

EL PROYECTO “DESATAR AL ANCIANO Y AL ENFERMO DE ALZHEIMER” EN ANDALUCIA. INTERVENCIÓN EN UN CENTRO DE MAYORES.

Vicente Pérez Cano

❖ Introducción:

La intervención en Andalucía nos ha aproximado al problema que nos ocupa en su contexto más real, el de las residencias y el de las familias que cuidan a sus propios mayores en casa. Este primer acercamiento nos ha abierto los ojos, poniendo de manifiesto la ausencia de motivación, cuando no reticencias, entre los mismos profesionales o responsables de los centros, en relación con este tema.

Hace aproximadamente un año, contactamos con los representantes de los cuatro grupos principales de residencias, en la Comunidad Autónoma Andaluza, a saber:

- ✓ Centros públicas
- ✓ Centros privados con fines lucrativos
- ✓ Centros de iniciativa social variada: ONGs, cooperativas..
- ✓ Centros sin fines lucrativos (asociados en LARES)

Todos juntos, suponen en torno a 400 centros, de distinto tipo. En principio el estudio se realiza sólo en los centros de LARES, en esta primera fase. De los 135 centros de este colectivo se realizó un muestreo, para realizar un primer estudio de prevalencia en 29 centros, de los cuales sólo se pudo recabar la información de veinte. Los restantes no encontraron el tiempo necesario para recoger los datos solicitados. Finalmente, la intervención integral se realizó de forma experimental en uno de estos centros.

En este pequeño grupo de centros y en sus profesionales hemos encontrado un importante grado de receptividad. Para ellos, según nos manifiestan, la primera fase de “Desatar al anciano...” ha supuesto el *descubrimiento de una necesidad latente que requiere sensibilización y formación para cambiar las pautas de comportamiento actuales*.

También se han recogido casi un centenar de encuestas de opinión de los propios familiares que cuidan a sus mayores en casa. Poco, si entendemos que el 90 % de esas encuestas han sido recogidas en una de las ocho provincias andaluzas, y que hay 74 asociaciones de Familiares de Alzheimer en toda Andalucía.

Estos primeros datos hablan por sí mismos y nos sugieren que el uso de restricciones físicas o químicas en el cuidado de las personas mayores, hoy por hoy, es un asunto que requiere una intervención urgente, al menos en Andalucía, por las razones que recogemos brevemente en el siguiente apartado.

❖ Razones que justifican la necesidad de una intervención

De entrada nos ha impactado el ostracismo manifestado por algunas residencias o, mejor dicho, de sus representantes. Esto nos hace sospechar al menos cierto interés en que no se sepa la realidad cotidiana. Incluso es posible que, más que el que “no sepan otros”, esa especie de rechazo consista en no saber “nosotros mismos”.

Es decir, no enterarnos de lo que sucede. Algo así como si se tuviera conciencia de que es posible que estemos haciendo algo mal pero no quisiéramos destapararlo.

Sin embargo, la intención de toda intervención en este campo, para nada pretende poner en evidencia, sino mejorar la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Y para llegar a esa mejora es necesario conocer antes la realidad de lo que estamos haciendo. Por otra parte, estamos convencidos que cuando accedan a una intervención como la que ya se ha realizado en un centro, tanto las instituciones como los profesionales se alegran de que se les ilumine una realidad tan cotidiana como desapercibida en el cuidado de los mayores dependientes.

La realidad que hemos encontrado está marcada por el desconocimiento de este asunto como problema. Existe una falta de conciencia generalizada de que el uso de sujeciones puede ser excesivo, problemático, erróneo... Ni siquiera hemos encontrado conciencia de que las sujeciones puedan ser utilizadas de una forma más racional. Simplemente se utilizan, sin más. Abundando en algunos matices de esta perspectiva encontrada, diremos lo siguiente:

- ✓ El porcentaje de uso de estos instrumentos está muy por *encima de la media de otros países*.
- ✓ *Se usan como algo "normal"*: en general, los profesionales no parecen tener conciencia de que a veces se pueden estar usando indebidamente.
- ✓ Sin embargo *en raras ocasiones existen protocolos* que regulen la casuística en la que el uso de sujeciones está recomendado, del mismo modo que tampoco está determinado de quién o quienes depende la decisión de usarlos.
- ✓ Es una necesidad recogida y *orientada por la industria geriátrica*, principalmente, bajo los criterios comerciales: aunque inicialmente la fabricación de instrumentos homologados para las sujeciones físicas, supuso un avance sobre el uso de medios más rudimentarios que se venían utilizando, no deja de ser un factor de riesgo el hecho de que las empresas que comercializan estos artilugios tienen un fin último: vender más. Habrá que reconocer que su lícita finalidad tiene un alto riesgo de entrar en colisión con la humanización de los cuidados en el terreno que nos movemos, por lo que es posible que estén colaborando también en el uso excesivo de las sujeciones físicas.
- ✓ Muchas veces *se utilizan incorrectamente*: se ha constatado que con frecuencia se utilizan indebidamente para solucionar problemas que se pueden resolver con otros medios menos agresivos.
- ✓ Aunque los familiares cuidadores parece que utilizan menos estos instrumentos, también es cierto que muchos *se dejan llevar* por lo que en los centros especializados en material geriátrico les aconsejan para dar solución a los problemas de los cuidados. Por ello, parece que también necesitarían al menos ciertas orientaciones para mejorar su uso.

❖ **Intervención integral en un Centro:**

Tras el estudio de prevalencia realizado en los 20 centros de LARES, indicados anteriormente, se hace una intervención integral, tipo piloto o muestra, en uno de ellos. El centro elegido fue la Residencia San Juan de la Cruz, de Córdoba. La intervención se realiza en diciembre de 2004.

El objetivo de la intervención consistía en “formar en sujeciones” y, en concreto, “hacer un diagnóstico organizativo y metodológico (de desempeño) que permitiera asesorar al Centro y diseñar un programa de racionalización del uso de sujeciones, realizable y con posibilidades de éxito. Para ello, se realizaron las siguientes acciones:

- ✓ Breve charla de **presentación del programa** y adelanto de algunos detalles de la intervención a realizar.
- ✓ **Entrevistas** con: director, supervisores, personal técnico asistencial, personal de atención directa y otros profesionales que pudieran tener relación con el uso de las sujeciones.
- ✓ **Revisión documental:** para valorar la existencia de protocolos, historias clínicas de residentes, sistemas de información, registros de información relacionados con las caídas, tipos de sujeciones utilizados, causas para usarlas, personas de las que dependía la decisión de utilizar o no sujeción y qué tipo, valoración e intervención ante las caídas, alertas de los cuidadores, etc.
- ✓ **Observación directa:** consistente en realizar una visita guiada por todo el Centro, a distintas horas, para conocer visualmente informaciones de interés para la intervención. Del mismo modo una visita no guiada, por las instalaciones de la residencia.
- ✓ **Formación:** Dirigida a todo el personal de atención directa, por ser los que tienen un mayor porcentaje de influencia en el uso de las sujeciones. Se realizaron varias sesiones, a distintos horarios, para poder llegar a la mayor parte del personal, adaptándose a sus turnos de trabajo.

El tiempo dedicado a esta intervención duró dos días y medio.

Realizada la intervención, y pasados ocho meses, la opinión de los profesionales de esta residencia se sintetiza en los siguientes puntos:

- “Gracias a la información recibida todo el personal está cada vez más concienciada respecto al uso correcto de sujeciones”.
- “Nos ha orientado para no tomar decisiones rápidas, fáciles y cómodas para el profesional, que pueden resultar perjudiciales para el mayor”
- “Hemos tomado conciencia de que la toma de decisiones corresponde a todo el equipo interdisciplinar, por ello desde entonces consensuamos cada actuación en este tema”
- “Cuando es posible, se acuerda también con el propio residente y se tiene en cuenta la opinión de la familia”.

- “Ha significado para nosotros un despliegue de ideas para facilitar la gestión y el registro de todas estas medidas”.
- Y sobre todo, les ha ayudado a sistematizar la observación de lo que sucede en torno a cada caída, para establecer un protocolo de intervención adecuado a sus circunstancias:

Desde octubre de 2004 se produjeron 189 caídas, según distintas causas:

REGISTRO DE CAIDAS DESDE OCTUBRE DE 2004 A SEPTIEMBRE DE 2005		
Debidas a RESBALONES	Humedad en el suelo	20
	Escalón o rampa	4
	Uso de zapato	5
	Al intentar sentarse en una silla	2
	Pisar alimento, jabón o residuos	0
	Resbalarse en la silla	12
Debidas A TROPEZONES	Irregularidad en el asiento	10
	Enredar el pie en tela, plástico o cuerda	1
	Pie de otra persona	6
	Meter pie en hoyo	3
	Con bastón o andador	1
	Silla, cama, mesa, sillón	6
	Alfombra, tapete	0
	Irregularidad en terreno	1
Debidas a PERDIDA DE EQUILIBRIO	Empujón	2
	Mareo	24
	Disminución de fuerza en las piernas	17
	Alcohol	0
	Alteración de conducta	27
Debidas a OTRAS CAUSAS	Disfunción de la vejiga	25
	Hipoglucemia	1
	Fractura espontánea	4
	Ansiedad	10
	No conocidas	8

Gracias a esta minuciosa recogida de datos se ha llevado a cabo el **“protocolo de gestión y riesgo de caídas”**, cuyos aspectos fundamentales son los siguientes:

- En primer lugar, se identifican de manera individual los factores de riesgo de caídas de cada residente y se elaboran pautas individuales de intervención para prevenirlas.

- Si se produce la caída, se procede valorando en primer lugar las lesiones físicas y problemas médicos agudos así como el tratamiento indicado para ello; en segundo lugar, se anota en el *Registro de caídas* todos los datos necesarios para su estudio y se elabora una *Historia Individual de Caídas* del residente en concreto, con el fin de identificar causas o factores comunes.
- Se valoran factores de riesgo de caída, movilidad del residente, diagnóstico diferencial de la caída y factores de riesgo identificados en cada caída.
- Se llevan a la práctica estrategias de intervención para disminuir el riesgo de caída.
- Se realiza el seguimiento para determinar si las intervenciones han tenido éxito.
- Se repite la evaluación si el residente continúa cayéndose, así como se repetirán las valoraciones de manera periódica.

De forma paralela a todo este proceso, y de forma cotidiana, el centro identifica zonas o factores ambientales de riesgo de caídas y los relaciona con otros factores individuales de riesgo como la edad, el grado de dependencia, el uso de fármacos, el uso mismo de las restricciones físicas y antecedentes de caídas repetitivas.

DISTRIBUCIÓN DE RESIDENTES POR EDADES		
<i>EDAD</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>%</i>
90-99	12	14
80-89	47	57
70-79	20	24
60-69	4	5

El 71 % de los residentes tienen más de 80 años y el 43 % superan los 85 años. En la tabla siguiente, vemos que en torno al 66 % son independientes para la movilidad. Sin embargo son asistidos, es decir, necesitan cuidados para las actividades de la vida diaria el 72,3 % de los residentes, lo cual es un factor de riesgo importante para las caídas.

NIVELES DE INDEPENDENCIA		
<i>FECHA DE REGISTRO</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>%</i>
Noviembre 2004	55	66
Enero 2005	58	70
Marzo 2005	52	63
Mayo 2005	55	66
Agosto 2005	54	65
Octubre 2005	56	67

En cuanto al uso de fármacos:

- o 23 residentes toman hipnóticos
- o 3 residentes toman también antipsicóticos
- o 2 residentes toman sólo antipsicóticos

13 residentes sufren algún trastorno de conducta más o menos leve.

El uso de restricciones físicas se recoge en el siguiente cuadro:

USO DE RESTRICCIONES FISICAS				
<i>FECHA</i>	<i>CINTURÓN EN SILLA</i>	<i>CINTURÓN EN CAMA</i>	<i>CINTURÓN EN AMBOS</i>	<i>BARANDILLA</i>
Noviembre 04	10	14	5	32
Febrero 05	8	8	5	35
Abril 05	8	8	5	34
Junio 05	9	7	4	33
Septiemb. 05	9	7	5	33

Tras esta intervención integral en una residencia se han observado dos fenómenos tan curiosos como esperanzadores:

- ❖ Han disminuido el uso de sujeciones, especialmente en cuanto al uso de cinturones se refiere, en un 43 % en el caso de cinturón de cama y un 20 % en los cinturones de silla.,
- ❖ Han disminuido el número de caídas, como se puede observar en el cuadro siguiente, aproximadamente a la mitad de los valores observados hace un año.

REGISTRO DE CAIDAS		
<i>FECHA DE REGISTRO</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>%</i>
Noviembre 2004	24	13
Diciembre 2004	23	12
Enero 2005	18	10
Febrero 2005	16	8
Marzo 2005	15	8
Abril 2005	14	7
Mayo 2005	15	8
Junio 2005	12	6
Julio 2005	15	8
Agosto 2005	13	7
Septiembre 2005	12	6
Octubre 2005	12	6

Estos resultados nos hacen pensar que lo sucedido en esta residencia, puede realizarse en otras. Por ello tenemos ya elaborada una propuesta que, comenzando por el cien por cien de las residencias de LARES en Andalucía, llegue, con el tiempo, a afectar a la totalidad de centros de mayores de la Comunidad Autónoma.

4. Propuesta de intervención de futuro:

Todo esto nos hace concluir, afirmando que:

- ✓ Se ha demostrado que los profesionales y responsables de los Centros tienen un desconocimiento generalizado de este problema.
- ✓ Se ha demostrado que la intervención realizada es eficaz porque transforma la actitud de los trabajadores hacia estas prácticas, haciéndose más autocríticos respecto al procedimiento actual y más flexibles para el cambio.
- ✓ Los resultados han demostrado que la intervención mejora los resultados de calidad de vida y humanización de los cuidados.
- ✓ Desde los 20 centros que han participado en la primera fase del estudio, hasta los 126 asociados en LARES, quedan aún muchos centros de esta Asociación Andaluza de residencias del sector solidario que necesitan intervención.
- ✓ Incluso a nivel particular, los cuidadores informales necesitan también una información que les permita racionalizar el uso de las sujeciones.

Por tanto, las líneas de intervención que proponemos, se amparan sobre tres estrategias fundamentales:

- ❖ **divulgación** de esta necesidad, dar a conocer...
- ❖ **sensibilización** para el cambio de actitudes y
- ❖ **formación** a los profesionales.

Y los objetivos a conseguir se sintetizan en:

Objetivo General:

Disminuir el uso de sujeciones en los cuidados a las personas mayores.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar sobre las consecuencias del uso de sujeciones en las personas mayores.
- Proponer procedimientos alternativos al uso de sujeciones, menos agresivos, pero más eficaces, respecto a los problemas que se pretenden solucionar con los distintos tipos de sujeciones.
- Formar en cada centro, al menos dos personas que se responsabilicen de formar a su vez al personal de su centro.
- Cuantificar dos veces al año el uso de sujeciones en cada centro y compararlo con datos promedios.
- Devolver a cada centro la información sobre los datos anteriores, para que vea su propia evolución.
- Realizar unas Jornadas Andaluzas destinadas a profesionales de la gerontología, para sensibilizar hacia la disminución en el uso de sujeciones.

DISTRIBUCIÓN DE RESIDENCIAS DE LARES, POR PROVINCIAS

	Número de plazas				Total de usuarios
	0-25	26-50	51-100	+100	
ALMERÍA	1	3	5	0	224
CÁDIZ	3	7	3	0	510
CÓRDOBA	1	10	10	5	1762
GRANADA	5	7	7	1	1033
HUELVA	5	6	7	0	761
JAÉN	1	3	3	0	372
MÁLAGA	1	3	5	0	494
SEVILLA	9	18	6	0	1253
Total usuar.					6409
Total resid.	26	57	46	6	