

PLAN DE ACOGIDA COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

MARIA JESÚS GARCÍA LEÓN

II CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE GRANADA

"Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado"

PLAN DE ACOGIDA COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Autor principal MARIA JESÚS GARCÍA LEÓN

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática PROYECTOS EUROPEOS E IBEROAMERICANOS EN LA GESTIÓN DE RIESGOS Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL

Palabras clave GERONTOLOGÍA SEGURIDAD APOYO FAMILIAR PLAN DE ACOGIDA

» Resumen

Los Centros Residenciales se están convirtiendo progresivamente en una alternativa para dar respuesta a las necesidades de las personas mayores y su entorno. El ámbito residencial se ha convertido en un espacio idóneo para la intervención, la prevención y la promoción de una vida saludable en este grupo de edad.

El ingreso en una residencia está considerado un momento de transición que significa un cambio muy importante en el ciclo de la vida. Trasladarse a un medio residencial implica rupturas de tipo afectivo, materiales y de posición social. La persona pasa de un medio protegido, dejando espacios conocidos, posesiones personales y rutinas, a un medio hostil desconocido, en que debe adecuarse a la vida institucionalizada, caracterizada por su gran heterogeneidad y con una serie de normas más homogéneas. El residente tendrá que enfrentarse a nuevos sonidos, nuevos olores, informar de ciertas cuestiones íntimas, acomodarse a vivir en un espacio reducido en muchos casos compartido, acostumbrarse a escenas perturbadoras, a la desnudez ajena, y a la muerte. Todos estos cambios hacen que el paciente se incorpore a un ambiente altamente inseguro aumentando el riesgo de sufrir un accidente durante su período de adaptación en el que será su nuevo hogar.

Del análisis de los datos de este estudio surge la necesidad de elaborar un Plan de Acogida al residente con el objeto de aumentar su seguridad, disminuyendo los riesgos asociados al momento de su ingreso y durante toda su estancia en el centro.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El desarrollo del plan fue realizado en un Centro Residencial que ofrece alojamiento y atención especializada a 180 usuarios válidos y asistidos. También cuenta con el servicio de de estancia diurna para 40 usuarios más.

Las estancias para los usuarios están distribuidas en una planta baja y en las plantas primera y segunda principalmente, con 132 habitaciones individuales con baño, 16 habitaciones individuales con baño compartido y 16 habitaciones dobles también con el servicio de baño incorporado. Se ha procurado diseñar entornos más humanos, reconocibles, familiares y cálidos siendo el modo de proteger la natural sensación de vulnerabilidad que produce el medio institucional, ante el que los usuarios adoptan una actitud defensiva.

En la planta baja se albergan las zonas de uso común y convivencia como recepción, comedor principal, cocina, salas de estar, TV plasma, salón polivalente con escenario, rehabilitación, biblioteca con diversos puestos con conexión a Internet, cafetería, terapia ocupacional, capilla, podología, peluquería, video llamada (residente con domicilio del familiar), zona hospitalaria, despachos médico y de enfermería, entre otras instalaciones.

Las áreas exteriores del complejo cuentan con zonas de aparcamiento, zonas verdes, paseos y diversas instalaciones acondicionadas para el ocio, como las salas de petanca, ajedrez y damas, entre otras opciones para el tiempo libre.

La elaboración de este Plan de Acogida al Residente surge como medida para proporcionar la conveniente calidad ambiental procurando realizar una adecuada distribución de los recursos disponibles para, además de cuidar las condiciones básicas de habitabilidad e higiene, poder establecer las correspondientes medidas, intervenciones y actividades que aporten identidad y seguridad personal (personalización y familiaridad del entorno), y en consecuencia adaptar el ambiente de los ancianos institucionalizados proporcionando seguridad.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

La mortalidad por accidentes de todo tipo se ha calculado en un 5% a nivel mundial y las variaciones se presentan en la morbilidad según edad, sexo y tipos de accidentes, siendo el hogar el sitio más frecuente de éstos (Glizer 1993). Alrededor de 355 de las personas mayores de 65 años que viven en su comunidad y hasta un 50% de los ancianos institucionalizados en centros geriátricos sufren caídas, como mínimo una vez al año. A pesar de la elevada prevalencia de caídas en la población geriátrica más de 505 no producen lesiones, 1 a 2% produce fractura de cadera y en 55 producen lesiones graves (Lipsitz 1993). La prevalencia de caídas puede estar estudiada de distintas maneras: por las muertes, las lesiones, hospitalizaciones, las fracturas, pero es claro que están subdiagnosticadas. Además, pueden provocar el llamado Síndrome Post-caída que provoca secuelas psicológicas tan discapacitantes como una fractura de cadera (Molina 2002).

El ingreso del residente puede ser vivido como un momento crítico de estrés psicosocial. Es en los primeros meses de estancia donde aparecen situaciones desadaptativas que se manifiestan mediante una serie de componentes subjetivos de bienestar, como la satisfacción (estado cognitivo), alegría (estado emocional) y felicidad (combinación de ambos). La presencia de estos componentes junto a la depresión

o ansiedad, hacen que la seguridad del usuario sea especialmente vulnerable durante este periodo.

Para el desarrollo de este programa, se ha diseñado un cronograma de trabajo con dos fases diferenciadas: 1. Estudio de casos; 2. Diseño y Elaboración del Plan de Acogida.

El objetivo principal es aumentar la seguridad de los ancianos residentes, proporcionando un entorno seguro que contribuya a disminuir el número de accidentes.

Los objetivos específicos generales incluyen:

1. Describir las causas, características y determinantes de los accidentes en los ancianos que residen en nuestro centro.
2. Facilitar la adaptación de la persona mayor al centro, mediante la elaboración de un Plan de Acogida al Residente
3. Integrar la familia como un elemento fundamental en el Plan de Acogida al Residente

Para la fase de Estudio de casos, se diseñó un estudio descriptivo transversal aplicado con la finalidad de evaluar las características de los accidentes en ancianos, durante el periodo de un año. Se ha obtenido información sobre el comportamiento de los accidentes por edad, sexo, hora, día, fecha de ingreso, lugar donde ocurrió el accidente, causa externa de la lesión y destino. El análisis de 1.250 casos de accidentes, en todas las edades arrojó que 72,8 % ocurrieron durante el periodo de adaptación del anciano a la residencia. Al investigar la morbilidad en ancianos durante el período en estudio se evidenció que de los 910 casos registrados durante el periodo de adaptación, el sexo femenino tiene la mayor morbilidad en todos los grupos de edad, siendo la edad media entre los ancianos de 82,05 años, con una desviación estándar de 6,98. Estos datos se asemejan a los encontrados por Lee, Wong y Lau en 1999 quienes examinaron las características de accidentes en personas mayores. Lee, Wong y Lau determinan la edad media en 75 años, con una frecuencia de 66% del sexo femenino. El estudio descriptivo realizado por Pacios y Salazar en 1999 sobre accidentes domésticos ocurridos durante un año en Medicina Familiar determina que en los accidentes domésticos predominan las contusiones por caídas, lo que apoya los resultados encontrados en nuestro estudio, donde las caídas se encontraron en primer lugar como causa externa de accidente en los residentes estudiados, para todos los grupos de edad. Los accidentes se originan con mayor porcentaje entre las 6 de la mañana y la hora del mediodía con 44%, en segundo lugar el horario entre las 12 y las 6 de la tarde. Estos datos son similares a los encontrados por Lee y Kim en 1999 en un estudio que trataba de determinar las características, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en todas las edades de Seúl y cuyos resultados determinan que la mayoría de los accidentes en el hogar ocurrieron en el día. Carter et al. (2002) evaluaron 429 ancianos a través de una entrevista sobre los accidentes en las cuatro últimas semanas y respecto al sitio del cuerpo afectado, reportaron en primer lugar extremidades inferiores y en segundo lugar extremidades superiores. Datos que se corresponden con nuestro estudio que determina que los sitios más afectados fueron miembros superiores con 38%, en segundo lugar la cabeza con 28% seguido por las extremidades inferiores con 18%.

Fase de Diseño y Elaboración del Plan de Acogida. En una primera aproximación se analizó la documentación existente y confeccionando el borrador inicial, esto arrojó como resultado un borrador que sigue el esquema perfilado y que recoge las transcripciones, resúmenes o adaptaciones de partes seleccionadas de los distintos manuales sobre los que se trabajó. Posteriormente se procedió a un periodo de discusión del documento base, recogida y ordenación de propuestas, sometiéndolas a revisión crítica. Por último se ha redactado el Plan de Acogida, adaptado a la realidad y consensuado en sus formulaciones básicas.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

El Plan de Acogida diseñado es el resultado por un lado del estudio realizado sobre accidentalidad en el anciano institucionalizado y por otro lado del esfuerzo del conjunto de personas que, día a día, desarrollan su actividad en el medio residencial y que por tanto, como buenos conocedores de las aproximaciones y desviaciones de los principios básicos que deben regir la asistencia, han aportado sus opiniones y han participado directamente en su elaboración.

De la revisión de la bibliografía y los resultados obtenidos se desprende que el grado de adaptación del nuevo residente dependerá de cómo se desarrollen las siguientes variables: Preparación previa al ingreso del usuario; Estado físico y psíquico del paciente; Interés o desinterés en el ingreso; Tipo de Acogida y características del centro; Mayor o menor duración del ingreso; Grado de Apoyo familiar; y Profesionalidad del equipo de asistentes.

De igual forma se describen como factores que influyen en la adaptación las relaciones interpersonales fluidas y afectivas del residente con el resto de residentes y profesionales del centro; Implicación y participación de las familias en las actividades y vida del centro; y de la participación e integración de residente en las actividades sociocomunitarias.

De todo lo anterior se deriva que las medidas de intervención para la adaptación del nuevo residente a la institución han de iniciarse antes del ingreso y deben continuar durante toda la estancia, prestando especial atención a los primeros meses. En todas las intervenciones diseñadas el usuario debe ser atendido por el profesional de enfermería para apoyarle y atender sus necesidades. Se han clasificado en las siguientes Fases: Preparación para el ingreso; Ingreso en el centro; Periodo de adaptación; Integración, definiendo en cada una de ellas las actividades a desarrollar y el personal encargado de ellas.

El usuario tendrá que sentirse integrado en un entorno que le ayude a percibir sensaciones de seguridad y afecto, para ello la labor del profesional tiene que dar respuesta a las deficiencias existentes desarrollando y organizando actividades cotidianas que faciliten la integración en el medio, responder a las necesidades de comunicación, diálogo y compañía; y facilitar el acceso a servicios y recursos que cubran sus necesidades sociales.

Con este Plan de Acogida al Residente pretendemos conseguir la plena integración en el centro, así como la consecuente implicación familiar para conseguir un entorno seguro que disminuya en número y contribuya a la prevención de los accidentes de los ancianos institucionalizados.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

El plan de acogida elaborado no es un documento cerrado. Pretendemos que esté abierto a posteriores reelaboraciones, en función de los cambios que se vayan experimentando en la práctica asistencial, en respuesta y adaptación a las necesidades cambiantes de los usuarios residentes. Lógicamente, el proceso abierto en torno a la elaboración de un manual constituye una ocasión inmejorable para el oportuno reciclaje del personal.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

El protagonismo lo tienen las personas usuarias y sus familiares que, corresponsablemente con los equipos profesionales deben asumir los cuidados consensuadamente, con el más riguroso respeto a las voluntades y principios éticos de todos los intervinientes. El éxito del Plan de Acogida diseñado depende de las actuaciones desarrolladas por el personal de enfermería de la residencia conjuntamente con los usuarios de nuevo ingreso y su familia. La adaptación del residente no sólo depende de sí mismo sino también de su familia, del personal y del propio entorno institucional. Debemos pues plantear propuestas de acogida que tengan en cuenta las potencialidades de la familia y que permitan involucrarla en el proceso de acogida y de atención del residente individualizado, transmitir a la familia cual es la situación de su familiar y definir cuales son las responsabilidades de la misma en el proceso de atención. Es fundamental transmitir a la familia y a la persona mayor, entre otros, los siguientes valores:

- El centro es un nuevo hogar para la persona mayor. Por esto la ambientación de la casa es familiar y las relaciones que se establecen entre el personal y las personas mayores son cordiales, amables y respetuosas, persiguiendo no solo la individualización de la atención sino también la personalización de la misma.
- El centro está especialmente abierto a la participación de la familia con respecto a las atenciones a su familiar, las decisiones sobre él, que hace falta tomar, con la máxima flexibilidad de visitas y con espacios específicos para su participación.
- El centro respeta y potencia la autonomía de cada persona mayor, trabaja con cuidado la personalización de la atención, genera tanto cómo puede espacios de privacidad.
- El centro facilita y potencia la salida de las personas al exterior.

» Propuestas de líneas de investigación.

Para periodos posteriores deben desarrollarse estudios que evalúen la disminución de accidentes y la protección de los nuevos residentes de acuerdo a las medidas aplicadas en la guía de acogida. Se estable por tanto un mecanismo de mejora tras esta evaluación para modificar aquellos aspectos en mejora de la calidad de nuestros usuarios.