

# MANUAL DE ORIENTACIÓN DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA

1. CARTA DE BIENVENIDA

2. LA PLANTA DE REHABILITACIÓN

3. OBJETIVOS

4. NECESIDADES

5. PERSONAL

6. HERRAMIENTAS PARA LA CONTINGENCIA DE CUIDADOS

7. PROTOCOLOS EN EL SERVICIO DE RH

8. ACTIVIDADES DIARIAS DE LA AS DURANTE LA SEMANA

9. NIVELES DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE

10. CRITERIOS DE CANCELACIÓN DE CAMAS

# **ÍNDICE**

- 1. CARTA DE BIENVENIDA**
- 2. LA PLANTA DE REHABILITACIÓN**
- 3. OBJETIVOS DEL SERVICIO**
- 4. REGISTROS Y GUÍA DE CUMPLIMENTACIÓN**
- 5. PERSONALIZACIÓN DEL SERVICIO: ENFERMERA REFERENTE**
- 6. HERRAMIENTAS PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS**
- 7. PROTOCOLOS EN EL SERVICIO DE RH**
- 8. ACTIVIDADES DIARIAS DE LA AE DURANTE LA SEMANA**
- 9. NIVELES DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE**
- 10. CRITERIOS DE CANCELACIÓN DE CAMAS**

## **1. CARTA DE BIENVENIDA.**

Estimado/a compañero/a:

Bienvenido/a la unidad de hospitalización de Rehabilitación.

Con el fin de que te adaptes a nuestra metodología de trabajo, lo mejor y lo antes posible, te proporcionamos este manual, con toda la información que creemos que te será de utilidad, sobre todo en los primeros días tras tu incorporación.

En él aparecen los objetivos de la unidad para este año, y los diferentes registros con los que te encontrarás, y que debes saber cumplimentar correctamente.

Los protocolos generales del HUVR, y los específicos del HRT, puedes consultarlos en la unidad y/o intranet.

Te informamos también, que contamos con formación en servicio, de carácter periódico, y que seguro se adaptará a gran parte de tus necesidades. Esperamos contar con tu colaboración en dicha formación, y aceptamos cualquier sugerencia que tengas sobre ella.

Estamos seguros que cualquier compañero/a estará dispuesto/a a ayudarte en todo lo que necesites. De todas formas, dirígete a mí siempre que lo necesites.

Un cordial saludo.

Enfermera Supervisora: Ana Eva Granados Matute

## **2. LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN**

Vas a trabajar en una unidad de Neurorehabilitación. Atendemos a pacientes que proceden de UCI, urgencias u otros servicios del hospital, y pueden estar afectados por los siguientes procesos:

- Lesión medular (paraplejia, tetraplejia) en su fase aguda, o bien reingresos por alguna complicación derivada de su patología.
- Traumatismo Cráneo Encefálico (TCE) Grave.
- ICTUS que habiendo pasado su fase aguda en el Servicio de Neurología, ingresan en nuestra unidad para continuar tratamiento rehabilitador.

La unidad consta de 17 camas repartidas en 6 habitaciones dobles (102, 104, 106, 108, 110 y 112) y 5 individuales (114, 116, 118, 120 y 122)

**3. Objetivos del servicio**

<b>OBJETIVOS DE ENFERMERIA EN LA UGC . 2012</b>					
<b>DIMENSIÓN</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>LIMITE SUP.</b>	<b>LIMITE INF.</b>	<b>FUENTE</b>	
<b>ACTIVIDAD ASISTENCIAL</b>	Profesional de enfermería de referencia por paciente hospitalizado	80	90	Auditoría de Historias	
<b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Monitorización y registro de UPP, ITU, caídas y flebitis	0	1	Informe de la UGC	
<b>No ligados a CRP</b>	Personalización de la atención: Asignación enfermera referente Realización de valoración inicial, Implementación plan de cuidados estandarizado. Emisión de documento para continuidad de cuidados Identificación y valoración de las cuidadoras de pacientes dependientes	100%	100%	Auditoría de Historias	

#### **4. REGISTROS Y GUÍA DE CUMPLIMENTACIÓN.**

En la unidad disponemos de los siguientes registros:

- Grafica.
- Valoración Inicial.
- Planes de Cuidados Estandarizados.
- Hoja de evolución de cuidados.
- Registro de la hoja de valoración de aptitudes y experiencia previa de la cuidadora evaluación y seguimiento.
- Informes de Continuidad de Cuidados.

También disponemos de toda la documentación referente a la guía de cumplimentación de cada uno de estos registros.

#### **5. PERSONALIZACIÓN DEL SERVICIO: ENFERMERA REFERENTE.**

La personalización de los cuidados es un objetivo prioritario del SSPA que tiene como línea de acción "Asignar los pacientes de las unidades de hospitalización a cada enfermera en función de sus competencias y de la complejidad de los cuidados que requieren, para que actúe como referente durante todo su proceso hasta asegurar la transferencia a su enfermera de AP en el alta..." (Cuidarte. Estrategia para los cuidados en Andalucía del siglo XXI, Pág. 20).

En la unidad de hospitalización del servicio de Rehabilitación del HRT se dispone de un Plan Funcional de asignación con las siguientes normas:

- Se evitará la asignación de pacientes al enfermero que se encuentre en el turno nocturno.
- Podrá realizarse asignación el día previo al primer turno diurno a pesar de encontrarse de descanso y el día de descanso entre un diurno y otro.

El TURNO FIJO DE MAÑANA:

- No recibirá asignación los sábados o víspera de festivo.
- Si podrá realizarse asignación el domingo por la tarde o festivo.

#### EL TURNO DE *REFUERZO* o *PERSONAL EVENTUAL*:

- Asumirá como Referente a los pacientes del enfermero al que supla por vacaciones, *ILT*, descansos programados, etc. Siendo tutelado por el resto de los compañeros si se trata de un profesional de reciente incorporación en el servicio.

#### LAS TITULARES DE UNA *REDUCCIÓN DE JORNADA*:

- Serán Enfermeras Referentes y las sustitutas de la reducción serán colaboradoras de los mismos pacientes, siempre que se garantice la continuidad de cuidados (1) en función de la cadencia de su turno.

#### En función de las estancias medias:

- En el caso de pacientes con estancia inferior a 48 h (no tienen criterio de asignación de Enfermera Referente), la enfermera que recibe al paciente en su turno debe realizar la Valoración Inicial y activar el PC, salvo en el caso del Enfermero del Turno Fijo de Noche, que realizará la Valoración Inicial y activará el PC de los pacientes que ingresen entre las 21h y las 24 h.

En los ingresos se tendrán en cuenta las habitaciones asignadas a cada enfermero:

- Cuando se confirme la cama a admisión, como norma general, se procurará ingresar al nuevo paciente en una habitación de la zona geográfica de su enfermero referente.
- Si no es posible el ingreso en la zona geográfica del enfermero referente, los profesionales del turno se distribuirán de manera equitativa a los pacientes ingresados en ese momento en la planta.

La enfermera colaboradora respetará el plan de cuidados establecido por la enfermera referente, consultándole antes de modificarlo o justificándole los cambios que emprenda con carácter urgente.

La realización del Informe de continuidad de cuidados de los pacientes que lo precisen corresponde a su enfermero referente que ha de cumplimentarlo con

antelación suficiente. La enfermera colaboradora lo revisará y/o completará, firmándolo en el momento en que se produzca el alta si su enfermero está ausente.

En la unidad existe un panel donde se refleja la habitación, nombre del paciente, enfermero y auxiliar referente, fisioterapeuta que lo trata y si baja a plano o no.

---

(1) Evaluará el Plan de Cuidados todos los días de su jornada laboral.

## 6. HERRAMIENTAS PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

Para lograr la continuidad de cuidados contamos con las siguientes herramientas:

- Informe de Continuidad de Cuidados. Los criterios para la realización del ICC son:
  - a. Edad (> 65 años).
  - b. Curas (herida quirúrgica, úlceras, retirada de puntos, ...)
  - c. Enfermedades crónicas (diabetes, HTA, paciente oncológico...)
  - d. Tratamientos de riesgo (anticoagulados, diuréticos,....)
  - e. Aislamiento Social (vivir solo, con otro > o = 65 años, o con minusválidos, ...)
  - f. Limitación funcional/ Barthel < 60 (Falta de autonomía en la actividades de la vida diaria).
  - g. Limitación Cognitiva/Pheiffer > o =5 (salud mental, alteraciones neurológicas,...).

Debe cumplir dos o más criterios para la realización del ICC.

- Recomendaciones al alta del paciente, disponemos de las siguientes:
  - a. Ictus.
  - b. TCE Grave.

Se entregarán con tiempo suficiente para que el paciente y/o familiar, puedan leerlas y consultar cualquier duda que les surja. Dicha entrega, quedará registrada en la "Hoja de evolución de cuidados".

- Habrá que contactar con la Enfermera de Enlace de Atención Primaria, por medio de llamada telefónica ante los siguientes casos:
  - a. Pacientes inmovilizados por motivo funcional y/o por deterioro cognitivo (Barthel < /= 60 y/o Pheiffer > /= 3).
  - b. Pacientes crónicos con reagudizaciones frecuentes.
  - c. Pacientes en situación Terminal con necesidad de cuidados paliativos.
  - d. Personas que requieren para su tratamiento y cuidados de tecnología avanzada en el domicilio.
  - e. Cuidadores principales de todos ellos.
- Telecontinuidad de cuidados, la Consejería de Salud ha puesto en marcha SALUD RESPONDE, para satisfacer las necesidades de información y servicio

de ciudadanos y profesionales sanitarios. Para ser incluido en el seguimiento de telecontinuidad de cuidados, el usuario ha de cumplir con dos requisitos:

- a. Tener teléfono.
- b. Aceptar su inclusión para el seguimiento.

Además los criterios para su inclusión son:

- a. Ser mayor de 65 años, vivir sólo, padecer dos o más enfermedades crónicas, y al menos, uno de los siguientes criterios: tomar cinco fármacos o más, presentar limitación funcional, o presentar deterioro cognitivo.
- b. Estar incluidos en el supuesto anterior aunque no vivan solos pero vivan con otra persona mayor de 65 años.
- c. Persona menor de 65 años, que presente dos o más enfermedades crónicas, tomen cinco o más fármacos, y cumpla alguno de los dos siguientes criterios: limitación funcional; o, deterioro cognitivo.
- d. Persona que presente, al menos, uno de los siguientes criterios: finalización de tratamiento de quimioterapia ese día; necesidad de cuidados paliativos, en un permiso de fin de semana.

Se les informará, que en caso de irse de alta el fin de semana, festivos y vísperas de estos, del servicio de seguimiento telefónico por Centro de Información y Servicios (CEIS) Salud Responde y en caso que lo autorice, se realizará el registro de la hoja de valoración estandarizada incluida en el entorno WEB.

## **7. PROTOCOLOS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION.**

### **- Admisión del paciente:**

- Recepción del paciente.
- Acompañaremos al paciente y a su familia a la habitación indicada.
- Informaremos al paciente y familia sobre horarios de visita, normas de régimen interno, características y servicios disponibles en el centro hospitalario, etc.
- Haremos la cama y le proporcionaremos los utensilios de aseo personal, así como pijama o camisón.
- Colocar el termómetro, vaso y servilletas.
- Le mostraremos el medio físico, así como la correcta utilización de timbres, luces y demás elementos del mobiliario.
- Entrega de Tríptico informativo.

### **- Alta del paciente:**

- Informar del alta al paciente y/ o familiares.
- Retirar la ropa de cama y todo lo utilizado por el paciente.
- Limpieza de cuñas y palanganas.
- Limpieza del sistema de aspiración y de oxigenoterapia, cambiando humidificador si se ha utilizado.
- Retirada del termómetro
- Avisar al servicio de limpieza.
- Colocar la cama y la habitación para recibir un nuevo ingreso.

### **- Protocolo de estreñimiento:**

Este protocolo será aplicado a todos los pacientes ingresados en los que en su valoración inicial presenten alteración de los patrones de:

- Eliminación, con los diagnósticos de Riesgo de/ Estreñimiento y/o C. P. Íleo Paralítico.
- Actividad/ejercicio, con diagnóstico de Deterioro de la movilidad física y/o C. P. Íleo Paralítico.

Se tendrá en cuenta el patrón habitual, entendido como frecuencia/días o nº deposiciones/día antes de hablar de estreñimiento instaurado.

## CRITERIO DE RESULTADOS:

Se pretende prevenir el estreñimiento de los pacientes hospitalizado y/o solventar los problemas de eliminación intestinal detectados al ingreso. Para ello se establece un criterio de resultado para el paciente mensurable con la escala de likter:

Eliminación intestinal (0501): mantener la capacidad el tracto gastrointestinal para formar y evacuar heces de forma efectiva.

Se utilizarán los siguientes indicadores:

### 1. Para la prevención:

- cantidad de heces en relación con la dieta (050104).

### 2. Para el estreñimiento instaurado:

- facilidad de eliminación de las heces (050112)
- eliminación fecal sin ayuda (050121).

## ACTIVIDADES:

Se realizarán las siguientes intervenciones de enfermería dependientes o independientes:

### 1. Para la prevención:

Manejo intestinal (0430): Establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular.

Actividades:

- Pautar reguladores intestinales (Duphalac, Emuliquen, Plantaben,...) en desayuno y cena desde el día del ingreso.
- Pactar con el enfermo la ingesta de una dieta rica en fibras.
- Recomendar al paciente la ingesta de 1,5 a 2 litros de líquido diarios si no existe contraindicación médica (cardiopatía, nefropatía,...).

### 2. Para el estreñimiento instaurado:

Manejo del estreñimiento o impactación (0450): Prevención y alivio del estreñimiento/impactación.

Actividades (1):

- Administrar micro enema o supositorio de glicerina, si no está contraindicado (hemorroides) y permanece sin defecar durante 2 días.

(1) Se tendrá en cuenta el patrón habitual. Si la frecuencia es diaria se seguirán los pasos enumerados y si no las actividades se demorarán ajustándolas a dicho patrón

- Administrar enema con sonda rectal si persiste el estreñimiento durante 3 días (1).
- Realizar la desimpactación (tacto rectal) si el enema no es efectivo y así se precisa.

Estas actividades, como norma general, se realizarán en el turno de tarde.

#### REGISTRO:

En la hoja de evolución se dejarán anotados:

- Dieta pactada si procede.
- Características de la deposición (cantidad y calidad de las heces).
- Aparición de complicaciones (distensión y dolor abdominal, defecación dificultosa, disminución o ausencia de ruidos intestinales,...).
- Eficacia de los reguladores intestinales.
- Administración de micro enema o enema.

Con este protocolo se pretende prevenir y/o solventar los problemas de eliminación intestinal detectados en los pacientes hospitalizados en la unidad de COT con limitación de la movilidad y/o inmovilidad prescrita.

Se tendrá en cuenta el patrón habitual, entendido como frecuencia/días o nº deposiciones/día antes de hablar de estreñimiento instaurado.

#### 1. Actividades:

- Primer día: reguladores intestinales (duphalac, plantaben o emuliquen), c/12 horas. pueden ser administrados a pacientes diabéticos (consultado con endocrino).
- Segundo día: supositorio de glicerina y/o micralax, (si no está contraindicado por hemorroides, fisura anal o estrechez de esfínter).
- Tercer día: enema casen.
- Cuarto día: enema casen, con sonda rectal y desimpactación (tacto rectal) si procede.

1. Observar abdomen: si aparece distensión, timpanismo o ausencia de peristaltismo,(ruidos intestinales), comunicar al enfermero/a para su registro y aviso a su médico responsable (íleo paralítico).

2. Registrar en hoja de evolución de enfermería.

---

(1) No se añadirá medicación alguna por vía rectal salvo prescripción médica expresa. No se administrará enema inmediatamente antes del acto quirúrgico.

Este protocolo, se llevará a cabo en turno de tarde, siempre que el paciente no presente alguno de los signos anteriormente descritos (punto 2).

Si por alguna razón no se cumple este protocolo, el motivo se dejará anotado en la historia clínica del paciente.

### **PROTOSCOLOS A SEGUIR EN LOS LESIONADOS MEDULARES**

#### **- Reeducción intestinal**

Todos los Lunes, Miércoles y Viernes se darán al paciente medular dos comprimidos de Dulco-Laxo en el desayuno. Por la tarde, a las 16h, se le pondrán dos canuletas de Adulax. Se le realizará tacto rectal para comprobar que la ampolla rectal está vacía, dato que se registrará en la hoja de observaciones del paciente.

Aunque el paciente haya obrado el día anterior, hay que ponerle los Adulax por la tarde.

#### **- Reeducción vesical**

A todos los pacientes medulares que tengan sondaje vesical permanente, se les cambiará la sonda vesical cada 10 días y se les cursará un urocultivo y un sedimento de orina coincidiendo con ese cambio de sonda. En cada cambio de sonda se les colocará una bolsa de circuito cerrado para evitar manipulaciones y posibles infecciones.

El cambio de sonda se registrará en la gráfica de la historia clínica, en la hoja de tratamiento del paciente, así como en su evolución enfermera y en el registro de Control de Infecciones de Tracto Urinario.

Desde el momento en que se inicie la reeducación vesical, bien pinzando y despinzando la sonda vesical cada 4 horas o bien mediante la realización de

sondajes vesicales intermitentes, se comenzará una restricción de líquidos al paciente, que tomará un máximo de 1'5l – 2l de líquidos repartidos durante las 24h del día (dentro de estos se incluyen café, leche, zumos, caldos, etc.).

La pauta de sondajes intermitentes puede ser cada 6 horas, cada 8 horas ó cada 12 horas según prescripción facultativa.

La diuresis recogida en cada sondaje intermitente se registrará en la hoja de sondajes que existe en la unidad.

### **- Medias antiembólicas**

A todos los pacientes medulares ingresados en la unidad se les colocarán medias antiembólicas, salvo que exista una prescripción facultativa que indique lo contrario.

Las medias se encuentran en la lencería de la unidad con un metro para hacer las mediciones y escoger la talla.

Las medias se colocan y retiran según los horarios de protocolo de la unidad.

Colocar: 13h – 18'30h – 24h

Retirar: 16h – 21h – 8h

### **- Prevención de úlceras por presión**

A todos los pacientes medulares ingresados en la unidad se les colocarán almohadas de descarga para prevenir las úlceras por presión. Estas almohadas se colocarán de forma distinta dependiendo que el paciente sea parapléjico o tetrapléjico.

Además se realizarán cambios posturales según los horarios establecidos. Se darán 2 cambios posturales durante la mañana, 2 cambios posturales durante la tarde y 1 o 2 cambios posturales durante la noche, dependiendo de las circunstancias del paciente.

\*A todos los pacientes medulares se les colocará una almohada antiequino en los pies para prevenir la aparición de pie equino.

### **- Registros de úlceras por presión**

A todos los pacientes de la unidad, medulares o no, que presenten una o varias úlceras por presión se les abrirá una hoja de registros de úlceras estandarizada, donde se registrarán las medidas, estadíos, la unidad de procedencia, etc.

### **- Aerosolterapia**

Con frecuencia, el paciente medular ingresado en nuestra unidad es portador de traqueostomía y presenta problemas respiratorios agudos durante su ingreso.

Diariamente se realizarán los cuidados y limpieza de traqueostoma y cánula.

Se administrarán aerosoles y fisioterapia respiratoria (clapping y/o vibrador) por turno a los pacientes que así lo tengan prescrito y a aquellos que por su sintomatología los precisen.

Todo ello será registrado en la hoja de evolución enfermera del paciente.

## **8. ACTIVIDADES DIARIAS DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA PLANTA DE REHABILITACIÓN.**

### **TURNO DIURNO EN HORARIO DE MAÑANA**

- Recibir las incidencias del turno anterior de forma oral y escrita.
- Sacar las dietas enterales del frigorífico para administrar a temperatura ambiente.
- Preparar el carro de la ropa para iniciar el aseo del paciente.
- Tomar la temperatura a los pacientes anotándolo en la hoja de incidencias del turno (pincho).
- Repartir y colocar las dietas enterales, teniendo en cuenta las ayunas para pruebas complementarias.
- Comenzar el aseo de los pacientes asignados por orden de prioridad. Primero aquellos que tengan alguna prueba o intervención, que se vayan de alta a primera hora o que bajen a plano. El equipo formado por la enfermera, la auxiliar y el celador debe trabajar de forma coordinada.
- Los colectores de orina se cambian a diario durante el aseo.
- Las bolsas de orina de circuito cerrado se vacían antes de comenzar el aseo.
- Lunes, miércoles y viernes se les lava la cabeza a todos los pacientes.
- Incidir en la necesidad de observar e hidratar correctamente zonas de presión de la piel.
- Tras el baño se deja al paciente en decúbito supino si tiene que bajar a plano, de no ser así se coloca en decúbito lateral.
- Una vez finalizado el aseo se revisan las habitaciones .Vasos de aspiradores, de oxígeno, sondas de aspiración. Batas, guantes y desinfectantes para manos, etc.
- A continuación se limpian y reponen los carros de curas, se guarda la lencería, se coloca la farmacia, se envía material a estéril, se repone la unidad, se guarda almacén, etc.
- A las 13h se reparten las bandejas de comida y las dietas enterales.
- Tras la comida se vuelve a dar cambio postural a todos los pacientes revisando pañal y bolsa de orina.
- -Escribir incidencias en gráfica y hoja de enfermería.

## **TURNO DIURNO EN HORARIO DE TARDE**

- Tomar la temperatura a los pacientes y anotar en pincho.
- Sacar las dietas enterales de la merienda del frigorífico.
- Preparar carro de la ropa para los cambios.
- A las 16h, junto con el celador y la enfermera, se inician los cambios posturales y se levantan a los pacientes que lo tengan prescrito. Se revisan pañales, bolsas de orinas y se hidrata zonas de presión.
- Lunes, miércoles y viernes se seguirá protocolo de eliminación de pacientes medulares (en carpeta) y se valorará junto con la enfermera la necesidad de administrar laxante a otros pacientes.
- Colocar dietas enterales.
- Reponer material del control de enfermería y recoger material de estéril, si lo hubiese.
- A las 19h volver a dar cambio postural, revisar pañales y bolsas de orina, hidratar la piel de los pacientes y acostar a aquellos que se levantaron.
- Cada dos jueves, revisar el carro de parada junto con la enfermera y firmar la hoja de control (ver cuadro situado encima del carro).
- Recoger las altas y preparar la habitación para nuevos ingresos (protocolo en carpeta).
- Escribir incidencias en gráfica y hoja de enfermería, dejando constancia de la efectividad de los laxantes administrados.

## **TURNO NOCTURNO**

- Recibir el cambio de forma oral y escrita.
- Repartir las bandejas de la comida y las dietas enterales.
- Informar a pacientes y familiares de la ayunas que haya previstas para el día siguiente.
- Preparar el carro para repartir leche, yogures, etc.
- De 22h a 24h dar los cambios posturales con el celador.
- Revisar a todos los pacientes cambiando el pañal y acomodándolo para el descanso nocturno.
- Colocar en decúbito supino si no hay otra indicación, UPP por ejemplo.

- Colocar nuevos contenedores de dieta a los pacientes con dieta continua por SNG. Asegurarse de que se acaba el anterior contenedor antes de poner el nuevo.
- Respetar el descanso nocturno en las dietas por SNG de aquellos pacientes que lo tengan prescrito.
- En caso de pacientes que lo precisen, por ejemplo UPP y en mal estado, se les dará cambio postural a las 4h.
- Reponer unidad.
- Escribir incidencias en gráfica y hoja de enfermería.

**NO OLVIDES TENER EN CUENTA QUE:**

- Los pacientes que atendemos poseen un alto riesgo de padecer úlceras por presión por lo que debes realizar los cambios posturales con la máxima pulcritud en cuestión de horarios y de corrección. Se deben dejar libres las zonas de presión manteniendo una correcta alineación corporal y velando por la comodidad del paciente.
- Se debe ser cuidadosa en mantener las sábanas y la piel del paciente seca, cambiándolo cuantas veces sea necesario.
- Insistir a los pacientes reacios o que los toleren mal, la necesidad y el beneficio de los cambio posturales, si es necesario se les dará más a menudo.
- En caso de que se nieguen a ellos o a levantarse, dejarlo reflejado en la hoja de enfermería.
- Colocar medias antiembólicas a los pacientes medulares (protocolo en carpeta) en el horario establecido. Si se las pone la familia, controlar el correcto procedimiento.
- Cumplir el protocolo de laxantes en pacientes medulares, siempre, hayan o no hecho deposición. Se trata de que el paciente adquiera un hábito intestinal.
- En nuestra unidad realizamos una labor muy importante de enseñanza a los familiares de todos aquellos cuidados básicos que precisa el paciente, en vista a que cuando se produzca el alta sepan atenderlo de la mejor forma.
- Favorecer la permanencia del familiar en la habitación mientras proporcionamos los cuidados al paciente, para que se vaya familiarizando con

ellos y dar las explicaciones que sean necesarias a la vez que se le anima en la participación de los cuidados.

- La auxiliar de enfermería responsable de cada paciente realizará la captación de la cuidadora o cuidador principal y hace un seguimiento de sus avances en los conocimientos de los cuidados (carpeta de cuidadoras) anotándolo en el registro que existe para ello e incluyéndola en la historia.

## **9. NIVELES DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE.**

### **NIVEL 1**

- Escasa dependencia de enfermería.
- Puede valerse por sí mismo.
- En estudio o pendiente de intervención.
- Mínimo tratamiento y medicación.
- Constantes de rutina.

### **NIVEL 2**

- Síntomas subagudos.
- Enfermedades crónicas.
- Restricción en las actividades.
- Precisan de ayuda física.
- Tratamiento y medicación moderados.
- Post-quirúrgico en recuperación.

### **NIVEL 3**

- Total dependencia de enfermería.
- Inmovilizado.
- Incontinente.
- Frecuente observación.
- Tratamiento y medicación abundante.
- Necesidades emocionales.
- Desorientación importante.
- Inconsciente, con estabilidad.
- Politraumatizado en recuperación.

### **NIVEL 4**

- Requiere cuidados intensivos constantes.
- Continua observación.
- Requiere medidas rápidas, para salvar la vida.
- Tratamiento y medicación constantes.
- Manifestación inminente de: hemorragia, hipotensión, colapso, apnea, paro cardíaco,.....

## **10. CRITERIOS DE CANCELACIÓN DE CAMAS.**

Los criterios para cancelar una cama en la unidad de REHABILITACION son:

- a. Aislamiento prescrito por su médico u otro facultativo (infecciosos, medicina interna, etc.).
- b. Demencia u otras patologías que imposibiliten la convivencia con otros pacientes.
- c. Situación social/cultural que dificulten la convivencia con otros pacientes.
- d. Imposibilidad física de la cama (avería de esta).

Toda cancelación será comunicada al Supervisor de la unidad, para su conocimiento y aprobación así como al servicio de admisión.