem que realitza un canvi de postura, si s'utilitzarà grua...

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica.

Signen aquest protocol:

Data de realització: setembre 2004

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014



## 16. PRESCRIPCIÓ, PREPARACIÓ I ADMINISTRACIÓ DE LA MEDICACIÓ

### Adreçat a

Servei de Infermeria, Personal d'Atenció Directa i Servei Mèdic

### Objectius

Aconseguir que el procés de prescripció, preparació i administració de la medicació sigui eficaç i exempt d'errors.

### Consideracions i actuacions

#### PRESCRIPCIÓ DE FÀRMACS

- La prescripció de fàrmacs l'efectuarà el Servei Mèdic de cada unitat i/o especialitat mitjançant les Ordres Mèdiques del Centre
- Segons l'ordre mèdica, es diferenciarà entre:
  - Medicació que s'ha de preparar amb **Unidosi**: l'ordre mèdica original s'ha de fer arribar al servei de farmàcia i la còpia ha de restar al servei d'infermeria. En cas de no haver farmàcia al servei, les ordres originals són a la infermeria.  
La Medicació Unidosi, són totes les formes farmacèutiques sòlides d'administració per via oral: càpsules, comprimits, gràgees...
  - Medicació **no Unidosi**, l'ordre mèdica original ha de restar en el servei d'infermeria i la còpia s'enviarà al servei de farmàcia en cas que hagi al centre.

La **Medicació no unidosi**, compren totes les medicacions en forma farmacèutica de xarops, gotes, supositoris, pomades, injectables, pols.

Les ordres mèdiques es fan servir per:

- Tractaments nova prescripció.
- Canvi de pauta.
- Canvi de dosi.
- Canvi horari d'administració.

## PREPARACIÓ DE LA MEDICACIÓ

Es consideren 2 tipus:

- **Medicació unidosi**: La prepara el Servei de Farmàcia o infermeria segons les prescripcions vigents en el centre.
  - Diàriament el servei de farmàcia i/o infermeria actualitzarà totes les medicacions segons els protocols d'aquest servei.
  - Els tractaments es preparen individualment per a cada usuari i per 24 hores: Cada usuari que ho necessita ha de tenir una bossa identificada amb el seu nom i cognoms, torn de presa (matí, migdia, vespre i nit) o horari especial.
  - Una vegada preparats els tractaments, el servei de farmàcia i/o infermeria, farà una revisió per mostreig de tota la medicació per comprovar que no hi hagin errors.
  - En els serveis on opera el servei de farmàcia, la(s) bossa(es) amb el(s) tractaments els introduirà en els contenidors identificats per a cada unitat i el servei d'infermeria corresponent ho recollirà a l'hora pactada i ho repartirà. A la resta de centres, la medicació ja preparada es deixarà a l'armari corresponent abans de l'hora de la presa.

- Si per alguna raó faltés o es perdés alguna medicació, el servei d'infermeria la reposarà amb els medicaments que disposa cada unitat d'infermeria.
  
- **Medicació no unidosi**
  - Les prescripcions mèdiques vigents les prepararan i les actualitzaran diàriament el servei d'infermeria i es col·locaran al lloc destinat perquè siguin accessibles al PAD.
  
  - Cada centre disposa d'uns registres on figura:
    - (i) Nom i cognom usuari
    - (ii) Nom medicament i forma farmacèutica
    - (iii) Pauta: Data inici tractament i Data fi Tractament
  
  - Juntament amb els registres hi haurà els medicaments que s'han d'administrar als usuaris, ja sigui pel servei d'infermeria o el PAD.

## **ADMINISTRACIÓ DE LA MEDICACIÓ**

Tota la medicació administrada als usuaris estarà prescrita a l'ordre mèdica corresponent.

### **1.1. MEDICACIÓ UNIDOSI**

- 1.1.1. El servei d'infermeria diposita la medicació unidosi a l'armari de medicació corresponent de cada servei. Un cop allà, el PAD l'han de distribuir per grups.
- 1.1.2. Cada PAD administrarà la medicació de la seva tutoria, comprovant el nom de l'usuari i presa corresponent. En el cas de un monitor novell, l'administra el company d'aquest, veterà i que coneix els usuaris/es.

- 1.1.3. És imprescindible que no hi hagi manipulació prèvia a l'administració. La medicació s'administra immediatament després de treure el blíster corresponent.
- 1.1.4. El PAD comprova que l'usuari s'ha pres convenientment la medicació, tenint en compte les seves limitacions i necessitats de suport i no administra la medicació a un altre usuari fins a no tenir certesa que la medicació ha estat presa.
- 1.1.5. El PAD ha de comprovar que el nombre de medicaments continguts a les bosses unidosi sigui el pautat per a cada usuari, sent responsable únicament de l'administració correcta de la quantitat d'unitats o fraccions de medicaments pautats.
- 1.1.6. Evitar que els usuaris tinguin accés a les bosses.

## 1.2. MEDICACIÓ NO UNIDOSI

- 1.2.1. Fàrmacs psicòtrops no unidosi els administra el servei d'infermeria o el PAD tant si no hi ha infermeria 24 h o es considera d'aquesta manera; la resta de medicaments PAD segons la pauta mèdica, seguint les mateixes recomanacions que en el cas de la medicació unidosi.
- 1.2.2. Els tòpics s'administren des de infermeria i/o PAD, sempre segons les pautes mèdiques establertes.
- 1.2.3. Els injectables els administra el servei d'infermeria en la unitat corresponent, segons les pautes mèdiques establertes. Si l'administració és per via subcutània la podrà efectuar d'igual manera el PAD.
- 1.2.4. Els ènemes els administra el servei d'infermeria, segons pauta mèdica.
- 1.2.5. Els xarops, gotes i sobres, els administra el PAD segons pauta mèdica i registres del panells actualitzats diàriament.
- 1.2.6. Pautes d'oxigenoteràpia es poden realitzar des de la infermeria o el PAD.

### 1.3.FINALITZACIÓ DELS TRACTAMENTS

D'acord amb la prescripció mèdica i un cop finalitzat el tractament, el servei mèdic tramita l'alta, el servei d'infermeria procedirà a comunicar-ho al servei de farmàcia, si procedeix segons sevei, mitjançant les ordres mèdiques i al PAD, modificant els corresponents registres.

### 1.4.PROCEDIMENTS DELS PAD

El PAD signa en el full d'administració de medicació al finalitzar el torn, mai abans, conforme ha donat la medicació de la bossa unidosi i la prescrita a l'armari, recollint igualment qualsevol incidència que se'n pugui derivar (o sospita i evidència d'error previ o dificultats perquè l'usuari es prengui la medicació i evidència de no haver-la pres convenientment).

Les bosses, un cop buides, es deixen a la caixa destinada per a tal fi que hi ha a l'armari de cada menjador. Totes les bosses han de quedar allà recollides per tal que la infermera les reculli al dia següent. Es poden donar situacions excepcionals com per exemple els casos en que es faci alguna sortida:

- SORTIDA MÈDICA en l'horari de presa de medicació. És preferible administrar la medicació al centre sempre que l'horari de la visita mèdica ho permeti. En cas contrari es comenta amb el servei mèdic i cal endur-se la bossa corresponent per administrar-la en l'horari prescrit. S'ha de tenir especial cura en aquells usuaris que són epilèptics.
- SORTIDA D'OCI: en aquest cas la infermera farà arribar al PAD les bosses unidosi dels usuaris de la sortida i el PAD S'ha d'assegurar d'agafar la medicació completa (unidosi i no

unidosi) dels usuaris que surten comprovant les possibles variacions de la llista inicial.

**En cas que el PAD detecti un error d'administració de medicació actuarà:**

- Avisar al Dept. Mèdic
- Un cop realitzat el pas primer, s'anota en el Registre d'Administració de Medicació (el mateix dia) especificant a ser possible: nom usuari/s afectats i error comés, què es troba a la carpeta mèdica de les unitats.
- El departament mèdic actua d'igual forma a com està pautat en el Protocol d'intervenció en cas d'intoxicació aguda que no està en coma (protocol 28), sempre en funció de la valoració del metge i/o infermera. Aquests, es coordinen amb la psicòloga responsable de l'usuari/a per acordar la informació a la família.
- Si l'error està en la bossa unidosi, infermeria revisa la resta de bosses ja preparades per evitar que l'error es repeteix.
- Un cop a la setmana, es registren tots els errors d'administració de medicació en la carpeta informatitzada per tal menester que hi ha al servei.

**Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida**

Confidencialitat, secret professional, no maleficència

Benestar físic

**Actuacions**

-L' accés a la informació farmacològica serà restringit als professionals mèdics exclusivament.

-Les persones que prescriuen, preparen i administren la medicació guardaran el secret professional i confidencialitat sobre la

simptomatologia i medicació que tracta la mateixa.

-L'administració de la medicació es farà de manera totalment individualitzada, donant el temps necessari, utilitzant tots els recursos necessaris per una correcta administració (ús de productes específics per facilitar la deglució de la medicació com espessants, gelatines, ús de culleres específiques....) i anticipant a l'usuari/a en tots aquells casos susceptibles de ser així i no forçant en cas de negació.

-En la prescripció de la medicació sempre es tindran en compte les necessitats de l'usuari/a així com els màxims beneficis del mateix i valoració dels possibles efectes adversos.

-Cal registrar tots aquelles incidències que es produeixin en l'administració així com en la pèrdua de medicació, errors..

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica

Signen aquest protocol:

Data de realització: setembre 2004

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014



## 18. PROTOCOL DE CAIGUDES

### Adreçat a

Usuaris: TOTS els usuaris, especialment els d' ALT RISC

Professionals: Personal d'Atenció Directa i Servei Mèdic

### Objectius

- Atendre els usuaris que han presentat alguna caiguda així com aconseguir una adequada prevenció i valoració de les actuacions que es realitzen.
- Donar atenció a l'usuari amb sospita d'haver patit una caiguda i/o accident traumàtic.
- Facilitar un sistema de comunicació i informació a l'equip interdisciplinari sobre la caiguda o l'accident.

### Consideracions i actuacions

#### PREVENCIÓ

- Assegurar-nos, mitjançant les PAUTES DE FISIOTERÀPIA, abans d'iniciar qualsevol deambulació d'un usuari, de quin tipus de marxa realitza i si aquesta necessita d'algun tipus de suport o bé aparell especial (bitutor, caminador, braç del monitor, etc...).
- A primera hora del matí i abans que es llevin usuaris, cal assegurar-se a través del registre d'incidències de l'existència de caigudes amb lesió o no el dia o les hores prèvies. Si hi hagués cap pauta específica en relació a aquest fet, no es pot iniciar la deambulació fins no tenir una valoració del servei mèdic.



- Especial atenció els perills concrets de la situació, com poden ser: calçat adequat i cordat, terres que no estan suficientment secs, caminar descalços, aixecar-se a la nit sense calçat adaptat i no tenir el suport del monitor, cadires i estris fora de lloc, etc... Per les persones amb més grau d'autonomia en els desplaçaments comprovar que s'han posat les sabates al peu corresponent i de forma correcta.
- Donar a cada usuari el suport necessari, en funció de la seva capacitat motriu habitual, que pot estar minvada per una sèrie de variables:
  - Les **característiques ambientals** (llum no llum, situació interior o exterior).
  - Les **barreres arquitectòniques** (escales, rampes, clots, etc..).
  - En funció del seu **cansament**.
  - Pel seus **recursos visuals i auditius**.
  - Les **patologies intercurrents** (refredats, febre, etc...) o bé detecció els dies previs d'augment de freqüència i/o nombre de crisis epilèptiques, d'augment i/o freqüència de quadres d'agitació psicomotriu, etc...
  - Pels **moviments involuntaris** no previstos en usuaris amb discapacitat amb greus limitacions de mobilitat

## ACTUACIÓ QUAN ES PRODUEIX LA CAIGUDA

- El PAD farà una primera valoració de la gravetat:
  - Grau de consciència.
  - Ferides obertes.
  - Si s'aixeca pel seu propi peu.
  - Es queixa quan camina.
  - No s'aixeca sol.

- Si la situació de l'usuari es normalitza, cal tranquil·litzar-lo i ajudar-lo. Des dels serveis Mèdic i Psicopedagògic es valorarà a nivell funcional i emocional si escau un canvi de la rutina del dia.
- Cal informar sempre al servei mèdic tant quan la caiguda té conseqüències com quan no les té.
- Cal anotar-ho en el full d'incidències de caigudes (tinguin o no conseqüències). Aquest es troba en el despatx del PAD, infermeria i/o fisioteràpia. Cal anotar en el full: nom de l'usuari/a afectat/da, data, descripció de la situació que ha provocat la caiguda o accident i nom del monitor i entregar-ho al servei mèdic abans de finalitzar el torn.
- Un cop rebuda l'assistència de la infermera o bé del metge es registrarà en el mateix full de registre de caigudes el tractament pautat, signatura del servei mèdic i actuació preventiva. El servei mèdic recull el full de registre de caiguda. El full de registre QUEDA ARXIVAT A LES INFERMERIES, assenyalant-se data d'alta en el full de registre quan aquesta es doni.
- En cas de traumatisme cranial, consultar protocol 4: "Protocol d'actuació i observació en cas de traumatisme cranial".
- El servei d'infermeria o personal de guàrdia avisa de la caiguda i/o accident via telefònica a la família o tutor/a de l'usuari/a (quan hi ha lesions obertes o sospita de fractura...), al coordinador de la unitat a la que pertany l'usuari/a i a la Directora Tècnica del Centre.
- El personal d'atenció directa registra en full d'incidències diària la caiguda o traumatisme per traspasar a la resta dels torns de PAD. Cal registrar totes les caigudes.
- En cas de seguiment de la caiguda o accident (cures), aquest es realitza per part del servei mèdic, quedant reflectit en la llibreta mèdica de la Unitat o Centre.
- Un cop a la setmana, es registren totes les caigudes en la carpeta informatitzada per tal menester que hi ha al centre

## ANALISI PREVENTIVA

- És necessari la detecció dels usuaris amb risc i antecedents de caigudes i accidents (en base a estadística trimestral dels partes d'accidents i registres de caigudes). S'han d'avaluar les possibles causes mèdiques de les caigudes, lesions i accidents i s'ha de fer el seguiment pertinent multidisciplinari amb l'equip de Fisioteràpia i Traumatologia.
- És necessari la detecció d'elements i situacions de risc, en base el registre de caigudes, per tal d'eliminar-los si és possible o intentar la prevenció de l'accident en cas de poder eliminar els riscos existents.

### Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida

Beneficència, no maleficència

Benestar físic, emocional, relacions interpersonals, benestar material

### Actuacions

- Oferir tots aquells recursos necessaris per evitar les caigudes.
- Anticipar i adaptar l'entorn de les persones amb risc de caigudes.
- Promoure els desplaçaments de forma autònoma donant tots els suports necessaris.
- Valorar cada situació de forma individual a l'hora de decidir mètodes de prevenció tenint en compte les necessitats i les preferències individuals.
- Posar tota la cura i atenció en la màxima diligència del compliment dels procediments que es marquen al protocol.
- Acompanyar emocionalment quan detectem que l'usuari sent frustració.
- Tenir cura del calçat.
- Fer un bon ús del calçat, una bona col·locació de les plantilles, bitutors... per evitar situacions d'instabilitat o molèsties que puguin afavorir les caigudes.
- Evitar el sobreproteccionisme que pugui desenvolupar intervencions que

limitin l'autonomia.

-Evitar parlar sobre la persona i aspectes que tenen a veure amb ella com si no hi fos, evitant que donem a entendre que tractem a la persona com un objecte.

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica

Signen aquest protocol:

Data de realització: setembre 2004

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014

### Adreçat a

Usuaris: tots els usuaris

Professionals: Personal d'Atenció Directa i Servei Mèdic

### Objectiu

Concretar mitjançant certificats individuals les contencions que estan prescrites pel metge i responsable psicopedagògic derivades de conductes disruptives, conductes agressives, conductes derivades dels trastorns mentals associats de les persones així com les contencions adreçades a assegurar la integritat, protecció física i de salut..

### Consideracions i actuacions

#### DEFINICIÓ DE CONTENCIONS

Les contencions que s'especifiquen en els certificats individuals són dels tipus:

- **Contenció física:** ha d'aplicar-se per un nombre adient de persones, això pot propiciar la col·laboració de l'usuari evitant que es produeixin situacions de greu agressivitat. S'ha d'explicar el motiu de la contenció i s'ha de presentar en tot moment una actitud contenidora aplicant-se el temps indispensable per a complir l'objectiu.
- **Contenció mecànica:** es fa necessari utilitzar un mitjà mecànic, com per exemple cinturó pèlvic, manyoples, canelleres, etc. No s'utilitzarà cap material que no sigui específic i homologat per a la contenció i s'aplica el temps indispensable per a complir l'objectiu.

- **Contenció farmacològica:** Administració, per part d'infermera d'una pauta d'agitació prescrita pel de forma individualitzada en els casos d'agitació recurrent. I/o administració per part d'infermeria de fàrmacs psicotròpics via oral o parenteral que el metge consideri adient en aquell moment.
- **Aïllament:** consisteix en separar a l'usuari que presenta agitació del context on s'ha desenvolupat la crisi, millor amb absència d'estimulació i oferir-li un temps sota supervisió, per tal que es relaxi de forma progressiva.

## PROCEDIMENT

- Diferenciar contenció de les situacions descrites al protocol 2 d'actuació en crisis d'agitació. En aquest segon cas es procedirà a consultar el Protocol per Crisis d'agitació Psicomotora.
- **NOMÉS** es podrà aplicar una contenció en el cas que així estigui prescrit en el quadre resum i en certificat individual de contenció per part del metge i responsable psicopedagògic.
- En cas necessari d'aplicar una contenció davant una situació d'alt risc físic i en que aquesta NO estigui prescrita ni pautaada, es consultarà amb el servei mèdic i/o psicopedagògic i es registrarà en el registre d'intervenció de conducta amb o sense contenció.
- Procés:
- En cas de presencia de conductes pertorbadores:
  - Observació i registre de conductes disruptives (en full d'incidències diari o en full específic de conductes disruptives individual).
  - Valoració i diagnòstic.
  - Definició de les intervencions a efectuar (de tipus psicopedagògic i/o farmacològic i concreció de contencions si s'escau).
  - Valoració continuada i seguiment.

- En cas de intervenció de fisioteràpia:
  - Observació i registre a nivell mèdic de les dificultats per a mantenir un bon control postura i risc de la integritat física de l'usuari/a.
  - Valoració i diagnòstic.
  - Definició intervencions a efectuar (de tipus mèdic i/o concreció de contencions si escau).
  - Valoració continuada i seguiment.
- En els casos de contencions concretes amb continuïtat, elaboració de certificat individual de contencions autoritzat pel metge en el que es defineix:
  - motiu i tipus de contenció.
  - moment d'inici de la contenció.
  - moment de finalització de la contenció.
  - pauta dels canvis de postura.
  - definició dades de revisió de les contencions.
- El certificat es valorarà si no hi ha canvis un cop l'any.

En el registre de contencions individuals s'anotaran **EXCLUSIVAMENT** les mesures que s'apliquin **PUNTUALMENT** i no les prescrites. En base a revisió setmanal d'aquest registre es procedirà a revisar amb el responsable mèdic i el psicopedagògic les pautes de contenció prescrites.

### **Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida**

Vulnerabilitat, llibertat, secret professional, compassió, autonomia, igualtat, no maleficència

Benestar emocional, relacions interpersonals, benestar físic

## Actuacions

- Tenir cura del material.
- Vetllar perquè sempre estigui disponible el material necessari (els cascs protectors, cinturons...).
- Sempre es farà ús de les contencions homologades i prescrites pel professional corresponent.
- Realitzar sempre acompanyament emocional.
- Crear ambients segurs, estables i previsibles per tal d'evitar estrès.
- Evitar la indefensió anticipant i explicant el procediment sempre que s'hagi d'aplicar una contenció: perquè, durada, quan finalitzarà..
- La contenció, sigui quina sigui, mai pot ocasionar un mal, un risc, un perjudici.
- Intentar proporcionar la màxima llibertat de moviment, desplaçament i relació amb els companys.
- La intervenció ha de garantir la integritat física i emocional de la persona.
- Proporcionar un espai i clima de màxima confiança, respecte i intimitat.
- Guardar secret professional respecte als fets que han produït la contenció.
- Realitzar totes les accions i passos pautats al procediment amb la força de l'empatia i des del el punt de vista "com si ens passes a nosaltres".
- Aplicar el procediment en la seva gradació de menys grau de contenció a més, per tal de facilitar al màxim l' autonomia.
- El seguiment del procediment ha de ser exquisit: recerca de sistemes alternatius previs; treball en equip; prescripció; informació i consentiments de la família; seguiment exhaustiu i continuació de recerca sobre altres sistemes alternatius substitutoris.
- Evitar situacions negligents o imprudents que puguin ocasionar un mal.
- Evitar conductes de superioritat per obtenir una avantatge en la relació amb la persona.
- Evitar fer comentaris de la persona en situació de contenció a una/es terceres com si aquesta no estigués present. Evitant donar a entendre



que tractem a la persona com a un objecte.

-La intervenció ha de ser des de la perspectiva de vetllar per la seguretat.

-Comprendre que les alteracions de conducta són expressió d'un malestar de la persona que no sap o pot expressar d'una altra manera.

-Evitar expressions "culpabilitzadores".

-Recuperar el més aviat possible la normalitat i no menysprear a la persona per les seves conductes.

-Les virtuts que han d'estar presents pels professionals que intervenen són: prudència (els nivells de mínims a màxims en graduació d'intervenció); honradesa (correcta intervenció); responsabilitat (del que prescriu i aplica) i franquesa (claredat del procés).

-En la mesura del possible evitarem prendre decisions o mesures sense consensuar i informar a la persona.

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica

Signen aquest protocol:

Data de realització: setembre 2004

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014

### Adreçat a

Usuaris: tots els usuaris

Professionals: Personal d'Atenció Directa

### Objectiu

Garantir la higiene i agençament personal del usuaris.

### Consideracions i actuacions

- S'ha de tenir en compte que en funció del servei el protocol es concretarà a cada unitat de convivència.
- Les activitats de higiene diàries prescrites des del servei mèdic són les següent:

<b>DUTXA</b>	Es dutxen tots els matins o tardes i quan sigui necessari. El PAD dona el suport necessari a cada usuari.
<b>CABELL</b>	Es renten els cabells cada dia amb el xampú pautat.
<b>PENTINAT</b>	Es pentinen en els horaris preestablerts d'agençament. El PAD dona el suport necessari a cada usuari.
<b>RENTAT DE MANS I CARA</b>	Es renten les mans i la cara sempre, abans i després dels diferents àpats i després dels controls d'esfínters i quan sigui necessari. El PAD dona el suport necessari a cada usuari.
<b>HIDRATACIÓ</b>	S'hidrata la pell amb la crema pautada sempre després

	de la dutxa i quan sigui necessari o segons pautes específiques.
<b>UNGLES</b>	Es tallen les ungles de les mans i dels peus, sota organització de cada servei. Especialment tenir en compte els usuaris que han d'anar podòleg segons calendari a cada unitat.
<b>AFAITAT</b>	S'afaiten en funció de necessitats i de la unitat de convivència.
<b>TALLAT CABELL</b>	Perruqueria tallar el cabell que ho precisin, segons organització de cada unitat.
<b>HIGIENE DENTAL</b>	Es renten les dents tres cops al dia: després d' esmorzar, dinar i sopar

**DUTXA:** s'utilitza esponja individual d'únic ús per la higiene íntima i general. Recordar eixugar completament tot el cos, especialment els plecs com les axelles, els engonals, el coll, darrera de les orelles i pavelló auditiu, genitals, nas i mucoses... Igualment important és la **higiene dels dits dels peus** així com eixugar-los correctament.

**CURA I HIDRATACIÓ DE LA PELL:** Explorar la pell i aplicar crema hidratant segons la prescripció mèdica pertinent sempre després de la dutxa i segons pautes específiques.

**HIGIENE DE CABELL:** segons necessitats de cada persona i servei sota prescripció mèdica.

- Cada usuari té prescrit tractament concret pel rentat del cabell.
- En el cas d'usuaris sense tractament es farà servir cada dia xampú neutre.

- En els casos d'usuaris amb cabell llarg o per recomanació mèdica (per exemple en cas de portar casc..), cal eixugar-lo amb assecador de cabell.
- La higiene del cabell finalitza amb el pentinat d'aquest procurant expulsar restes de pols, nusos...
- És important que el pentinat sigui adequat a la persona i tingui en compte les seves preferències

**HIGIENE DE MANS I CARA:** Es rentaran sempre abans i després dels diferents àpats i després dels controls d'esfínters i quan sigui necessari. Es farà servir aigua i sabó i cal que quedin ben esbandides i eixutes.

**AFAITATS:** s'afaitaran segons la freqüència del quadre de higiene de cada centre. Posteriorment s'aplicarà loció o crema hidratant. Tant en el cas de fer servir màquina elèctrica, com manual, ha de ser d'ús individual i ha de quedar correctament neta després de cada ús. El tipus d'afaitat serà l'adequat a la persona i respectarà els seus interessos en tots aquells casos que així sigui possible

**RENTAT DE DENTS:** Es rentaran les dents 3 cops al dia segons els tractaments del full de prescripció de cada centre (1 rentat matí després d'esmorzar i 2 a la tarda, post dinar i sopar)

- En el cas de que la prescripció sigui amb pasta, s'ha de posar poca quantitat donat les dificultats per esbandir i escopir la pasta.
- En el cas de que la prescripció sigui amb líquid, s'ha de diluir en un got amb una mica d'aigua i remullant durant la higiene. Aquesta solució s'ha de canviar per cada usuari.

**TALLAR UNGLES DE PEUS I MANS:** Segons indicacions de cada servei o unitat. En el cas de les ungles dels peus ho farà el monitor i només es deixarà per que ho faci el podòleg en els casos en que així estigui prescrit.

**ÚS DE BOLQUERS:** Aquells usuaris que portin bolquer durant el dia o la nit, tenen una pauta horària general de control i canvi de bolquer si s'escau (es canviarà el bolquer sempre que estigui mullat o brut).

**DEPILACIÓ:** Es faran les depilacions de llavi superior i barbeta amb cera calenta i mitges cames amb cera tèbia, crema o gilette, segons prescripció.

- Important: l'ús de la cera calenta ha de ser molt responsable, tenint molta cura de la temperatura i la textura de la mateixa.
- En tot cas, la depilació sempre s'ajustarà a les necessitats i interessos de les usuàries en tots aquells casos que sigui possible.

**MENSTRUACIÓ:** cal mantenir una higiene més intensa durant els cicles de menstruació fent servir el material d'higiene prescrit.

**IMATGE CORPORAL:** L'aspecte extern de l'usuari ha d'estar en harmonia a l'edat, complexió, preferències personals... del mateix evitant penjolls i/o guarniments que impliqui risc per l'usuari.

**INTIMITAT:** Tota activitat d'higiene que es porti a terme amb l'usuari ha de potenciar el respecte a la intimitat i educar-la.

**CURA DEL MATERIAL ORTOPÈDIC I PRÒTESIS:** Es tindrà present un espai de temps periòdicament per netejar i tenir cura del material ortopèdic i pròtesis: ulleres, cascos, audífons, dentadures, genolleres, cadires de rodes...

És important aprofitar el moment d'higiene per explorar la pell, els pits en el cas de les dones, els peus, l'evolució de les pigues, cap..., Cal estar atén a qualsevol qüestió de salut dels usuaris.

### **Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida**

Intimitat, llibertat, beneficència, autonomia, igualtat

Benestar emocional, físic, autodeterminació, drets, desenvolupament personal, benestar material

### **Actuacions**

-Cal adaptar-se a les preferències individuals de cada persona i fomentar les seves decisions, en quin moment es lleva, com vol portar els cabells, el tipus d'estètica i imatge que li agrada (pintar les ungles o no, tipus de pentinat, complements...).

-És important començar el dia de manera agradable per tant farem un accés gradual de la llum en el despertar, un to de veu suau...

-Crear una temperatura de l'espai adient, evitarem corrents d'aire.

-Cal tenir cura de tot el material necessari i dels ajuts tècnics (camilles de dutxa, cadires de dutxa...).

-Cal adaptar-se al ritme de cada persona en tots els hàbits d'higiene i donant només aquells suports que siguin necessaris fomentant el màxim d'autonomia.

-La persona ha d'arribar vestida a la dutxa.

-Fomentarem l'autonomia de les persones encara que sigui amb petites col·laboracions.

-Cal seguir la següent seqüència de dutxa: establir un primer contacte amb l'aigua amb la temperatura adient per la persona de peus a cap, ensabonar de cap a peus realitzant moviments suaus i tipus massatge, esbandir bé el cos amb especial cura dels plecs evitant que quedin restes de sabó.

-Eixugar sempre dins la dutxa amb especial atenció als plecs i zones "interdigitals".

- Cal aprofitar per explorar l'estat físic de la persona amb discreció.
- Respectar les pautes individuals.
- Fer ús del mirall per tal que la persona es pugui veure.
- Evitar les visites a la unitat en les hores d'higiene personal.
- Mantenir la intimitat de cada usuari fent ús de les cortines i/o portes.
- Demandar opinió sobre la roba que es vol posar cada persona o donar opcions per escollir.
- Proporcionar la llibertat de decidir sobre aspectes d'higiene com ara escollir el moment de dia de dutxa (si es possible), tallar o no cabells...  
I fomentar la llibertat per manifestar-ho donant tots els recursos comunicatius possibles en els casos necessaris.
- Especialment en els moments d' higiene, cal dirigir-se la persona pel seu nom, sense diminutius, motes, i en funció de l'edat, amb el respecte d'afegir el sr/sra.
- Evitar infantilismes, amb el to de veu, amb els gestos durant les higiene, ja que són moments on la persona queda molt exposada.
- Evitar parlar sobre la persona i aspectes que tenen a veure amb ella com si no hi fos, evitant que donem a entendre que tractem a la persona com un objecte.

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica

Signen aquest protocol:

Data de realització: setembre 2004

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014

## 1. PROTOCOL D'ADMINISTRACIÓ DE L'ALIMENTACIÓ EN USUARIS AMB TRASTORN DE LA DEGLUCIÓ

### Adreçat a

Personal d'Atenció Directa i Personal Higiènic - Sanitari.

### Objectiu

Aconseguir una correcta administració dels aliments i líquids, adequant la posició, tant del PAD com de l'usuari, a les peculiaritats de cada usuari. També tindrem en compte els coberts, el ritme i la tècnica emprada per intentar optimitzar l'alimentació i el confort.

### Consideracions i actuacions

#### ADEQUACIONS POSTURALS QUE FACILITIN UNA CORRECTA ALIMENTACIÓ

- Situem l'usuari davant de la taula de tal manera que en tot moment el plat d'aliment estigui a la vista de l'usuari i no darrera. D'igual manera, hem de preservar que l'entorn de l'alimentació respecti el màxim possible l'àrea comunicativa.
- Si l'usuari té un bon control del cap i tronc, el situarem assegut en una cadira o en la seva cadira de rodes (amb un angle de 90° entre el respall i el seient) i de cara a la persona que li donarà l'aliment.
- Si l'usuari no té bon control del cap o tronc, el situarem semi-assegut a la seva cadira de rodes, amb els accessoris necessaris per la correcta sedestació, augmentant quelcom més de 90° l'angle entre el respall i el seient.



## **ALIMENTACIÓ AMB LA CULLERA**

- Si donem l'aliment amb la cullera, es recomana que aquesta sigui de metall o plàstic dur, lleugerament plana i arrodonida. No ha de ser ni massa punxeguda ni profunda.
- Si l'usuari és molt espàstic, la cullera de metall haurà de dur a l'extrem una pròtesi de goma (el metall és estímul reflex per augmentar l'espasticitat al xoc de les dents).

## **CONSELLS PER FACILITAR L'ALIMENTACIÓ**

- Evitar donar aliments a l'usuari quan estigui en hiperextensió ja que es poden provocar anomalies en la deglució i tos. El més greu és la broncoaspiració. També podria mossegar la cullera i fer-se mal. Esperarem que passi el moment d'espasticitat per donar-li la següent cullerada.
- La deglució tampoc serà bona si l'usuari té els braços fora de la cadira en hiperextensió i el cap inclinat cap al darrere. Aquesta és una posició incorrecta per una bona deglució ja que augmenta el risc de broncoaspiració.
  - Quan donem una cullerada de menjar efectuarem una lleu pressió amb el dors de la cullera sobre el primer terç extern de la llengua ja que en la meitat pot provocar el reflex de mossegar, doncs això impedirà que surti el menjar i provocarà en segon lloc la intervenció espontània dels llavis i la llengua.
  - Posarem una petita quantitat de menjar en la vora de la cullera. Una vegada enretirada aquesta, es procurarà que la boca resti tancada de forma que la llengua porti els aliments cap l'interior.
  - L'alimentació amb cullera ha d'efectuar-se seguint cert ritme i controlant la mandíbula. Així l'usuari es veurà obligat a mastegar immediatament el menjar, sense esperar a que es torni líquid per efecte de la saliva.
  - L'usuari té una major facilitat per ingerir aliments no líquids, els líquids augmenten els risc en aquells amb dificultats

respiratòries importants. S'ha d'evitar donar llegums ja que es fan difícils de mastegar

- S'ha de donar el temps necessari a cada persona perquè ingereixi a un ritme adequat.
- Esperar a fer la ingesta de menjar a que la temperatura d'aquest sigui l'adequada. En casos de dieta líquida, assegurar-se que aquesta tingui la textura adequada.

Tenint presents les dificultats, s'ha de procurar que l'acte de menjar es desenvolupi de la forma més agradable possible, tant per l'usuari com per la persona que li dona l'aliment, perquè a més del propi procés d'alimentació es desenvolupen altres processos socials i emocionals molt importants per l'usuari: l'hàbit de l'alimentació sol ser l'estímul joïós més important. Si es fa de forma errònia, l'usuari perdrà interès per l'acte de l'alimentació.

## **L'ACCIÓ DE BEURE**

- Es col·loca el got sobre el llavi inferior, doncs estimula el procés de deglució. Si la vora del got està subjecta entre les dents o genives, el reflex de mossegar és actiu i això impedeix absorbir i empassar líquid de forma coordinada: es provoca hipertonicitat de la musculatura de deglutir.
- Per facilitar l'acció de beure, és convenient que tingui els llavis quasi tancats, però no les mandíbules, a fi i efecte de que pugui empassar el líquid sense agafar aire. Llavors s'inclinarà el got fins que toqui el seu llavi superior, deixant que l'usuari faci la resta. No es retirarà el got cada vegada que l'usuari absorbeixi el líquid, s'ha de deixar reposar als llavis, ja que l'esforç estimulatiu que ocasiona fa perdre el control del cap i de la mandíbula.
- Si hi han dificultats per la correcta hidratació de l'usuari, està indicat la utilització de gelatines o, en cas que les rebutgi, donar espessant barrejat amb aigua o suc de fruita. En cas d'haver d'utilitzar la xeringa,

s'ha de tirar el líquid per un costat de la boca no pel centre ja que pot tossir i tenir problemes de deglució.

## **Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida**

Vulnerabilitat, compassió, beneficència

Benestar físic, benestar emocional, benestar material

## **Actuacions**

- Respectar el ritme de cada usuari.
- No forçar, és important que l'acte de l'alimentació sigui joiós, no un suplici amb conflictes.
- En cas de notar canvis en la capacitat de deglució (per ex: tos, ennuegaments amb el menjar...), convé enregistrar-ho i comunicar-ho al servei mèdic.
- Vetllar per tal que les necessitats calòriques vagin en relació a l'activitat física, per tant, cal evitar la sobrealimentació amb grans quantitats de menjar.
- La presentació del menjar i dels aliments ha de ser atractiva i adient.
- Fomentar l'autonomia intentant donar a escollir (per exemple entre dos tipus de postres).
- Generar una situació d'absència d'estrès.
- Donar el suport necessari i oferir els recursos adients (plats adaptats, culleres especials...)
- Evitar la indefensió anticipant l'acte: moment d'ingesta, necessitat de que la persona s'alimenti, explicar que s'han d'evitar riscos.
- L'ajuda a la persona que necessita realitzar la ingesta mai pot esdevenir en un acte que pugui ocasionar un risc, mal o perjudici.
- Realitzar totes les accions i passos pautats al procediment amb la força de l'empatia i des del el punt de vista "com si ens passes a nosaltres".
- Especialment en els moments d'ingesta, hem de dirigir-nos a la persona pel seu nom, sense diminutius, motes, i en funció de l'edat, amb el

respecte d'afegir el sr/sra.

-Evitar els infantilismes en la manera de dirigir-nos a la persona, amb el to de veu, amb els gestos durant la ingesta, ja que de per si són moments on la persona queda més exposada i vulnerable.

-Evitar parlar sobre la persona i aspectes que tenen a veure amb ella com si no hi fos, evitant que donem a entendre que tractem a la persona com un objecte.

-La disposició del professional ha de ser la de la prudència i màxima responsabilitat, donat la delicadesa de la intervenció.

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica

Signen aquest protocol:

Data de realització: setembre 2004

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014

## 2. PROTOCOL D'ACTUACIÓ EN CAS DE CRISIS D'AGITACIÓ PSICOMOTORA, AUTO I HETEROAGRESSIVITAT

### Adreçat a

Personal d'Atenció de TOTS els centres i serveis (tant residencials com d'atenció diürna).

### Objectiu

Aportar estratègies d'intervenció que assegurin la seguretat de la persona que presenta crisis d'agitació psicomotora amb auto o heteroagressivitat, als seus companys i al personal responsable de l'atenció.

### Consideracions i actuacions

#### Definició de les conductes

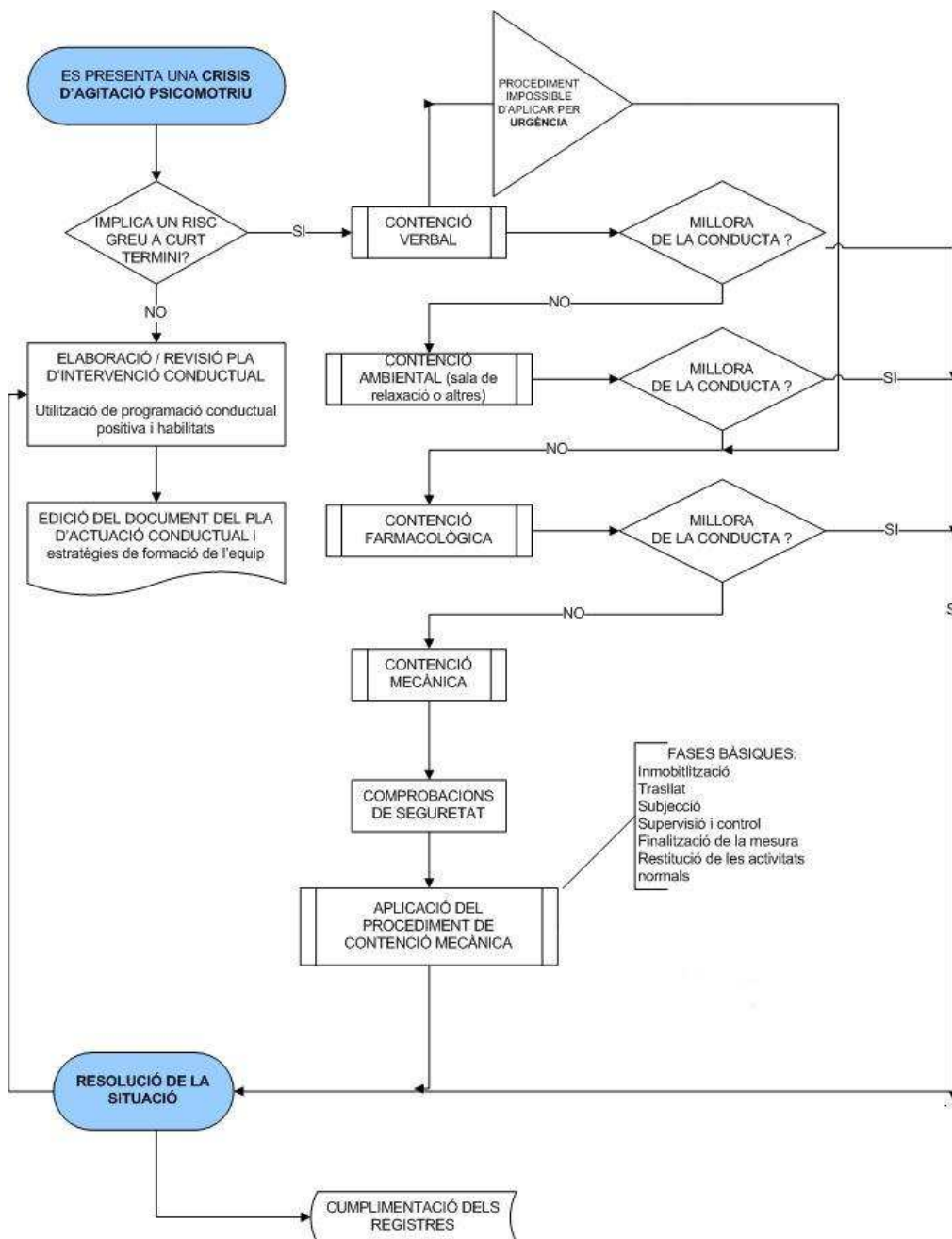
Entenem per agitació psicomotriu un quadre en que l'usuari presenta hiperactivitat motora i psíquica, amb un augment insostenible de la seva mobilitat física i una sensació de tensió interna difícil de controlar. La persona pot moure's incontroladament, empènyer objectes o inclús persones, presentar desinhibició verbal, falta de connexió i un estat ansiós o colèric podent arribar a l'agressió física amb auto i heteroagressivitat. Aquests quadres acostumen a aparèixer amb freqüència amb persones que presenten dificultats per seguir les normes i els límits establerts per manca de control d'impulsos, dificultats per gestionar emocions, limitacions comunicatives.... dins l'àmbit familiar, residencial i/o social.

Les causes que poden desencadenar aquesta agitació poden ser d'origen molt divers i respondre tant a causes congènites, emocionals ambientals... però es poden concretar en:

- Causes orgàniques:
  - (i) derivades del consum de tòxics.
  - (ii) alteracions metabòliques i/o neurològiques.
  - (iii) estats de salut que comporten dolor (especialment en persones amb greus problemes de mobilitat).
  
- En persones amb trastorn mental associat, inici de períodes d'agudització on la simptomatologia pròpia del trastorn s'activa.
- Greus alteracions del procés de pensament.
- Quadres d'ansietat i estrès excessiu.
- Situacions de dificultats dels mecanismes adaptatius de la persona amb DI al davant de situacions d'estrès greus.
- Trastorns de conducta derivats de problemes d'aprenentatge o d'altres.
- Processos d'envelliment associats a deteriorament cognitiu o demències
- Dificultats comunicatives que poden provocar que els missatges i necessitats no siguin enteses pel receptor

## DESCRIPCIÓ GENERAL DE LES ACTUACIONS

### DIAGRAMA 1. PROTOCOL GENERAL D'ACTUACIÓ



Al diagrama 1, s'especifiquen les diferents accions de caràcter general que s'han de realitzar davant de l'aparició de conductes d'agitació psicomotriu.

Sempre que es presenta una crisi d'agitació, s'ha de fer el plantejament de si la mateixa implica un risc greu a curt termini per la persona:

- En cas **negatiu**, es tractarà de revisar el **pla d'intervenció de conducta** inclòs en el **PAII** i tornar a orientar, si s'escau, en funció de les noves circumstàncies.
- En cas **afirmatiu**, iniciarem el protocol d'actuació, que implica la seqüenciació de les mesures de contenció que s'especifiquen a continuació, passant d'una a l'altra en funció de si es resol o no:
  - Estratègies de contenció verbal i emocional
  - Estratègies de contenció ambiental.
  - Contenció farmacològica.
  - Contenció mecànica (**AQUESTA MESURA NOMÉS ES PORTARÀ A TERME EN ELS EQUIPAMENTS QUE DISPOSIN DE SALA DE CONTENCIÓ MECÀNICA**).
- Només en el cas de que la situació ho requereixi per la seva gravetat, es passarà directament a la contenció mecànica.
- Caldrà omplir els registres pertinents i en qualsevol cas fer les modificacions oportunes en el pla d'intervenció de conducta si s'escau.

## VINCULACIÓ ALTRES DOCUMENTS

- **Documents**
  - PAII – Programa d'atenció individual interdisciplinar.
  - Plà d'atenció de conducta
  - Document de formació en intervenció en cas de crisis d'agitació.



- **Annexes**

- Procediments per l'actuació en cas de crisi d'agitació: ESTRATÈGIES DE CONTENCIÓ VERBAL I/O AMBIENTAL.
- Procediment d'actuació en cas de crisi d'agitació: ESTRATÈGIES DE CONTENCIÓ MECÀNICA.

- **Registres**

- Registre de contencions.
- Registre de seguiment conductual.

### **Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida**

Vulnerabilitat, llibertat, confidencialitat, compassió, justícia, beneficència  
Benestar emocional, benestar físic, drets

### **Actuacions**

- Anticipar totes aquelles situacions que coneixem que poden generar estrès emocional i desenvolupar crisis d'agitació.
- Tenir un bon control ambiental i d'estímul segons les necessitats de les persones o les seves limitacions emocionals o de control dels impulsos.
- Donar un significat a les conductes d'agitació allunyat de creences i qüestions personals.
- Acompanyar a la persona durant el procés, estar amb ella i si es possible donar suport emocional.
- Després del temps d'agitació, adaptar-se a la persona en funció de si necessita suport emocional, parlar o bé no tornar a recordar la situació.
- Seguir les pautes d'intervenció individuals.
- Mantenir la confidencialitat de les causes que poden generar les crisi d'agitació vinculades a diagnòstics, situacions vitals...
- Evitar la indefensió donant explicacions sobre el que està passant i el perquè de la nostra intervenció.
- Aconseguir que la persona entengui o "visqui" el concepte de

proporcionar seguretat i benestar.

-L'ajuda a la persona que necessita la intervenció mai pot ocasionar un risc, mal o perjudici greu del que ja està vivint en la situació.

-Realitzar totes les accions i passos pautats al procediment amb la força de l'empatia i el punt de vista "com si ens ho estiguessin fent a nosaltres".

-Especialment en els moments de crisi, hem de dirigir-nos a la persona pel seu nom, sense diminutius, motes.

-Evitar infantilismes amb la manera de dirigir-nos a la persona, amb el to de veu, amb els gestos... donat que són moments on la persona queda molt exposada i vulnerable

-Evitar parlar sobre la persona i aspectes que tenen a veure amb ella com si no hi fos, evitant que donem a entendre que tractem a la persona com un objecte.

-La intervenció ha de ser des de la perspectiva de vetllar per la seguretat.

-Comprendre que les alteracions de conducta són expressió d'un malestar.

-Recuperar el més aviat possible la normalitat i no menysprear a la persona per les seves conductes de la persona que no sap o pot expressar d'una altra manera.

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica

Signen aquest protocol:

Data de realització: setembre 2004

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014

### 3. PROTOCOL DE TRACTAMENT D'URGÈNCIA EN PRESENCIA DE CRISI EPILÈPTIQUES

#### Adreçat a

Usuaris: tots els usuaris que pateixen crisis comicials.

Professionals: Personal d'Atenció Directa i Personal Higiènic - Sanitari.

#### Objectiu

Donar coneixements d'actuació per atendre a un usuari quan pateix aquesta situació i registrar les crisis adequadament.

#### Consideracions i actuacions

- Quan un usuari presenta una crisi comicial amb baix nivell de consciència o pèrdua del coneixement, s'actuarà de la següent forma:
  - Aïllar-lo dels possibles perills que l'envolten (mobles, escales, etc).
  - Posar-lo en posició lateral de seguretat (estirat a terra i de costat).
  - Afluixar-li la roba.
  - Observar si apareixen signes d'hipòxia (cianosi). Si és així avisar ràpidament al servei mèdic, infermeria, direcció i si cal iniciar maniobres de RCP bàsica.
  - No manipular la cavitat oral.
- Si l'usuari manté bona coloració i la crisi segueix les seves fases (estat de confusió, pèrdua de consciència) però no afecta als signes vitals (pols i respiració):
  - Administrar STESOLID RECTAL 10 mg. Si cal es pot repetir als 5 minuts.
  - Si la crisi no cedeix tornar-ho a comentar amb el servei mèdic i si no hi fos amb la persona de guàrdia i/o direcció que decidirà

l'actuació a seguir. En cas de no ser present la persona de guàrdia o direcció i la crisi perdura més de 15', s'avisarà al Servei d'Urgències.

- **Recordar no posar res a la boca.**
- Si la crisi millora, controlar l'usuari fins que es recuperi. Pot ser que pugui continuar fent l'activitat que feia, o que hagi de descansar; si s'aprecia que està esgotat, es buscarà un lloc tranquil i en posició de seguretat (decúbit lateral).
- No s'administrarà res per boca (ni aliments ni medicació) fins que es vegi del tot recuperat.
- Si hi ha relaxació d'esfínters esperarem a la seva recuperació per dutxar-lo i canviar-lo. Ajudar a disminuir l'angoixa de la persona i es traurà importància al fet de la incontinència.

## **REGISTRE**

Es farà servir el full de descripció de crisis epilèptiques o comicials.

És important controlar el temps de la crisi i si es veu que es repeteixen molt sovint, avisar al servei mèdic perquè hi hagi un control més exhaustiu de l'usuari/a.

## **Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida**

Vulnerabilitat, compassió, intimitat

Benestar físic, benestar emocional

## **Actuacions**

- Transmetre seguretat a la persona que presenta la crisi i als companys
- Cal realitzar acompanyament afectiu en el procés.
- Donar missatges verbals suaus i tranquil·litzadors.
- Mantenir un ambient segur i tranquil tant amb la resta d'usuaris com amb l'equip professional.

- Generar un entorn segur: retirant mobles, objectes... que puguin fer mal.
- Estar molt atents als aspectes que marca el protocol, passes a seguir i actuacions a realitzar.
- Evitar parlar sobre la persona i aspectes que tenen a veure amb ella com si no hi fos, evitant que donem a entendre que tractem a la persona com un objecte.
- Evitar la indefensió donant explicacions sobre què està passant i el que estem fent per atendre.
- Aconseguir que la persona que viu la situació entengui o visqui el concepte de seguretat i accepti la nostra intervenció en un moment que segurament vol que la deixin tranquil·la i sola.
- L'ajuda mai pot ocasionar un risc més greu del que ja està vivint en la situació.
- Preservar la intimitat física i emocional en tot el procés de la crisi.

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica

Signen aquest protocol:

Data de realització: gener 2005

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014

## 4. PROTOCOL D'ATENCIÓ A LA SALUT

### Adreçat a

Usuaris: tots els usuaris.

Professionals: Personal d'Atenció Directa i Personal Higiènic-Sanitari.

### Objectiu

Conèixer l'estat de l'usuari per prevenir, controlar o tractar les patologies que vagin sorgint mitjançant exàmens de salut periòdics.

### Consideracions i actuacions

- Es realitzaran revisions mèdiques periòdicament mínim cada 2 anys que inclouran: Auscultació cardiorespiratòria, palpació abdominal, exploració del nas, oïdes i gola, SNC, múscul-esquelètic, pell, cabell, ungles i genitals. Palpació mamària i prostàtica en funció del cas clínic.
- Revisió odontològica i de podologia anual.
- Anàlisi general cada dos anys, excepte ens els casos de persones amb epilèpsia on que així ho prescrigui el servei mèdic, en què es faran anualment o quan es consideri, per exemple, per valorar els nivell de fàrmacs.
- Vacuna antigripal a l'octubre/novembre i seguiment del calendari de vacunes.
- Control del pes IMC (índex massa corporal) cada període comprés entre 1 i 3 mesos.
- Es prendrà la tensió arterial amb la freqüència necessària pel control de les malalties de cada usuari.
- A les persones amb diabètiques se'ls mesurarà els nivells de glicèmia capil·lar (s/recomanacions del protocol 33).

- Mamografies a les dones de més de 50 anys seguint la programació d'ICS.

### **Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida**

Intimitat, llibertat, confidencialitat, secret professional, igualtat, beneficència

Benestar físic, benestar emocional, drets, inclusió social

### **Actuacions**

- Les exploracions físiques es realitzaran en els espais corresponents amb les mínimes persones necessàries (metge, infermers, i si cal el monitor de referència corresponent)
- Crear un ambient de tranquil·litat.
- Explicar, en tots els casos que sigui possible, què és que es va a fer (analítica, exploració...), anticipar totes les accions.
- Vetllar perquè les persones amb discapacitat, sigui quin sigui la discapacitat que presentin, disposin de l'atenció sanitària corresponent.
- Proporcionar la llibertat, en la mesura del possible, d'escollir el què, el moment, la manera... sobre els procediments d'atenció que hi ha establerts per la salut (visites, exploracions, cures).
- Donar tots els recursos comunicatius per tal que es puguin expressar les opinions.
- Garantir la integritat física i emocional de la persona.
- Preservar la intimitat física i emocional en tot procés relacionat amb l'atenció a la salut (visites mèdiques, exploracions, cures,...)
- Especialment en els moments d'atenció a la salut, hem de dirigir-nos a la persona pel seu nom, sense diminutius, motes, i en funció de l'edat, amb el respecte d'afegir el sr/sra.
- Evitar els infantilismes amb la manera de dirigir-nos a la persona, amb el to de veu, durant la intervenció a la salut ja de per si moments on la persona queda exposada i vulnerable.

-Evitar parlar sobre la persona i aspectes que tenen a veure amb ella com si no hi fos, evitant que donem a entendre que tractem a la persona com un objecte.

-La informació i dades respecte la persona es tractaran amb tota la cura i protecció que emmarca la confidencialitat de dades així com estarà totalment restringida a les persones autoritzades al seu accés

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica i d'infermeria.

Signen aquest protocol:

Data de realització: juliol 2007

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014



## 5. PROTOCOL D' INTERVECIÓ EN CAS DE SOSPITA DE BRONCOASPIRACIÓ

### Adreçat a

Usuaris: tots els usuaris però especialment aquells contemplats en els llistats de risc.

Professionals: Personal d'Atenció Directa i Personal Higiènic-Sanitari.

### Objectiu

Actuar amb rapidesa i efectivitat, desobstruint les vies aèries en cas de sospita de broncoaspiració, evitant l'ofec i accelerant la recuperació.

### Consideracions i actuacions

#### Antecedents

Les causes per les quals ens podem trobar al davant d'un possible cas de broncoaspiració són les següents:

- Presentar disfàgia (dificultats en la deglució) de manera permanent com a conseqüència de:
  - Diagnòstic de l'usuari (casos de paràlisi cerebral...)<sup>1</sup>.
  - L'envelliment i el deteriorament generalitzat dels usuaris.
  - Dolent estat bucal.
  - Problemes de salut crònics.
  - Fàrmacs que disminueixen el nivell de consciència i poden afavorir una broncoaspiració.
- Presentar dificultats en la deglució de manera puntual com a conseqüència de:
  - Problemes de salut ocasionals.

---

<sup>1</sup> . Consultar protocol d'actuació en cas de problemes de deglució (nº 1) i llistat d'usuaris d'especial risc.

- Problemes de conducta, ingestió de cossos estranys.
- Crisis epilèptiques.
- Errors de medicació (disminució consciència).

### **Obstrucció de la via aèria en adults**

- **Obstrucció incompleta amb bon intercanvi d'aire.**

L'usuari estossega amb bona intensitat fent una respiració entretallada, pot parlar.

L'actuació davant d'aquesta situació és deixar-lo que estossegui sense ajudar-lo. Si després d'una estona el problema no està solucionat, es portarà a l'usuari a un centre hospitalari, especialment en els casos on no hi ha servei mèdic que pugui fer una primera actuació.

- **Obstrucció incompleta amb intercanvi d'aire poc eficaç.**

L'usuari s'ha ennuegat o ha hagut una complicació d'una obstrucció incompleta amb intercanvi eficaç. L'usuari presenta una tos dèbil i ineficaç i un soroll agut que acompanya la inspiració i comença a posar-se cianòtic. Aquesta situació s'ha de tractar com una obstrucció completa.

- **Obstrucció completa de la via aèria.**

No pot sortir l'aire dels pulmons i per tant no podrà ni estossegar ni parlar i presentarà una clara cianosi. Es farà la maniobra de HEIMLICH:

#### **Si l'usuari està dret:**

- La persona se situa darrera de l'accidentat i li passa els braços per sota les aixelles.
- Col·loca una mà i amb el puny tancat per sota de la punta de l'estènum (apòfisis xifoides). Després, amb l'altre braç envolta la cintura i abraça el seu puny tancat. Col·locat així fa una única compressió o empenta, decidit, fort i ràpid, cap a dintre i a dalt.
- Repeteix la maniobra de pressió-descompressió fins a aconseguir l'èxit.



**Si l'usuari està estirat o inconscient:**

- S'agenolla a cavall sobre la persona i col·loca el taló d'una mà per sobre del melic i per sota de la punta de l'estèrnum i dóna una decidida embranzida cap amunt i endins. Repetir la maniobra fins a aconseguir l'èxit



En realitzar la maniobra de Heimlich cal tenir cura d'exercir la pressió cap amunt i no a l'abdomen i exercir la pressió a la línia mitjana i sense desviació lateral a la dreta o a l'esquerra.

### **SITUACIONS ESPECIALS D'OBSTRUCCIÓ COMPLETA DE LA VIA AÈRIA: USUARIS AMB UNA OBESITAT IMPORTANT**

El risc de lesió de les vísceres abdominals practicant la maniobra de Heimlich en població d'aquestes característiques és molt elevat. En aquestes situacions és recomanable substituir la maniobra per pressions toràciques externes. Aquestes pressions es realitzen com si féssim un massatge cardíac però més lentament i verificant si s'ha produït l'expulsió del cos estrany.

**En cas de sospita de broncoaspiració** (estat en que una persona presenta secrecions gastrointestinals, orofaríniques o substàncies sòlides i/o líquides en els conductes traqueobronquials produint una alteració del intercanvi gasós i un alt risc d'infecció) **es trucarà al 061.**

## **MESURES PREVENTIVES**

S'ha de tenir en compte que qualsevol usuari és susceptible de patir una brocoaspiració. Tot i això, aquelles persones amb un risc excepcional són aquells que s'inclouen en els diferents grups de risc dels **l·listats dels que es disposa al centre**.

Tot i que les pautes específiques seran marcades des del Servei Mèdic de manera individual, algunes de les pautes globals a seguir són les següents:

- Procurar que la ingesta sigui pausada i amb una dieta específica a cada usuari.
- Tenir molta cura de respectar els horaris de menjar, sobretot de les persones que tenen una dieta líquida (gastrostomia). Si vomiten, també tenen perill de fer broncoaspiracions.
- Procurar mantenir una higiene de postura adequada a l'hora de la ingesta, d'acord amb les característiques de cada usuari.
- Mai forçar la ingesta alimentària en cas de rebuig de l'usuari, sigui per motius de conducta o per qüestions fisiològiques (en casos de crisis epilèptiques, vòmits, problemes respiratoris o disminució de la consciència).
- Evitar donar aliments "pastosos" (bimbo, plàtans...).
- Vigilar les persones que "roben menjar" (solen triar el menjar d'un company el qual pren un aliment amb una textura diferent a la pròpia).
- Espessants: fer-los servir per qui ho necessiti (ja està indicat). Recordar que quan més estona es deixi reposar més espès queda. La funció de l'espessant és fer el líquid una mica espès i NO convertir-lo com "ciment", així com donar-li una textura adequada segons la capacitat de reflex de deglució de l'usuari.
- Procurar allitar a les persones susceptibles de broncoaspiració 1 hora després de menjar.

- En els casos en que no sigui possible, s'incorporarà el capçal del llit, tal qual indiquen les pautes individuals de cada usuari. També es disposa d'un llistat pauta al centre dels usuaris que han de romandre amb capçal aixecat
- En els casos de malaltia que incrementi el risc, l'usuari serà allit pel torn de nit, sent supervisat de manera directa al llarg de la nit.

### **Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida**

Vulnerabilitat, compassió, beneficència

Benestar físic, benestar emocional

### **Actuacions**

-Un cop finalitzat el procés, cal relaxar i reduir l'angoixa de a la persona acompanyant-la afectivament.

-Donar especial importància a les mesures preventives especificades en el protocol.

-Evitar la indefensió explicant, en aquells casos que sigui possible, què està passant .

-L'ajuda a la persona que necessita la intervenció mai pot ocasionar un risc, mal o perjudici a la persona més greu del que ja està vivint.

-Realitzar totes les accions i passos pautats al procediment amb la força de l'empatia i el punt de vista de com si "ens ho estiguéssim fent a nosaltres mateixos".

-Especialment en els moments de broncoaspiració, hem de dirigir-nos a la persona pel seu nom, sense diminutius, motes, i en funció de l'edat, amb el respecte d'afegir el sr/sra.

-Evitar infantilismes amb la manera de dirigir-nos a la persona, amb el to de veu, amb els gestos durant la intervenció, ja de per si moments on la persona queda vulnerable.

-Evitar parlar sobre la persona i aspectes que tenen a veure amb ella com si no hi fos, evitant que donem a entendre que tractem a la persona com un objecte.

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica

Signen aquest protocol:

Data de realització: gener 2004

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014

## 6. PROTOCOL DE SORTIDES MÈDIQUES PROGRAMADES

### Adreçat a

Usuaris: tots els usuaris

Professionals: Infermeria i Personal d'Atenció Directa

### Objectiu

Programar les sortides mèdiques dels usuaris per tal d'interferir el menys possible amb el seu ritme de vida, així com coordinar les actuacions dels diferents serveis.

### Consideracions i actuacions

- Quan es demani hora a qualsevol establiment mèdic o hospitalari, es tindran en compte els horaris de les activitats del centre, sempre que sigui possible.
- Quan es tingui coneixement d'una sortida programada, s'anotará en el lloc específic de cada servei (agenda sortides mèdiques informatitzada a la Carpeta Compartida general) així com ens assegurarem que tots els professionals responsables que intervenen a la sortida estan informats (social- mèdic- psicòleg- recepció- RRHH).
- El Dept. Mèdic (metge i/o infermeria), un cop té programada la consulta externa, realitzarà: preparació de full resum de la història clínica del pacient; full de petició de visita; full de sortida intern per sortida mèdica. Informarà al Dept. Social de les visites mèdiques per tal que aquest: avisi a les famílies, avisi als psicòlegs/coordinadors de l'usuari; avisi a Recepció per tal que tramiti el transport (ambulància, taxi, taxi adaptat... així com l'hora de sortida del centre). També s'informarà al departament de recursos humans per tal que es gestioni



l'acompanyament de la sortida (conjuntament amb el treballador social).

- En funció de l'horari i tipus de sortida, s'informarà a la cuina i servei de rober.
- **Acompanyament:** la responsabilitat de l'acompanyament recau en el cas que la família així ho especifiqui, en un familiar; en cas que no sigui possible, l'acompanyament es farà en primer terme amb el monitor/tutor responsable de l'usuari. En segon terme en cas puntual, l'acompanyament el pot realitzar una infermera, psicòleg o persona acompanyant d'un servei d'acompanyament extern.

Sempre sortirà a la consulta mèdica un monitor responsable del torn del dia de la sortida, substituint-lo en el cas que s'allargui la sortida el monitor del següent torn i/o servei d'acompanyament.

- S'informarà de la visita mèdica programada a l'usuari així com el motiu de la mateixa.
- El tipus de transport per la realització de la sortida, seguint el criteri general (sortides al matí amb ambulància), sempre s'adequarà a l'usuari (fòbies, dificultats de mobilitat...)
- **Un cop s'ha realitzat la sortida:** des de recepció queda registrat en registre sortides / visites al centre. En cas d'ingrés, s'especifica en el registre.
- **Important** un cop feta la sortida, el PAD entregarà la targeta sanitària i el sobre amb tiquets i diners a la infermera. Es donarà la documentació de la sortida al departament mèdic així com s'informarà de com ha anat la sortida.

## **DOCUMENTACIÓ QUE PORTARÀ EL MONITOR ACOMPANYANT**

- TSI (targeta sanitària individualitzada).
- Full resum història clínica del pacient.
- Full de derivació o altres segons el centre de destí.
- Full de derivació per l'ambulància.

- Medicació que pren l'usuari si l'horari de presa de la medicació coincideix amb la sortida.
- Tota la informació que precisi per acomplir correctament la visita.
- Sobre amb telèfon del taxi i diners per a realitzar trucada al centre i/o taxi en cas de ser necessària la trucada.

## Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida

Beneficència

Benestar físic, benestar emocional, benestar material

## Actuacions

-Especialment en els moments de sortides mèdiques, hem de dirigir-nos a la persona pel seu nom, sense diminutius, motes, i en funció de l'edat, amb el respecte d'afegir el sr/sra.

-Evitar infantilismes amb la manera de dirigir-nos a la persona, amb el to de veu, amb els gestos durant la vista, ja de per si moments on la persona queda exposada i vulnerable.

-Evitar parlar sobre la persona i aspectes que tenen a veure amb ella com si no hi fos, evitant que donem a entendre que tractem a la persona com un objecte.

-Donar la informació sobre la programació de la visita i l' objectiu de la mateixa.

-Procurar tots els recursos necessaris per els desplaçaments (taxi adaptat, ambulància...).

-Mantenir confidencialitat i secret professional sobre els motius de la sortida, diagnòstics...

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica

Signen aquest protocol:

Data de realització: setembre 2007

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014

## 7. PROTOCOL DE SORTIDES MÈDIQUES D'URGÈNCIES

### Adreçat a

Usuaris: tots els usuaris

Professionals: Personal Sanitari, Equip Interdisciplinari i Personal d'Atenció Directa.

### Objectiu

Coordinar els procediments del personal per tal d'actuar amb la màxima efectivitat i rapidesa davant d'una urgència mèdica per garantir la salut dels usuaris.

### Consideracions i actuacions

- Les sortides d'urgències mèdiques les decidirà, en aquest ordre: metge, infermeria.
- En cas de risc imminent, el PAD avisarà la persona de guàrdia, que trucarà una ambulància al 061, en aquestes situacions:
  - Reaccions al·lèrgiques que cursen amb dificultat respiratòria.
  - Sospita accident vascular cerebral.
  - Ingesta de tòxics i/o càustics.
  - Errors de medicació greus que cursen amb somnolència, pèrdua de la consciència, obnubilació, etc.
  - Vòmits de sang sense cap antecedent previ.
  - Abdomen agut: malestar, pal·lidesa, abdomen dur com una taula, etc.
  - Insuficiència respiratòria: si cursa amb dispnea, febre alta, tiratge costal, cianosis...
  - Parada cardiorespiratòria.

- Fractura/luxació: si hi ha impotència funcional, rotació, hematoma, deformitat, dolor...
- Ferides profundes amb afectació muscular i/o tendinosa (sutures).
- Aquelles altres situacions en què es valori.
- La Direcció del centre o la persona de guàrdia decidirà qui ha de fer la sortida. Com a criteri, hauria de ser el PAD de referència.

### **Documentació pel centre de destí**

- Fitxa d'usuari (telèfon família, especificar si són tutelats, etc).
- El full resum història clínica per al servei mèdic de destí amb la medicació habitual, antecedents, causa de la sortida, si hi ha alguna al·lèrgia, vacunacions.
- Targeta sanitària.
- Full de derivació a l'hospital corresponent de referència, en cas d'ingrés els usuaris de tot el Grup Catalònia (IMM) tenen conveni per poder ser derivat l'usuari/a a l'hospital General de Catalunya (s'ha d'adjuntar dues còpies: una per a recepció i un altra per la sortida).  
Veure model adjunt.
- Sobre amb telèfon taxi i diners per a realitzar trucada al centre i/o taxi en cas de ser necessari (a Flor de Maig no es donen diners).
- Necesser amb els elements d' higiene indispensables (hi ha un a cada infermeria del centre)
- Medicació pautada per 24h

### **INFORMACIÓ A LES FAMÍLIES**

Es decidirà conjuntament per part del Departament Mèdic i direcció del centre o persona de guàrdia, **sempre que sigui possible i es disposi de la informació necessària**, quan, a qui i com s'informarà a les famílies de la derivació hospitalària urgent prèvia consulta al Departament Social a fi de poder coordinar les accions amb la família i/o entitat tutelar.

## Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida

Beneficència, compassió

Benestar emocional, benestar físic

### Actuacions

- Especialment en els moments de la sortida, hem de dirigir-nos a la persona pel seu nom, sense diminutius, motes, i en funció de l'edat, amb el respecte d'afegir el sr/sra.
- Evitar infantilismes amb la manera de dirigir-nos a la persona, amb el to de veu, amb els gestos durant la sortida, ja de per si moments on la persona queda exposada i vulnerable.
- Evitar parlar sobre la persona i aspectes que tenen a veure amb ella com si no hi fos, evitant que donem a entendre que tractem a la persona com un objecte.
- Especialment en els casos d'urgències mèdiques, s'informarà a la persona del criteri pel qual s'efectua la sortida .
- Transmetre tranquil·litat i actitud "d'acompanyar", "estar amb"...
- Mantenir confidencialitat i secret professional sobre els motius de la sortida, diagnòstics...

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica

Signen aquest protocol:

Data de realització: setembre 2007

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014

## 8. PROTOCOL D'ELABORACIÓ DEL PROGRAMA D'ATENCIÓ INTERDESPLINAR INDIVIDUAL

### Adreçat a

Usuaris: tots els usuaris

Professionals: Equip Interdisciplinari

### Objectiu

Els usuaris han de tenir elaborat un Programa d'Atenció Interdisciplinari Individualitzat que contempli les àrees d'intervenció especificades al Pla Integral d'Atenció, l'estat actual, les necessitats de suport dels usuaris de cara a implementar els nous aprenentatges i els recursos i metodologies necessaris per portar a terme els objectius plantejats.

### Consideracions i actuacions

**El programa d'atenció interdisciplinari individualitzat (PAII) inclourà els següents apartats:**

- Dades personals de l'usuari.
- Resum dades destacables de salut: motricitat, visió, audició, epilèpsia, dieta alimentària, tractament de fisioteràpia, altres....
- Descripció dels objectius d'aprenentatge programats anualment, la metodologia utilitzada per portar l'activitat a terme en cada àrea i la seva valoració:
  - i. Activitats relacionades amb les habilitats de la vida diària (habilitats d'autonomia personal, activitats vers la llar, cognitives, de conducta, cura de l'aspecte físic).
  - ii. Activitats vers les àrees terapèutiques.
  - iii. Salut i higiene.

iv. Relacions socials, familiars i comunitàries.

v. Oci i lleure.

- Calendari setmanal de les activitats en les quals participa l'usuari (mapa de dia).
- Àrea comportaments disruptius: descripció d'aquests i resum pautes d'intervenció.
- Dades en relació a l'elaboració del PAII i signatura de les persones que han intervingut en la seva realització.

### **Altres consideracions**

- El PAII s'elaborarà al llarg dels 3 primers mesos d'ingrés al centre i es realitzarà un seguiment anual d'aquest per tal de valorar el compliment dels objectius definits, avaluar l'evolució de l'usuari/a i plantejar/proposar les modificacions que es considerin necessàries.
- El PAII s'actualitza anualment.
- El PAII s'elabora en la mesura de tot aquells casos que sigui possible, conjuntament entre l'equip interdisciplinari, l'usuari i la família. El seguiment i valoració del programa es farà d'igual manera.
- Per altre costat, el PAII sempre ha d'incorporar en la mesura del possible, els interessos, inquietuds i possibilitats de l'usuari/a.

### **Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida**

Intimitat, llibertat, confidencialitat, secret professional, hospitalitat, beneficència, autonomia, no maleficència

Benestar emocional, benestar físic, inclusió social, benestar material, autodeterminació

### **Actuacions**

-La realització dels continguts del PAII ha de garantir la integritat física, emocional i econòmica de la persona atesa.

-Proporcionar un espai i clima de màxima confiança, respecte i intimitat vers totes les àrees d'atenció que es contempen en el PAII.



- Guardarem secret respecte el PAII a totes les persones alienes al mateix, usuari- a i la família.
- Fer constar en el PAII tots els recursos i suports adaptatius necessaris per tal de proporcionar la màxima autonomia.
- Individualitzar els suports a cada persona en funció de les seves necessitats.
- Evitar planificar situacions negligents o imprudents que puguin ocasionar un mal.
- Evitar fer comentaris a d'altre/es persones sobre la persona que s' està treballant el PAII, en presència d'aquesta "com si no estigués".
- Preservar la intimitat física i emocional en tot el procés tant d' elaboració del PAII com en les posteriors revisions i actualitzacions del mateix.
- Definir estratègies coherents i aplicables per tot l'equip interdisciplinari.
- Potenciar la planificació centrada en la persona i les seves necessitats.
- La informació i dades es tractaran amb tota la cura i protecció que emmarca la confidencialitat de dades així com estarà totalment restringida a les persones no autoritzades al seu accés.
- L'elaboració i revisió del PAII es realitzarà, sempre que sigui possible, conjuntament amb la família i amb la persona.
- Durant les sessions de planificació, s'utilitzarà l'escolta activa.
- Planificar tenint en compte les diferències individuals, socials, culturals...

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica i d'infermeria

Signen aquest protocol:

Data de realització: gener 2004

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014

### Adreçat a

Usuaris: tots els usuaris

Professionals: Personal d'Atenció Directa i Personal tècnic.

### Objectiu

Prevenir la fugida o pèrdua dels usuaris i actuar amb celeritat i coordinació si aquesta es produeix per evitar que tingui conseqüències per al seva seguretat i salut.

### Consideracions i actuacions

#### PREVENCIÓ

- Per evitar que els usuaris puguin sortir del recinte del centre, totes les portes exteriors que **així estiguin pautades** a cada centre, hauran de romandre tancades.
- Tenir cura dels camins i talla focs que poden haver dins del recinte que condueixin a l'exterior.
- Qualsevol persona que ho detecti ha d'indicar el possible risc de fugida d'un usuari davant la més mínima sospita, per tal de tenir una actitud més vigilant. A més en els moments de canvi de torn es mantindran localitzades aquestes persones de risc.
- Quan es faci una sortida fora del centre o en els trasllats per l'exterior, els usuaris susceptibles de fugida sempre hauran d'anar acompanyats del personal que es cregui oportú en cada cas, moment i situació.
- Sempre que es faci un desplaçament fora del centre, cada monitor tindrà un nombre d'usuaris al seu càrrec i serà responsable de

vigilar i comptar el nombre d'usuaris cada vegada que es faci un trasllat del grup (per exemple al sortir del centre al pujar o baixar de qualsevol transport, a l'entrada del recinte, a la sortida, etc...).

- El vigilant de l'entrada de Flor de Maig tindrà cura especial de les entrades i sortides al recinte.

## **EN CAS DE FUGIDA O PÈRDUA**

- Es valorarà els minuts que fa que s'ha perdut de vista l'usuari, si aquest temps és molt curt i se sap on pot estar, un monitor anirà a cercar-lo i els altres es quedaran amb la resta d'usuaris fins que torni.
- Si es desconeix on pot estar, un monitor es dirigirà immediatament al centre per informar al personal responsable de les circumstàncies en que s'ha produït la pèrdua i organitzar la recerca amb tots els mitjans personals disponibles. Si en un temps prudencial, que valorarà el responsable del Centre, no ha aparegut, es requerirà la col·laboració dels estaments externs que es creguin necessaris.
- Els tècnics de la unitat dins la jornada habitual o la persona de guàrdia la resta d'hores **comunicaran a la família** o referent tutelar la fugida.
- S'avisarà de la fugida al **cos de mossos d'esquadra (112)**, mitjançant **via telefònica** en aquest comunicat s'han de donar dades de la persona escapolida, la nostra adreça, data, hora i motiu de l'escapoliment, les característiques físiques de la persona i el lloc o circuit on possiblement es pot trobar. El cos de mossos d'esquadra donarà via telemàtica la informació a la patrulla i comissaria que siguin necessàries.

- També s'assignarà a una persona perquè tal que faci el desplaçament a la comissaria de mossos d'esquadra de referència i posi la denuncia d'escapoliment portant els documents següents: una foto de carnet de la persona escapolida, el DNI, Certificat de Discapacitat i telèfons de familiars i/o seu de la fundació tutelar.

## RETORN DE L'ESCAPOLIMENT

- A la tornada de l'usuari al centre, el responsable tècnic o la persona de guàrdia ha de comunicar el nou ingrés tant a la família i/o tutela (via telefònica) i al **cos de mossos d'esquadra de la comissaria de referència** o altres mitjançant **via telefònica**; en aquest comunicat s'han de donar dades de la persona escapolida, la data de l'escapoliment i la data del retorn. Si no l'han acompanyat els mossos d'esquadra s'haurà de fer acte de presència a la comissaria de Cerdanyola per retirar la denúncia.
- El centre es portarà un registre de fugides. **S'annotarà al registre de fugides:**
  - Identificació de l'usuari.
  - Dia i hora de la fuga i la tornada.
  - Lloc de la fugida.
  - **Mesures preses** en cada cas per prevenir altres fugides.

## Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida

Vulnerabilitat, confidencialitat, secret professional, beneficència

Benestar emocional, benestar físic

## Actuacions

-Evitar la indefensió de la persona donant les explicacions necessàries sobre què està passant i la necessitat de la nostra intervenció per tal de donar suport i ajuda.

-L'ajuda a la persona que necessita la intervenció mai pot ocasionar un risc més greu del que ja està vivint en la situació, sobre tot en cas de pèrdua.

-Donar el temps necessari per tal que entengui els fets.

-La intervenció davant una fuga o pèrdua ha de garantir la integritat física i emocional.

-Guardar secret professional sobre els fets que han produït la fuga o pèrdua així com les conseqüències de la mateixa a totes les persones que no atenen directament a la persona, i a la mateixa família.

-Especialment en els moments de pèrdua o fuga, hem de dirigir-nos a la persona pel seu nom, sense diminutius, motes, i en funció de l'edat, amb el respecte d'afegir el sr/sra.

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica

Signen aquest protocol:

Data de realització: gener 2004

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014

### Adreçat a

Usuaris: tots els usuaris

Professionals: Equip Interdisciplinari i Personal d'Atenció Directa

### Objectiu

Que la família o entitat tutelar, com màxims responsables de l'usuari estigui informada i assessorada sobre les qüestions que afecten a la persona en tots els àmbits.

### Consideracions i actuacions

Per complir aquest objectiu es seguirà el següent procediment:

- Al ingrés d'un nou usuari, seguir el Protocol 9 d'ingrés i acollida.

### DEL SEGUIMENT

El personal responsable del departament en qüestió comentarà amb el psicòleg del centre les incidències que s'esdevinguin i decidiran conjuntament qui fa la comunicació a la família (en cas de cap de setmana i/o festiu amb el director tècnic o persona de guàrdia). S'ha de tenir en compte que habitualment el referent que té la família és el psicòleg/coordinador.

Continguts que s'ha d'informar a les famílies:

- Estat de salut de l'usuari, incidències durant la setmana el del mateix dia si surt a casa (canvis de pautes de fisioteràpia, extraccions de l'odontòleg, caigudes amb sutura o lesions importants, especificacions del peu si ha fet intervenció el podòleg...).

- Canvis de medicació (es donaran per escrit tant dels usuaris que surten del centre com a les famílies que ho demanen).
- Prescripció de tractaments (es donaran per escrit tant dels usuaris que surten del centre com a les famílies que ho demanen).
- Canvis d' Unitat dins el Centre. Els notifica la psicòloga individualment a la família.
- Qüestions referents al vestuari.
- Qüestions referents a documentació.
- Sortides mèdiques programades.
- Assessorament que es cregui necessari i el que demani la família.
- Qüestions generals i específiques integrals de l' usuari (estat anímic, emocional, etc)

**Sortides mèdiques d'urgència.** Es valorarà el moment en que es facilita la informació per tal que la família pugui estar amb l'usuari a l'hospital o bé quan se sàpiga el diagnòstic.

El PAD, quan rebi trucades o quan lliuri a un usuari al seu familiar en una visita i/o sortida, informarà de l'estat en general de l'usuari/a. Qualsevol consulta que faci la família vers qüestions de medicació, documentació, etc. el monitor derivarà a la família al professional que correspongui.

### **Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida**

Confidencialitat, hospitalitat, beneficència, autonomia, igualtat, justícia, no maleficència

Benestar emocional, relacions interpersonals, autodeterminació

### **Actuacions**

-Proporcionar tots els recursos i suports adaptatius necessaris per tal de fomentar la màxima autonomia possible; aquesta informació ha d' estar a l' abast de la família i ser-ne coneixedora.

- En la revisió anual del PAII que es realitza amb la família s' analitzarà el nivell de suport i ajust necessaris per tal que aquests no quedin per sobre o per sota de les necessitats de la persona.
- La família i persona atesa han de saber que s'evitaran situacions negligents o imprudents que puguin ocasionar un mal.
- Informar a la família i la persona atesa que no s'utilitzarà la superioritat per obtenir una avantatge en la relació amb la persona.
- Acordar que evitem fer comentaris de la persona davant ella si és que ella no participa de la conversa.
- Dedicar el temps suficient per atendre a les famílies.
- Ofereix acompanyament sobre dubtes, inquietuds, angoixes...
- Tenir escolta activa i comprensiva.
- Mostrar actitud de diàleg, sense anticipar respostes a l'expressió de problemàtiques que la família vulgui expressar.
- Desenvolupar actituds de col·laboració.
- La informació i dades respecte l' usuari i la família es tractaran amb tota la cura i protecció que emmarca la confidencialitat de dades així com estarà totalment restringida a les persones no autoritzades al seu accés
- En tot el procés d' informació, relació, seguiment i convivència amb les famílies s' atindrà a les necessitats de la mateixa.
- Desenvolupar actituds allunyades de les preferències o favoritismes

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica

Signen aquest protocol:

Data de realització: gener 2004

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014



## 21. PROTOCOL D'ALIMENTACIÓ

### Adreçat a

Usuaris: tots els usuaris

Professionals: Personal Mèdic, Infermeria i PAD

### Objectiu

Garantir una alimentació adequada a les necessitats nutritives i mèdiques de cada usuari amb una programació de menús variats i equilibrats de 2000-2500 calories per cada dia de la setmana i per quatre setmanes.

### Consideracions i actuacions

- Cada usuari tindrà pauta pel metge una dieta segons les seves necessitats, que es revisarà cada 3 mesos excepte quan es faci un canvi per indicació mèdica.
- Tipus de Dieta segons contingut: normal o basal, hiposòdica, diabètica o hipoglucèmica, astringent, protecció gàstrica, hipocalòrica de 1000-1200Kcal, hipocalòrica de 1500Kcal, rica en residus, baixa en colesterol, hipercalòrica; ...
- Tipus de Dieta segons consistència: SENCERA, SEMI-SENCERA, PASSADA, MOLT PASSADA, LÍQUIDA (gastrostomia) segons prescripció.
- Es prepararan dietes de reserva a criteri mèdic per diferents patologies.
- Cada 6 mesos, es repartiran els menús que estaran a la carpeta mèdica i/o a l'office i/o al menjador i/o cuina, signada pel responsable higiènic/sanitari.

- Hi haurà un menú a l'estiu que es posarà en marxa a primers de maig i un altre d'hivern, que es posarà en marxa a primers Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica

## **Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida**

Autonomia, beneficència, no maleficència

Benestar físic, benestar emocional, benestar material

### **Actuacions**

-Proporcionar els recursos i suports adaptatius necessaris per la màxima autònoma possible.

-L'entorn ha d' estar adaptat: taules adaptades, cadires correctes, estris de menjar adaptats (plats, gots, coberts), accessos facilitadors als menjadors ...

-Cada any en la revisió del PAII s'analitzarà el nivell de suport i ajust necessaris per tal que aquests no quedin per sobre o per sota de les necessitats de la persona.

-Evitar situacions negligents o imprudents que puguin ocasionar un mal

-No s' utilitzarà la superioritat per obtenir una avantatge en la relació amb la persona atesa

-Evitar parlar sobre la persona i aspectes que tenen a veure amb ella com si no hi fos, evitant que donem a entendre que tractem a la persona com un objecte.

-Especialment en els moments d' ingesta, hem de dirigir-nos a la persona pel seu nom, sense diminutius, motes, i en funció de l'edat, amb el respecte d'afegir el sr/sra.

-Evitar infantilismes amb la manera de dirigir-nos a la persona, amb el to de veu, amb els gestos durant la ingesta, ja de per si moments on la persona queda exposada i vulnerable.

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica

Signen aquest protocol:

Data de realització: febrer 2007

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014

### Adreçat a

Usuaris: als usuaris i familiars que es troben a la situació descrita al protocol

Professionals: Equip Interdisciplinari

### Objectiu

Donar el suport necessari tant a l'usuari com a la família com al personal del centre.

### Consideracions i actuacions

#### Si la mort és esperada:

- Contacte diari amb els familiars.
- Acompanyament durant les 24 hores a la persona que es troba en situació paliativa/terminal.
- Extrepar les mesures de confort.
- Seguir les indicacions mèdiques per aconseguir pal·liar el màxim el dolor i el malestar.
- En el moment del desenllaç seguir els passos del següent apartat:

#### Si la mort no és esperada:

- Confirmar la defunció. En cas afirmatiu avisar a la infermera i/o persona de guàrdia, la qual informará a: director del centre i metge responsable de l'equipament, el qual certificarà la defunció. Director del centre avisará a director general, responsable àrea social, psicòlegs, treballadors socials del centre.

- Avisar als familiars. Acompanyar-los en el dol i si és necessari en els tràmits legals de l'enterrament.
- Comunicació via telefònica si escau (si no presencialment) a resta d'equip disciplinar.
- Comunicació a tot el personal del centre mitjançant esquela de l'enterrament .
- Facilitar segons organització de l'equipament i segons petició escrita, l'assistència al personal que hi vulgui assistir.
- Donar suport psicològic al personal i si cal a la resta de companys de l'usuari/a.

**Passos a seguir en cas de la defunció:** Avís al metge per tal que faciliti i signi certificat de defunció (el document ho proporciona la mateixa funerària). Ubicació del cos:

- En el cas de les unitats A romandrà a dormitori individual costat d'infermeria.
- En el cas de les unitats B romandrà a sala de visites (davant unitat Pis).

El cos queda en aquests espais un cop el servei d'infermeria i/o personal present en aquell moment l'ha preparat el millor possible per tal que posteriorment el servei de la funerària s'ocupi de la resta (rentat, vestit, de postura...).

Avís a la família per tal d'informar i col·laborar amb el trasllat al Tanatori i enterrament (informar-nos si el volen enterrar o incinerar; en el cas primer, on volen enterrar; si tenen assegurança). Segons la informació, truquem a la Funerària de Cerdanyola/Ripollet Truyols. Tf.93 580 97 10

Sempre durant aquest procés s'anirà tranquil·litzat a tot el personal implicat.

Es proporcionarà el carnet d'identitat a la família pels tràmits burocràtics.

### **Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida**

Intimitat, compassió, hospitalitat, igualtat

Benestar emocional, relacions interpersonals

### **Actuacions**

-Seguir totes les accions i passos pautats al procediment amb la força de l'empatia i el punt de vista que "ens estigués passant a nosaltres" o a una persona del nostre entorn personal o familiar.

-Preservar la intimitat física i emocional en tot el procés de defunció i dol tant de la família, de la persona que ha mort com dels treballadors propers a l'usuari.

-Tenir escolta activa i comprensiva, oferint punts de referència per donar suport i seguretat davant la situació.

-Dedicar el temps suficient a l'atenció de les famílies, altres usuaris, i treballadors.

-Oferir acompanyament sobre qualsevol dubte.

- Desenvolupar actituds acollidores, de respecte i d'empatia.

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica

Signen aquest protocol:

Data de realització: desembre 2007

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014

## 26. PROTOCOL D'INTERVENCIÓ EN CAS D'ATURADA CARDIORESPIRATORIA

### Adreçat a

Usuaris: usuaris que presenten una aturada cardiorespiratoria o estan en alt risc de presentar-la (traumatismes, ofegament, electrocució....)

Professionals: Personal higiènic - sanitari i Personal d'Atenció Directa

### Objectius

- Saber **reconèixer** davant un pacient inconscient una situació d'aturada cardiorespiratòria.
- Realització de les maniobres de **reanimació cardiorespiratòria bàsica**.

### Consideracions i actuacions

Les accions que permeten recuperar a un pacient que ha patit una aturada cardiorespiratòria es coneixen com a **cadena de supervivència**.

Aquesta cadena inclou el *reconeixement precoç de la situació d'emergència i l'activació dels serveis d'emergència, la reanimació cardiopulmonar precoç, la desfibril·lació precoç i el suport vital avançat*.

El present protocol revisa les consignes d'actuació en els dos primers punts de la cadena de supervivència.

La recuperació en cas de presentar una aturada cardiorespiratòria passa en la gran majoria de casos per la utilització d'un desfibril·lador. Per tant les maniobres de reanimació caldrà mantenir-les fins que es monitoritzi el

ritme cardíac i es faci servir el desfibril·lador o fins a l'arribada dels serveis d'emergència.

\* La seqüència de la (RCP: reanimació cardiorespiratòria) es basa en el que els anglosaxons coneixen com a ABC (A: airway, aconseguir una via aèria permeable; B: breath, mantenir una ventilació adequada; C: circulation, assegurar una circulació sanguínia efectiva). *Figura 1.*

## ACTUACIÓ

Davant tota persona inconscient o bé pensem que està presentant una aturada cardiorespiratòria, el professional que està directament en aquell moment amb l'afectat, haurà de procedir de la següent manera:

1. **Buscar resposta** de la persona cridant i movent-lo suaument. Ens assegurarem de que realment està inconscient. Si és així el col·locarem en posició adequada per la reanimació cardiopulmonar bàsica, estirat sobre una superfície dura i mirant cap amunt.
2. **Demanarem ajuda.** És imprescindible disposar d'ajuda mèdica especialitzada el més aviat possible per tant cal sol·licitar-la immediatament. Caldrà trucar al 112 / 061 i explicar que estem davant d'una persona inconscient i amb possible parada cardiorespiratòria.
3. **Obrirem la via aèria.** Durant la parada cardiorespiratòria es perd el to muscular i la llengua per l'efecte de la gravetat cau enrere i obstrueix la via aèria. Caldrà estendre el cap i aixecar el mentó. *Figura 2.*
4. **Buscar ventilació.** Mantenint la via aèria oberta el reanimador acosta l'oïda al nas de la víctima, mirant al mateix temps el tòrax de la persona. D'aquesta forma escoltarem si hi ha respiració, sentirem l'aire exhalat i veurem els moviments toràcics. *Fig 3.* Intentarem no trigar més de 10 segons en fer aquestes maniobres.
5. **Buscar circulació.** No buscarem signes de circulació buscant el pols carotí ja que és molt imprecís i pot portar a errors. **DAVANT D'UNA PERSONA INCONSCIENT I SENSE RESPIRACIÓ INICIAREM LA**



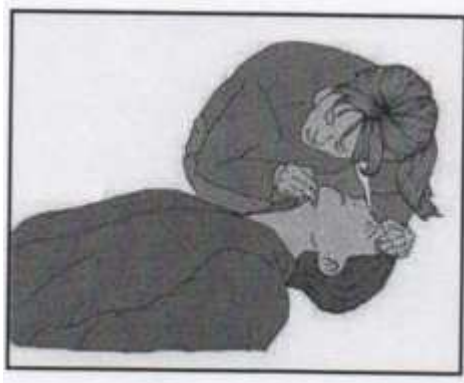
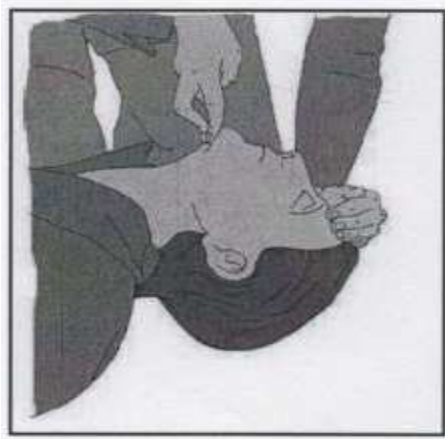
RCP AMB 30 COMPRESSIONS TORÀCIQUES SEGUIDES DE 2 VENTILACIONS ARTIFICIALS.

6. **Compressions toràciques.** Aquestes es faran col·locant el taló d'una mà en el centre del tòrax, lleugerament per sobre de la part final de l'estèrnum i amb les mans entrelaçades. Els braços completament estirats. *Figura 4.* Perquè les compressions siguin efectives hauran de tenir una freqüència alta (entorn a 100 x minut), que la profunditat sigui entorn als 4-5cm, que el temps de compressió i descompressió siguin similars (50%). Molt important que es minimitzi al màxim el nombre d'interrupcions. Les 30 compressions toràciques aniran seguides de 2 ventilacions artificials d'aprox.1 segon cada una. Aquesta relació (30:2) serà la mateixa per un o per dos reanimadors. Donat que és fàcil fatigar-se fent les compressions, si hi ha dos o més reanimadors es farà una rotació cada 2 minuts. El canvi es farà el més ràpid possible.
7. **Ventilació.** Existeixen diversos mètodes però els més habituals són:
- Boca-boca: obrin la via aèria el reanimador pren aire, tanca les fosses nasals i a continuació, sella la seva boca amb la de la persona i insufla el suficient aire com per aixecar el tòrax. *Figura 5.*
  - Boca-nas: es fa servir quan es impossible ventilar per la boca.
  - Màscara-vàlvula-bossa (Ambú): requereix entrenament. Cal subjectar fermament la màscara amb una mà, mantenint la via aèria oberta i amb l'altra comprimir la bossa.

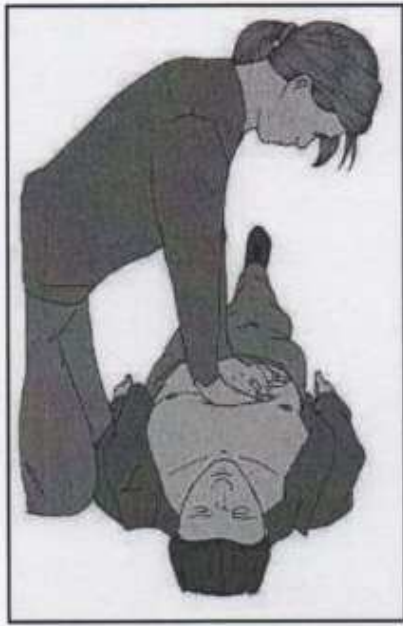
Els cicles de compressió toràcica i ventilació artificial s'han de mantenir fins a l'arribada d'un desfibril·lador, dels serveis de emergència o fins la recuperació espontània de la ventilació.



*Figura 1*



*Figura 2*



*Figura 3*



*Figura 4*

### **Elements ètics sensibles i dimensions de qualitat de vida**

Beneficència

Benestar físic, Benestar emocional

### **Actuacions**

- Evitar parlar sobre la persona i aspectes que tenen a veure amb ella com si no hi fos, evitant que donem a entendre que tractem a la persona com un objecte.
- Un cop finalitzat el procés, cal relaxar i reduir l'angoixa de la persona acompanyant-la afectivament.
- Donar especial importància a les mesures preventives especificades en el protocol.
- L'ajuda a la persona que necessita la intervenció mai pot ocasionar un risc, mal o perjudici a la persona més greu del que ja està vivint.
- Realitzar totes les accions i passos pautats al procediment amb la força de l'empatia i el punt de vista de com si "ens ho estiguéssim fent a nosaltres mateixos".

-Evitar parlar sobre la persona i aspectes que tenen a veure amb ella com si no hi fos, evitant que donem a entendre que tractem a la persona com un objecte.

-Treballar en equip i gestionar les emocions.

-Evitar actituds de curiositat que allunyin als professionals d'atendre a la resta d'usuaris quan la persona ja està assistida.

Han elaborat aquest protocol una comissió de l'Equip de Tècnics del Grup Catalònia format per membres de l'àrea psicopedagògica, social, mèdica, infermeria i la Comissió ètica

Signen aquest protocol:

Data de realització: gener 2004

Data de valoració i revisió: març/novembre 2012

Propera revisió: gener 2014

## **DISSENY DEL PLA DE COMUNICACIÓ, DIFUSIÓ I PUBLICACIÓ INTERNA DE LA DOCUMENTACIÓ**

La presentació, aprovació, difusió i publicació dels resultats del treball han de seguir els següents passos:

1. Presentació del treball a la direcció general de l'entitat i al Consell Plenari per la seva revisió i aprovació
2. Presentació del treball al Consell de Direcció del Grup Catalònia per la seva revisió i aprovació
3. Presentació del treball als equips multidisciplinaris en els diferents Consells de Centre.
4. Presentació del treball en els equips d'atenció directa en les reunions d'equip.
5. Publicació a la revista interna "Coses del Grup".
6. Difusió a la web del Grup Catalònia
7. Inclusió del projecte al Pla formatiu dins la formació contínua en les accions d'ètica i dels protocols d'atenció.
8. Presentació dels resultats del treball i la seva aplicació al Consell de Participació de l'equipament.

## **SISTEMA DE VALORACIÓ**

El marc que regula la documentació prescriptiva (reglament de règim interior, protocols d'atenció i PAII) senyala que aquest ha d'estar sotmès a una revisió anual. Utilitzem aquesta revisió i actualització per fer la valoració, seguiment i nova proposta de caràcter ètic en tots aquells casos que així sigui necessari.

Un cop valorat, revisat i reformulat, els resultats d'aquest procés estarien sotmesos al mateix procés de comunicació i difusió que els especificats en el punt anterior. Tractant-se doncs d'una avaluació, seguiment i valoració de caràcter continu i sumatiu.

## FONTS I BIBLIOGRAFIA

Alemanya, Macario, "El paternalismo médico", en Gascón, M., González, M. C., Cantero, J. (coords.), Derecho sanitario y bioética. Cuestiones actuales, Valencia, Tirant Lo Blanch, 2011.

Amor Pan, J. R. (2007). *Ética y discapacidad intelectual*. Madrid:Universidad Pontificia de Comillas.

Arostegui, I (1998). Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto.

Berrugo G L. y Mañós de Balanzó, Q. (2009). Guía de buenas prácticas en alojamientos de personas con discapacidad. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d' Asturias (Oviedo).

Berrugo, G. L. y Mañós de Balanzó, Q. (2009). Guía de buenas prácticas en centros de apoyo a la integración de personas con discapacidad. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d' Asturias (Oviedo).

Canimas, J. (2007). Apunts per a una ètica de la complexitat. *Quaderns d'Educació Social*,10, 19-34.

Canimas, J. (2006). La ética aplicada a la intervención social. *Revista Servicios Sociales y Política Social. Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social*, 73, 135-144.

Denis, R., Williams, W., Giangreco, M. y Cloninger, Ch. (1994). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 25, 155, 5-18.

Fundació Víctor Grífols i Lucas. (2010). L'Ètica en els serveis socials d'atenció a les persones amb discapacitat intel·lectual greu. *Quaderns de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*, 21.



Grabulosa, L., Marimon, C. i Sanchez, M. (2008). Bones pràctiques de defensa i promoció dels drets humans de les organitzacions del tercer sector. Observatori del Tercer Sector (Barcelona).

Hilarión , P. (2010). Indicadors de qualitat: serveis de centres de dia per a gent gran. Generalitat de Catalunya, Departament d' Acció Social i Ciutadania, DL (Barcelona).

Lozano, J.F. (2007). Códigos éticos y auditorías éticas. *Veritas*, vol. II, núm. 17, Universidad Politécnica de Valencia.

Luckasson, R, y cols. (2004). *Retraso Mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. X edición. Madrid: Alianza Editorial.

Mèlich, J.C. (2010), *Ética de la compasión*, Barcelona: Herder.

Modelo de Calidad de Vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo: la toma de decisiones para el desarrollo de su proyecto de vida. Las personas con necesidades complejas de apoyo con graves discapacidades. (2011). Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad; Instituto de Mayores y Seguridad Social, IMSERSO, DL (Madrid).

Montserrat i Codorniu, J. i Valls i Altimira, M. (1999). Indicadors de qualitat en el funcionament i en la gestió de les residències per a persones grans. Fundació Agrupació Mútua, DL (Barcelona).

Novell Alsina, R. (coord), Rueda Quillet, P. y Salvador Carulla, L. (2005). *Salut Mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual*. Guia pràctica para técnicos y cuidadores. Madrid. FEAPS.

Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2003). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación social, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza ensayo.

Verdugo Alonso, M.A. (2003). *Investigación, innovación y cambio*. V jornadas científicas sobre personas con discapacidad. Amarú ediciones. Salamanca, España.

-(2006). *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*. Amarú ediciones. Salamanca, España.

-(2009). *Mejorando resultados personales para una vida de calidad*. VII Jornadas científicas sobre personas con discapacidad. Amarú ediciones. Salamanca, España.

Verdugo , M.A. , Ibañez, A. y Arias, B. (2007). La escala de intensidad de apoyos (SIS): adaptación inicial al contexto español y análisis de sus propiedades psicométricas. *Siglo Cero: Confederación Española de Organización en favor de las personas con retraso mental* (Madrid), vol 38 (2), 222, 5-16.

Verdugo, M.A., Ibañez, A., Arias, B., Gomez, L. i Schalock, R. L.(2008). Escala Gencat: informe sobre la creació d' una escala multidimensional per avaluar la qualitat de vida de les persones usuàries dels serveis socials a Catalunya. Generalitat de Catalunya, Departament d' Acció Social i Ciutadania, DL (Barcelona).

Vilà Mancebo, A. (2009). Derechos y deberes de los profesionales en la nueva legislación de servicios sociales. *Revista de servicios sociales y política social* (Madrid), 86, 71-87.

### **Fonts electròniques**

[www.feaps.org/](http://www.feaps.org/)

<http://www.ccfundacions.org/>

<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

## **Altres**

Constitució espanyola (BOE núm. 311, de 29 de desembre de 1978).

Decret 284/1996, modificat pel 176/2000, de 23 de juliol, de regulació del Sistema català de serveis socials (DOGC núm. 3148, de 26 de maig de 2006).

Estatut d'autonomia, 2007. Llei orgànica 6/2006, de 19 de juliol (BOE núm. 172, de 20 de juliol de 2006).

Llei 25/2010, del 29 de juliol, del llibre segon del Codi civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família, DOGC núm. 5686, de 02-08-2010, p. 61162-61260.

Llei 12/2007 de regulació de serveis socials (article 86.3), on es fa la promoció dels valors i les bones pràctiques relatives a la ètica en l' àmbit dels serveis socials.

Ordre 16 de juny de 2010 (ASC/349/2010, de 16 de juny , del Departament d' Acció Social i Ciutadania) publicat al DOGC nº 5656 de 23 de juny de 2010 vers la creació del Comité d' Ètica dels Serveis Socials de Catalunya (CESSC).

Ordre ASC/349/2010, de 16 de Juny, del Comité d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya.

