



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador



TRABAJO DE TITULACIÓN

SUBMODALIDAD: CAPITULO DE LIBRO

TEMA:

**CENTROS DE CUIDADO DEL ADULTO MAYOR: ESTRATEGIAS PARA UNA
ATENCIÓN SEGURA.**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MAGISTER EN GESTIÓN DE CALIDAD
EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

DIRECTOR:

MÓNICA AMPARO GARCÍA GARCÍA

AUTOR:

MARÍA CRISTINA GUERRERO RODRÍGUEZ

QUITO, 2023

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las políticas y manuales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y estos de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas políticas.

Asimismo, cedo los derechos en línea patrimoniales de mi trabajo de titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción dentro de las regulaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombre: María Cristina Guerrero Rodríguez

Cédula: 0105226534

Lugar y fecha: Quito, 17 enero de 2024.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi familia, quienes me han acompañado y apoyado en cada momento, gracias a ellos he logrado convertirme alcanzar mis objetivos. Además, le dedico este trabajo a la persona que durante este año ha sido mi apoyo incondicional, sus palabras de aliento me permitieron llegar a este momento tan esperado.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios por las oportunidades, a mi familia por hacer posible que mis sueños se cumplan, a mis docentes, por sus enseñanzas, han sido un ejemplo claro de profesionalismo y amor por su trabajo.

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	1
ÍNDICE GENERAL.....	2
ÍNDICE DE TABLAS	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. METODOLOGÍA.....	8
3. DESARROLLO	9
Centros de cuidado del adulto mayor	17
Estrategias para una atención segura	18
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	27
5. BIBLIOGRAFÍA	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Porcentaje de adultos mayores por edad a nivel mundial.....	9
Tabla 2 Porcentaje adultos mayores por sexo y grupo de edad a nivel mundial	9
Tabla 3 Años de vida ajustados a discapacidad.....	15
Tabla 4 Años de vida vividos con discapacidad	16
Tabla 5 Disposición del personal en los centros asistenciales de atención prolongada	22

RESUMEN

Actualmente existen escasos centros especializados que se dedican a la atención del adulto mayor, es por esta razón que es importante que estos centros se vayan incrementando a fin, de ir incorporando al adulto en la sociedad, garantizándoles un envejecimiento saludable, para lo cual ha sido importante a través de esta investigación, conocer y aplicar estrategias que garanticen una atención segura a este grupo poblacional.

Tomando en cuenta que la redistribución poblacional ha marcado el inicio de una futura crisis sanitaria, debido a las bajas tasas de natalidad y mortalidad, las cuales han dado lugar a un aumento de la población de sesenta años para arriba, cuyo proceso biológico de envejecimiento conlleva al deterioro físico y mental, exigiendo cuidados y atención permanente de estos pacientes.

De esta manera, es importante considerar las estrategias investigadas en el presente trabajo, las cuales están direccionadas en la prevención de eventos adversos, a fin de evitar el incremento de tasas de morbilidad y costes de atención hospitalaria, tomando en cuenta que en algunos años este grupo dominara la población, y las autoridades deberán realizar proyectos para la creación de más centros asistenciales del adulto mayor.

ABSTRACT

Currently there are few specialized centers that are dedicated to the care of the elderly, it is for this reason that it is important that these centers increase in order to incorporate the adult into society, guaranteeing healthy aging, for which it has been It is important through this research to know and apply strategies that guarantee safe care for this population group.

Taking into account, that population redistribution has marked the beginning of a future health crisis, due to the low birth and mortality rates, which have given rise to an increase in the population aged sixty or older, whose biological aging process entails to physical and mental deterioration, requiring permanent care and attention of these patients.

In this way, it is important to consider the strategies investigated in the present work, which are directed at the prevention of adverse events, in order to avoid the increase in morbidity rates and hospital care costs, taking into account that in some years this group will dominate the population, and the authorities will have to carry out projects to create more care centers for the elderly.

1. INTRODUCCIÓN

El reto del mundo moderno es lograr que la población adulta pueda envejecer de manera saludable, conservando al máximo su individualidad y capacidad para realizar actividades diarias, al mismo tiempo que genera confianza, dignidad y valor a su vida (Iglesias et al., 2016).

A nivel mundial se estima que el 9% de la población total, corresponde a los adultos mayores, con una proyección de crecimiento para el año 2050 del 16%, debido al declive de la tasa de fertilidad y de la tasa de mortalidad, puesto que, con esto incremento la esperanza de vida sobre todo en el sexo femenino relacionado con altos índices de muerte prematura en el sexo masculino a causa de accidentes automovilísticos y conflictos sociales, e incluso la migración internacional que han reestructurado las pirámides poblacionales en varios países y regiones (Al-Hajj et al., 2022; Naciones Unidas, 2022).

En este sentido, el problema de redistribución poblacional se inició en países asiáticos con altos ingresos como Japón, pero al momento se está haciendo evidente en países de ingresos medianos y bajos (OMS, 2022).

Por esta razón no se debe subestimar el efecto potencial del cambio poblacional, ya que, al incrementar la población adulta mayor, también lo harán los problemas relacionados a estos, sobre todo si se considera los procesos biológicos degenerativos que se producen con la edad, los que aumentarán las tasas de morbilidad, mortalidad y costes de atención si es que no existe una intervención correcta (Álvarez et al., 2008; Bradley, 2011; Muñoz et al., 2015; OMS, 2021).

En consecuencia, la humanidad ha optado por realizar proyectos para crear y realizar la regulación de organismos los cuales brinden atención a este grupo poblacional, mediante programas de protección social, atención médica y cuidado (OMS, 2022).

De esta manera, el presente estudio se enfocará únicamente en los centros de atención en donde los adultos mayores pueden quedarse a vivir durante el tiempo de vida que tengan ya que son centros residenciales, dejando de lado el resto de las modalidades como son los centros de día, servicios de teleasistencia y cuidados domiciliarios, adicionalmente se detallarán las estrategias para una atención segura, considerando los principios y responsabilidades del personal de asistencia médica.

2. METODOLOGÍA

Investigación bibliográfica que incluye de manera exclusiva datos abiertos y/o públicos.

3. DESARROLLO

Los adultos mayores son aquellos que por definición presenta una edad mayor a 60 años (Valera, 2016). Este puede considerarse adicionalmente como sano, si no presenta ninguna patología adicional; adulto enfermo, si presenta una patología aguda o crónica; adulto en riesgo, si a más de cumplir con la edad, tiene una enfermedad, vive solo y tiene problemas sociales (Gallo & Morillo, 2016). A un adulto mayor se lo describe como un ser vulnerable, con un riesgo permanente tanto psicológico, físico, social e incluso espiritual (Astudillo et al., 2017).

En 2022 la población adulta mayor a nivel mundial es fue de alrededor de 761,273 millones, y 88.6 millones en el Caribe y América Latina (CEPAL, 2022) representando el 13.4% del total. Así mismo en Europa existe 144,326 millones de adultos equivalente al 20.3% y Asia con 440,664 millones 29.1% (Naciones Unidas, 2022).

Tabla 1 Porcentaje de adultos mayores por edad a nivel mundial

Edad	Porcentaje
Mayores de 65 años	9.6%
Mayores de 70 años	6.1%
Mayores de 75 años	3.6%
Mayores de 80 años	2.0%
Mayores de 85 años	0.9%
Mayores de 90 años	0.3%

Fuente: Naciones Unidas, 2022

Tabla 2 Porcentaje adultos mayores por sexo y grupo de edad a nivel mundial

HOMBRES	
Edad	Porcentaje
Mayores de 65 años	8.5%
Mayores de 70 años	5.2%
Mayores de 75 años	2.9%
Mayores de 80 años	1.5%
Mayores de 85 años	0.6%
Mayores de 90 años	0.2%
MUJERES	
Edad	Porcentaje
> 65 años	10.8%
>70 años	7.1%
>75 años	4.3%
>80 años	2.4%
>85 años	1.1%
>90 años	0.4%

Fuente: Naciones Unidas, 2022

Se estima que, dentro de 10 años, 1 de cada 6 personas será mayor a 60 años, con un aumento del total de la población a 2000 millones para el 2050, triplicándose la población mayor de 80 años, con una concentración sobre todo en países de medianos y bajos ingresos (Dueñas et al., 2020; OMS, 2022). Sin embargo, estos cambios se visualizan en países de Latinoamérica desde el 2015, lo que demuestra que el ritmo acelerado de envejecimiento con respecto a otras regiones del mundo, en Chile la

población adulta representa un 10,6%, en Paraguay un 5,9 %, en Colombia un 7,9%, en Uruguay un 14,5 %, en El Salvador un 7,8% y en Ecuador un 6.5% (CEPAL, 2022; Failache et al., 2022; INEC, 2023).

En Europa los países con mayor porcentaje de adultos mayores son: Italia con 23.0%, Portugal 22.3%, Finlandia 22.1%, Grecia 21.9%, Bulgaria 21.2%, Alemania 21.5%, Croacia y Malta 20.8%, Francia 20.3%; mientras que en Asia el mayor porcentaje de adultos mayores se encuentra en Japón con un 28.0%, convirtiéndolo en el país mayor población adulta mayor a nivel mundial (Koop, 2021).

Debido a estos cambios es necesario que el sistema sanitario se prepare, con programas preventivos para evitar eventos adversos teniendo en cuenta los cambios que se dan durante la vejez, la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año dos mil veinte, inició la estrategia llamada Década del Envejecimiento Saludable en las Américas que va desde el año 2021 al 2030 (Naciones Unidas, 2022) la cual integra la participación de organismos internacionales, gobiernos, sociedades civiles, profesionales sanitarios, catedráticos y sector privado en la búsqueda de generar iniciativas que permitan mejorar la salud de las personas adultas mayores (OPS & OMS, 2023).

Es importante, determinar que un envejecimiento saludable es busca mejorar la capacidades físicas y mentales debido a que durante esta etapa se producen una acumulación de daños a nivel molecular y celular, reducción de las capacidades mentales y físicas, mayor riesgo de desarrollar una enfermedad y, por último, la muerte (OMS, 2022).

El envejecimiento es un proceso que todo ser humano experimentará de forma progresiva en el que hay una pérdida de las capacidades de adaptación a los cambios (Lara et al., 2011). Durante este proceso de envejecimiento alrededor de 25-30% de células que componen varios órganos se pierden predisponiendo al desarrollo de enfermedades degenerativas y crónicas, esto sumado a los factores individuales y genéticos de cada individuo, puede determinar la rapidez de este proceso en cada persona, convierten a muchos adultos mayores en seres dependientes de terceros (Álvarez et al., 2010).

Se considera que este proceso es universal dado que ningún ser humano está exento de padecerlo, además de ser paulatino pues avanza con el tiempo, mostrando diferencia entre una persona y otra, es importante saber distinguir particularidades que se presentan con el envejecimiento como son los cambios en la manifestación de muchas enfermedades, así como los mecanismos de compensación del cuerpo (Álvarez et al., 2010). Durante este periodo se produce una pérdida gradual de densidad ósea que incrementa las posibilidades lesiones que limiten la deambulaci3n, con consiguiente pérdida muscular (Chalapud & Molano, 2023).

Por tal motivo, en el 2020 Asamblea General de la ONU, propuso una iniciativa para mejorar vida de los adultos, y su relaci3n familiar y la comunitaria (OPS & OMS, 2023).

Al mismo tiempo es indispensable tomar en cuenta las condiciones propias del envejecimiento inherentes al ser humano que comprometen su plano social, psíquico y biológico, predisponente de generar dependencia al momento de realizar actividades diarias, debido a cambios como: pérdida de la coordinaci3n y equilibrio, disminuci3n

movilidad de articulaciones, pérdida de músculo y calcio en los huesos, alteraciones visuales, etc., exigiendo la generación de entidades encargadas o especializadas en el cuidado de esta población.

Todo esto con la finalidad de evitar brechas al acceso de cuidados de salud, el conocimiento de las necesidades propias de esta población, permite reestructurar las organizaciones sanitarias con la finalidad de generar una atención centrada en las y los adultos mayores, se debe tener en cuenta que en la Región de las Américas a partir los 60 años aumentan las discapacidades, en países como República Dominicana y Uruguay el 45% de adultos presentan algún tipo de limitación funcional (Esteve & Zueras, 2021; OPS, 2023).

Así mismo, en Ecuador y Venezuela un 20 % y Brasil con el mayor porcentaje un 60%, si los cambios poblacionales siguen avanzando, observaremos que un gran número de personas presentarán discapacidad a nivel global, es por esto que se debe comenzar a enfocar en estrategias que mejoren las condiciones físicas y psíquicas de estos pacientes y promuevan un envejecimiento seguro (Esteve & Zueras, 2021; OPS, 2023).

De igual forma es importante tener en cuenta los cambios anímicos o emocionales que repercuten en la salud del adulto mayor, es fundamental mencionar por lo tanto el término soledad no deseada, tomando en cuenta la definición de soledad como un sentimiento que es ha sido causado por la diferencia que existe entre las características reales que se dan en la red social y las deseadas (Martín & González, 2021).

Por lo que se interpreta como un estado de sufrimiento de la persona por una escasa o nula interacción social en comparación con la que desearía tener.

En el año 2023, la Unión Europea estimó que alrededor de 30 millones de personas se sienten solas, en España alrededor de 13,4% de las personas sufren soledad no deseada, con un porcentaje mayor en el sexo femenino (14,8%) en comparación con el masculino (12,1%) (SoledadES, 2023).

La soledad no deseada no se relaciona con ningún grupo poblacional, estrato social o demás características socio demográficas, pero presenta un marcado número de casos en adultos mayores especialmente aquellos en estado de vulnerabilidad, debido a cambios en estructuras familiares, limitación funcional, reducción recursos económicos, condiciones de vida precarias, etc. (Cuesta et al., 2020; Porta & Pinto, 2021).

Según Cuesta et al., 2020, la soledad no deseada aumento el riesgo de enfermedades cardiovasculares, neurológicas, pulmonares, metabólicas y psicológicas, incluso afirma que el riesgo de desarrollo de Alzheimer se duplica, así mismo el estilo de vida se modifica reduciendo los hábitos de vida saludable e incrementando los hábitos negativos. Además, (Porta & Pinto, 2021) menciona que un nivel elevado de soledad se relaciona con la necesidad de institucionalización, aumento de niveles de morbilidad y mortalidad, reducción de la resistencia a desarrollar infecciones, déficit cognitivo, depresión, demencia y trastornos del sueño.

También, es indispensable mencionar el impacto de las infecciones por coronavirus a partir del año 2019 en la población adulta mayor, ya que el distanciamiento

social forzado ha aumentado considerablemente los casos de fragilidad y eventos adversos en la población adulta mayor por la interrupción de los sistemas de acompañamiento, ayuda y cuidado (Porta & Pinto, 2021).

Los pacientes que desarrollaron infecciones por coronavirus pueden mostrar secuelas a largo plazo de la enfermedad, cuyos síntomas tienen una duración variada de días, meses hasta varios años, dependiendo la gravedad de la infección primaria, que incluyen: déficit de atención, cefalea, alteraciones del sueño, taquicardia, disnea, mareos, parestesia, alteraciones del gusto y olfato (ageusia y anosmia), depresión, ansiedad (CDC, 2023).

Es decir, la pandemia, agravó la situación de la soledad no deseada que ya se presentaba en la población adulta mayor, además de incrementar de males de salud de estos pacientes.

Por consiguiente, debemos valorar los años de vida que nuestro paciente ha permanecido con una enfermedad, denominados AVAD y AVD (González, 2015).

Los primeros hacen referencia a la condición de sanitaria en la que se encuentra la población, combinando con la mortalidad la cual está relacionada con la enfermedad es decir que los años de vida se van perdiendo mientras va apareciendo la discapacidad, mientras que los segundo da a conocer que los años de vida sanos que pierde una persona tienen relación a la discapacidad (González, 2015).

Tabla 3 Años de vida que se ajustan a una discapacidad (AVAD)

Años de vida que se ajustan a una discapacidad	
65 – 69 años	937,8 por 100 000 habitantes
70 – 74 años	1.052, 9 por 100 000 habitantes
75- 79 años	1.185,2 por 100 000 habitantes
80 – 84 años	1.649,9 por 100 000 habitantes
+85 años	2. 626,6 por 100 000 habitantes

Fuente: OMS, Estimaciones de Salud Mundiales 2019

Tabla 4 Años de vida que se viven discapacidad (AVD).

Años de vida que se viven discapacidad	
65 – 69 años	493,5 por 100 000 habitantes
70 – 74 años	554,8 por 100 000 habitantes
75- 79 años	648,0 por 100 000 habitantes
80 – 84 años	797,7 por 100 000 habitantes
+85 años	1.131,9 por 100 000 habitantes

Fuente: OMS, Estimaciones de Salud Mundiales 2019

La OMS menciona que los adultos mayores no sufren cambios biológicos con el envejecimiento similares, cierto grupo sufre un deterioro mayor a edades tempranas, mientras que otros pueden conservar sus facultades físicas como psicológicas por muchos años, lo que se debe a condiciones que modifiquen su deterioro, ya sea

aumentándolo o reduciéndolo, algunos de estos son el entorno físico donde reside el adulto mayor, hábitos vida saludable, alimentación, actividad física, etc. (OMS, 2022).

Centros de cuidado del adulto mayor

Estos establecimientos han sido creados como espacios que albergan al adulto mayor de la comunidad, muchas veces en condiciones de vulnerabilidad, para brindarle una atención especializada que permita conservar sus capacidades biológicas, físicas y psicológicas (Navarro & Rodríguez, 2015).

La finalidad de estos centros por lo tanto es asegurar una atención elemental para un rendimiento adecuado del paciente durante el día, mejorando su independencia, así como mejorar sus relaciones interpersonales y reintegración a la sociedad (Fernández, 2011).

La mayor parte de adultos mayores ingresados en centros asistenciales son aquellos que se encuentran en un estado de dependencia, o presentan situaciones como enfermedades crónicas o debilitantes, conflictos familiares o abandono, que requieran una atención integral o servicios asistenciales de manera temporal o permanente, para ser atendidas según necesidades específicas.

Ante el aumento de esta población con altos niveles de dependencia y enfermedades crónicas, se vio la obligación de aumentar el número de instituciones tanto de ámbito público como privados, con diversas orientaciones de servicio que cubra la demanda de pacientes, es por esto que en el 2011, durante la cumbre Iberoamericana realizada en Paraguay, en la que participaron países como Chile, Argentina, Brasil, Uruguay, Ecuador, Paraguay, México y España, se creó la llamada Guía de Centros

Residencial para personas mayores en situación de dependencia, en donde se contemplan los distintos tipos de centros asistenciales ofertados, entre los que se encuentran: servicios de asistencia telemática, cuidados a nivel domiciliario, centros de día y residencias de larga estancia (Fernández, 2011).

Centros gerontológicos residenciales o establecimientos de asistencia social permanente, se encargan del cuidado del adulto mayor los 365 días, 24 horas al día, este tipo de atención se brinda a adultos mayores de 65 años, que no puedan ser cuidados por sus familiares, con la finalidad de otorgar un ambiente confortable y seguro, para permitir un envejecimiento sano, dentro de los servicios prestados se encuentra alimentación, atención médica, social, física y psicológica (Fernández, 2011; Guerrero et al., 2019).

Cabe indicar el propósito de esta guía es ser un modelo que oriente a la formación de centros a nivel de Iberoamérica integrando el ámbito social y sanitario, pero respetando los criterios organizativos de cada institución y las necesidades propias de la población (Fernández, 2011). A pesar de ello, el único punto fundamental que debe practicarse de forma general es garantizar la calidad de los servicios dentro dichos centros, definida por la OMS como un parámetro del impacto de la atención que generan las unidades clínicas con el empleo de evidencia científica probada que se extiende a nivel mundial (OMS, 2023).

Estrategias para una atención segura

Existe un gran número de estrategias encaminadas a garantizar la seguridad, según Guerrero et al., 2019 estas deben enfocarse en cubrir las necesidades propias de

esta población, con la consecuente disposición de recursos suficientes para garantizar resultados positivos.

1. Promover medidas enfocadas al envejecimiento activo

Realizar valoración geriátrica multidimensional e integral del adulto mayor, basada en la búsqueda de problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales (Delgado et al., 2018).

Evaluar del grado de dependencia y fragilidad mediante escalas, búsqueda de comorbilidades y síndromes geriátricos, diagnosticar posibles problemas de origen psicológico, estructurar un plan de atención individualizada para revertir efectos de la disminución funcional (Aliaga et al., 2016).

Instaurar planes de alimentación diaria que incluyan alimentos de origen animal, lácteos, verduras crudas o cocidas, que aporten zinc, hierro, vitaminas del grupo B, vitamina D, calcio, ácido fólico y sodio en poca cantidad, ingesta adecuada de agua y alimentos blandos en casos de problemas de dentición (Aliaga et al., 2016; Vilplana, 2017).

Promover la realización de actividad física durante 20 a 30 minutos diarios, 3 a 5 días a la semana, incluir ejercicios para mantener o incrementar la masa muscular, mejorar el equilibrio y balance dinámica, alternar ejercicio aeróbico, entrenamientos con pesas, tai chi y ejercicios respiratorios (Aliaga et al., 2016; Viteri, 2023).

Ejecutar cuidados de higiene individualizados de acuerdo al grado de discapacidad del adulto mayor, garantizar el aseo de la piel, cabello, uñas, piezas dentales y cavidades corporales, identificar posibles riesgos durante la intervención,

permitir al paciente la selección de vestimenta, peinado y maquillaje, fortalecer la autoestima del adulto mayor mediante la realización de actividades según su capacidad (Lara et al., 2011).

2. Ejecutar prevención primaria, secundaria y terciaria de patologías

Incorporar programas de “Prevención del desarrollo inicial de una enfermedad” (Celentano & Szklo, 2019), vacunación profiláctica contra la enfermedad neumocócica, influenza estacional, tétanos y difteria (García, 2010).

Implementar iniciativas de, “Detección precoz de una enfermedad existente para reducir la gravedad y las complicaciones” (Celentano & Szklo, 2019) tamizajes de detección de cáncer rectal, cuello uterino, mama, y próstata, glaucoma, hipertensión arterial, hiperlipidemia y osteoporosis a partir de los 65 años (Aliaga et al., 2016).

Diseñar medidas de prevención terciarias, “Reducción del impacto de una enfermedad” (Celentano & Szklo, 2019), rehabilitación de pacientes que sufrieron un Evento Cerebro Vascular.

3. Favorecer la comunicación, manejo de emociones y creencias de las personas mayores

Establecer una forma de comunicación asertiva con los adultos mayores, identificar mediante el nombre a cada paciente, evitar el uso de seudónimos, asegurar que el tono de voz sea adecuado para garantizar la comprensión de los mensajes, verificar que la información brindada se haya comprendido en su totalidad, emplear

signos paralingüísticos que indiquen interés en el mensaje que se transmite (Lara et al., 2011; SENAMA & MSP, 2009)

Implementar espacios de la reflexión sobre sentimientos y emociones, respetar pensamientos y creencias, compartir y garantizar prácticas y ritos religiosos (Lara et al., 2011).

4. Desarrollo de una organización integrada, moderna y segura para la prestación de servicios

Implementar espacios adecuados para la atención médica, recreativa y social del adulto, proporcionar instalaciones que permiten la deambulaci3n sin obstáculos, asegurar la adecuada iluminaci3n y señalética en todas las instalaciones, integrar estructuras adecuadas para el traslado de pacientes como rampas, ascensores, gradas con agarraderas útiles para los pacientes que no presentan un grado de discapacidad marcado y puede moverse por sí solo, pisos antideslizantes y servicios higiénicos con agarraderas de seguridad (Fernández, 2011; Guerrero et al., 2019).

Asegurar habitaciones individuales para cada paciente, puesto que el compartir estas con más de un adulto podría repercutir en su salud y generar inconformidad (Guerrero et al., 2019).

Garantizar espacios seguros para el almacenamiento de material t3xico cuya exposici3n pueda generar riesgo al paciente, generar áreas verdes amplias para el esparcimiento de los pacientes y acceso vehicular.

5. Fortalecimiento de las capacidades técnicas de los equipos interdisciplinarios

Establecer un equipo de profesionales con altos conocimientos y horas de capacitación en cuidados al adulto mayor, garantizar que el número total de personal satisfaga la demanda de pacientes de acuerdo, a las especificaciones técnicas correspondientes (Fernández, 2011).

Tabla 5 Disposición del personal en los centros asistenciales de atención prolongada

Perfil profesional	# adultos mayores			
	Cincuenta	Setenta y cinco	Cien	Ciento treinta
Director/a	-	1	1	1
Administrador/a	1	1	1	1
Psicólogo/a	1	2	2-3	3
Terapeuta ocupacional	1	2	2-3	3
Trabajador social	2-3	3-4	5	6
Médico/a	1	1	1	1
Enfermero/a	2-3	3-4	5	6
Cuidadores	5	7-8	10	13

Fuente: Guía de centros residenciales para personas mayores (Fernández, 2011)

Fomentar programas de formación y evaluación continua del personal, sobre todo aquellos que ejercen contacto directo con los pacientes, mejorar procesos de comunicación, empatía y relaciones afectivas, promover medidas de acompañamiento

emocional para evitar efectos negativos del desgaste físico y psicológico que conlleva el cuidado de un adulto mayor dependiente (Martínez, 2020).

Capacitar al personal nuevo en puntos fundamentales del manejo interinstitucional, procesos asistenciales y cultura de seguridad (Fernández, 2011).

6. Mejoramiento de procesos de atención para minimizar eventos adversos

Aplicar protocolos de notificación de eventos adversos bajo fundamentos de seguridad del paciente y prácticas seguras (Guerra & Ramírez, 2021).

Desarrollar medidas preventivas para evitar caídas en adultos mayores, evaluar riesgo de caídas con la aplicación del índice Caídas Downton, Escala de Morse o Modelo Hendrich II, capacitar al personal en prevención de caídas, agrupar a los pacientes según el riesgo de presentar una caída o emplear simbología para indicar el riesgo, instalar pasamanos en baños, pasillos y otras áreas de alto riesgo, proporcionar iluminación adecuada en todas las áreas, realizar ejercicios de fortalecimiento muscular y ejercicio de equilibrio (Enderlin et al., 2015; Morales, 2016).

Así mismo, eliminar problemas en los pies y calzado, retirar o minimizar el uso de medicamentos psicoactivos, prescribir dispositivos asistenciales en personas con problemas físicos y sensoriales, instaurar uso profiláctico de vitamina D, 800 unidades internacionales (UI)/día en pacientes con deficiencia o riesgos de caídas, aplicar manejo adecuado de la hipotensión postural (Enderlin et al., 2015; Morales, 2016).

Promover medidas de bioseguridad para la reducción de infecciones adquiridas en centros asistenciales, implementar un programa de lavado de manos de manos, desinfectar superficies con frecuencia, a fin de poder utilizar los Equipos de Protección

Personal (EPP) mientras dure el poder realizar los procesos invasivos o mínimamente invasivos, gestionar adecuadamente los desechos y residuos producidos en el establecimiento, evaluar la correcta clasificación de desechos en su punto de origen, proporcionar instalaciones para la recopilación de residuos y almacenamiento final (Arpí et al., 2019; Guerra & Ramírez, 2021).

Garantizar acciones para reducir la recurrencia de úlceras de presión provocadas por la fricción o cizallamiento de la piel con una superficie rígida, aplicar cambios de posición cada 2 horas a los pacientes, implementar el uso de superficies especiales que eviten la fricción como colchones anti escaparas o colchones de aire, realizar la correcta hidratación de la piel con vaselina o vitamina A, evaluar el riesgo de ulceración con la escala de Norton o Barden (Arpí et al., 2019).

Desarrollar programas de seguimiento terapéutico, mediante sistemas de prescripción electrónica, indicar medicamentos para el tratamiento de patologías crónicas y agudas, considerando el tratamiento más eficaz y con menores efectos secundarios, reducir la polifarmacia y evitar fármacos que interactúen entre sí, realizar una verificación cruzada al momento de administrar cualquier tipo de fármaco a un adulto mayor para evitar confusión de pacientes, establecer procedimiento de almacenamiento de fármacos según su riesgo, preparación, vía de administración, aplicar correctos durante la administración de medicación, educar a los residentes sobre su medicación (Arpí et al., 2019; Casas et al., 2016; MSP, 2016).

7. Implementación de un modelo de gestión de calidad

Es importante que en los centros de cuidado del adulto mayor se incorporen un modelo de gestión basado en la normativa ISO 9001, para garantizar la calidad, aumentar la complacencia del cliente, manejar adecuadamente riesgos y buscar oportunidades de crecimiento, en base a los enfoques de la normativa ISO, cuyos requisitos complementan a los servicios ofertados (*ISO 9001, 2015*).

Es decir, los centros asistenciales pueden regir su creación y funcionamiento en la guía de centros residenciales creada por el Programa Iberoamericano, pero además pueden integrar una normativa ISO para garantizar la eficacia de su organización y servicios.

Implementar sistemas de documentación de información, correctamente evidenciada para la mejora de procesos y su correcto cumplimiento, garantizar control de cambios y actualizaciones de la información. Establecer y mantener una infraestructura adecuada que incluya instalaciones, equipos de transporte, equipos tecnológicos de información y comunicación. Gestionar la utilización de recursos para la adquisición, mantenimiento y mejora de equipos (Fernández, 2011; *ISO 9001, 2015*).

Así mismo, asegurar la contratación de personal altamente calificado y competente, basado en formación académica o experiencias. Planificar capacitaciones en políticas institucionales y manejo de pacientes, mejorar competencias en el personal. Aplicar cuestionarios de satisfacción a los usuarios y familiares anualmente, evaluar las posibilidades de mejora de los resultados obtenidos, incorporar procesos de auditoría

interna para determinar el alcance de objetivos planteados, procesos y resultados (Fernández, 2011; *ISO 9001*, 2015).

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Tomando en cuenta el desarrollo de este estudio investigativo se ha podido conocer que la población adulta mayor se va incrementando constantemente, es por esta razón que la redistribución demográfica se ha convertido en un reto para las naciones al tener que garantizar el envejecimiento saludable de estos, sobre todo en los países que tienen ingresos altos.

Se ha podido conocer que a partir del 2015 habido un incremento de la población adulta en países de bajos ingresos, debido a la reducción de los indicadores de fertilidad, mortalidad y aumento en migración de población joven, así mismo se puede destacar que el sexo femenino presenta una esperanza de vida mayor que el sexo masculino, debido a la creencia de que esta población es más allegada a los establecimientos de salud, mientras que los últimos mueren a causa de accidentes y problemas de origen social.

Se evidenció que el adulto mayor no solo se ve afectado por el deterioro físico y mental relacionado al envejecimiento, sino, además por los cambios que se van presentando en la sociedad, ya sean ambientales, tecnológicos y económicos, cuyo efecto aumenta a medida que avanza su edad, no se debe dejar de lado el abandono, inequidad, aumento de índices de pobreza, problemas de salud a gran escala como el COVID-19.

Al realizar esta investigación se evidenció la poca información referente al manejo de los adultos mayores o estudios comparativos sobre estrategias efectivas de cuidado, lo cual es preocupante si se toma en cuenta que en unos años será el grupo dominante, muchos de los datos obtenidos requieren ser actualizados. Es importante que las autoridades sanitarias alrededor del mundo dupliquen sus esfuerzos por estudiar a la población adulta mayor.

RECOMENDACIONES

Se recomienda tomar en cuenta el presente trabajo ya que, se realizó una investigación exhaustiva de literatura sobre medidas que garanticen una atención de calidad a los adultos mayores, ya que, se recopiló la información necesaria que cumpla con parámetros de seguridad del paciente, así mismo, se investigó sobre los requisitos importantes para la implementación de centros asistenciales y normativa ISO 9001.

Es importante, destacar que todo lo expuesto en esta investigación se podrá aplicar en cualquier centro asistencial de larga estancia, garantizando su éxito al emplearlas considerando el servicio que se ofrece, además de las comorbilidades del paciente y las necesidades a cubrir o mejorar, no hay una medida que sea más efectiva por sí sola, la combinación de estas puede garantizar mejores resultados.

Se recomienda, capacitar al personal de los centros de cuidado del adulto mayor en temas como síndromes geriátricos, calidad de atención, comunicación eficaz, manejo y prevención de eventos adversos como caídas a fin, de desarrollar estrategias para una atención segura mediante, la realización de medidas preventivas en donde se empleen simbología necesaria para indicar el riesgo, instando pasamanos en diferentes áreas en que se presente un riesgo importante, además proporcionando una iluminación adecuada en cada área, además considerar la incorporación de personal especializado en el manejo de adultos mayores y síndromes geriátricos.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Al-Hajj, S., Farran, Sibai, A., Hamadeh, R., & Rahimi, V. (2022). Injury burden in individuals aged 50 years or older in the Eastern Mediterranean region, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Healthy Longevity*, 3(4), [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00038-1](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00038-1)
- Aliaga, E., Cuba, & Mar, M. (2016). Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), p. 311. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2143>
- Álvarez, P., Buendía, P. Cantos, M., Estrella, W., Eras, J., Erazo, T., García, G., Guato, P., & Hermida, C. (2008). *Programa Nacional de Atención Integral de Salud Del Adulto Mayor*. Ministerio de Salud Pública.
- Álvarez, P., Pazmiño, L., Villalobos, A., & Villacís, J. (2010). *Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores*.
- Arpí, L., Dackiewicz, N., Fajreldines, A., García, E., & Koch, F. (2019). *Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria*.
- Astudillo, C., Alvarado, L., & Sánchez, J. (2017). Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia Sidcay, Cuenca, 2013. *Rev. Fac. Cienc. Méd. Univ. Cuenca*, 35(1), pp. 30–38.

- Bradley, S. (2011). Falls in Older Adults. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 78(4), pp. 590–595. <https://doi.org/10.1002/msj.20280>
- Casas, P., Ortiz, P., & Penny, E. (2016). Estrategias para optimizar el manejo farmacológico en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 335. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2153>
- CDC. (2023, July 20). *Afecciones persistentes al COVID-19 y afecciones posteriores al COVID-19*. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects/index.html>
- Celentano, D., & Szklo, M. (2019). *Gordis. Epidemiología* (Elsevier, Vol. 6). Elsevier.
- CEPAL. (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores*. www.issuu.com/publicacionescepal/stacks
- Chalapud, L., & Molano, N. (2023). Programa de ejercicios propioceptivos para la prevención de caídas en el adulto mayor. *Retos*, 48, pp. 413–419.
- Cuesta, D., Simón, L., Mirón, R., García, M., Bonito, D., & Asenjo, Á. (2020). Prevalence Rates of Loneliness and Its Impact on Lifestyle in the Healthy Population of Madrid, Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), p. 5121. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145121>
- Delgado, I., Palomo, R., Cañas, N., & Ramírez, J. (2018). *Modelo de atención en salud para la persona adulta mayor*.

- Dueñas, S., Licea, Y., Blanco, N., Luque, A., Chateloin, M., & Nodarse, A. (2020). Síndrome post-caída en adultos mayores operados de fractura de caderas. *Acta Médica Del Centro*, 14(3).
- Enderlin, C., Rooker, J., Ball, S., Hippensteel, D., Alderman, J., Fisher, S. J., McLeskey, N., & Jordan, K. (2015). Summary of factors contributing to falls in older adults and nursing implications. *Geriatric Nursing*, 36(5), pp. 397–406. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.08.006>
- Esteve, A., & Zueras, P. (2021). La estructura de los hogares de las personas mayores en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, pp. 1–9. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.115>
- Failache, E., Katzkowicz, N., Méndez, F., Parada, C., & Querejeta, M. (2022). *Envejecimiento y cuidados: principales características para cinco países de América Latina*.
- Fernández, J. (2011). *Guía de centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia*.
- Gallo, M., & Morillo, J. (2016). *Evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores que reciben intervención con un programa multifactorial de prevención comparado con adultos mayores que reciben indicaciones en consulta médica del centro de salud número 9 Comité del Pueblo en los meses de septiembre a noviembre de 2016*.
- García, C. (2010). Algunas estrategias de prevención para mantener la autonomía y funcionalidad del adulto mayor. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(5), pp. 831–837. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70604-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70604-0)

- González, A. (2015). Entendiendo el uso y resultados del indicador años de vida ajustados por discapacidad. *Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública*, 4(2), pp. 195–210.
- Guerra, M., & Ramírez, M. (2021). Calidad asistencial en la atención prestada a los ancianos en los centros asistenciales. *Gerokomos*, 31(4).
- Guerrero, J., Can, A., Cu, F., & Caminero, S. (2019). Identificación de las características de los servicios que ofrecen los establecimientos de asistencia social permanente. *RICSH Revista Iberoamericana de Las Ciencias Sociales y Humanísticas*, 7(14), pp. 131–155. <https://doi.org/10.23913/ricsh.v7i14.156>
- Iglesias, M., Peña, E., & González, E. (2016). Frecuencia y factores asociados a caídas en adultos mayores atendidos en Consulta Externa en el servicio de Geriatria del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. *Revista Del Cuerpo Médico Del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 9(1).
- INEC. (2023). *Adultos mayores*. <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/>
- ISO 9001. (2015). Secretaria General ISO. www.iso.org
- Koop, A. (2021). *Mapeando los países más jóvenes y antiguos del mundo*. <https://www.visualcapitalist.com/worlds-youngest-and-oldest-countries/>
- Lara, R., Velarde, A., Mena, M., & Álvarez, P. (2011). *Manual para cuidadores de la persona Adulta Mayor*. Ministerio de Salud Pública.

- Martín, U., & González, Y. (2021). Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), pp. 432–437.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.010>
- Martínez, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(1), 97–100.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Morales, M. (2016). Resumen de factores que contribuyen a las caídas en adultos mayores e implicaciones para enfermería. *Enfermería Clínica*, 26(4), pp. 258–260.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.03.004>
- MSP. (2016). *Seguridad del Paciente-Usuario: Vol. Primera edición*. Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud- MSP.
www.salud.gob.ec
- Muñoz, C., Rojas, P., & Marzuca-Nassr, G. (2015). Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. *Revista Médica de Chile*, 143(5), 612–618.
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000500009>
- Naciones Unidas. (2022). Perspectivas demográficas mundiales 2022. *Departamento de Asuntos Económicos y Sociales División de Población*.
- Navarro, S., & Rodríguez, R. (2015). Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México. *Comisión Económica Para América Latina y El Caribe*.

- OMS. (2021, April 26). *Caídas*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- OMS. (2022). *Envejecimiento y Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- OMS. (2023). *Calidad de la Atención*. https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
- OPS. (2023). *Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. <https://doi.org/10.37774/9789275326985>
- OPS, & OMS. (2023). *Década del Envejecimiento saludable en las Américas (2021-2030)*. <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>
- Porta, B., & Pinto, J. (2021). *Aislamiento y soledad no deseada en las personas mayores. Factores predisponentes y consecuencias para la salud*. Dirección General de Salud Pública.
- SENAMA, & MSP. (2009). *Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía*. Programa de Salud del Adulto mayor Gobierno de Chile.
- SoledadES. (2023). *La soledad no deseada*. <https://www.soledades.es/la-soledad-no-deseada>
- Valera, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), p. 199. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>

Vilplana, M. (2017). Alimentación en el anciano. *Farmacia Profesional*, 31(1).

<https://www.healthdata.org/news-events/insights-blog/acting-data/11-global-health-issues-watch-2023-according-ihme-experts>

Viteri, M. (2023). *Plan de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor*.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador.