



PREMISAS PARA LA
SEGURIDAD
EN EL CUIDADO DE
PERSONAS MAYORES
EN INSTITUCIONES DE
LARGA ESTANCIA

SEVEN

PUBLICAÇÕES ACADÉMICAS
2023



PREMISAS PARA LA
SEGURIDAD
EN EL CUIDADO DE
PERSONAS MAYORES
EN INSTITUCIONES DE
LARGA ESTANCIA

SEVEN

PUBLICAÇÕES ACADÉMICAS
2023

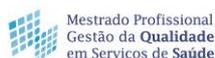
ORGANIZADORES DE LIBROS

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Premisas para la seguridad en el cuidado de personas mayores en instituciones de larga estancia

SEVEN
publicações académicas



EDITOR EN JEFE

Profº Me. Isabele de Souza Carvalho

ORGANIZADORES DE LIBROS

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Ana Elza Oliveira de Mendonça

EDITOR EJECUTIVO

Nathan Albano Valente

PRODUCCIÓN EDITORIAL

Seven Publicações Ltda

EDICIÓN DE ARTE

Alan Ferreira de Moraes

BIBLIOTECARIO

Tábata Alves da Silva

IMÁGENES DE PORTADA

AdobeStok

ÁREA DE CONOCIMIENTO

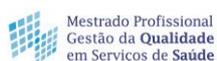
Saúde Coletiva

2023 by Seven Editora

Copyright © Seven Editora

Copyright do Texto © 2023 Os Autores

Copyright da Edição © 2023 Seven Editora



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Premissas para segurança no cuidado à pessoa idosa em instituições de longa permanência [livro eletrônico] / organização Vilani Medeiros de Araújo Nunes, Ana Elza Oliveira de Mendonça. -- São José dos Pinhais, PR : Seven Events, 2023. PDF

Bibliografia.

ISBN 978-65-84976-32-0

1. Idosos - Cuidados 2. Idosos - Saúde pública
3. Instituições de saúde I. Nunes, Vilani Medeiros de Araújo. II. Mendonça, Ana Elza Oliveira de.

23-151471

CDD-610

 [10.56238/presegcuipidoso-000](https://doi.org/10.56238/presegcuipidoso-000)

Índices para catálogo sistemático:

1. Idosos : Assistência domiciliar e qualidade de vida : Ciências médicas 610

Tábata Alves da Silva - Bibliotecária – CRB - 8/9253

Editora Seven

E-mail: contato@sevenevents.com.br

Site: <https://www.sevenevents.com.br/editora>

EDITOR JEFE

Profº Me. Isabele de Souza Carvalho - Universidade Federal do Paraná

REDACTOR DE ESCRITURA

Nathan Albano Valente

CONSEJO EDITORIAL

Prof. Dr. Pedro Henrique Ferreira Marçal. Universidade Vale do Rio Doce

Prof. Msc. Adriana Barni Truccolo- Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

Prof. Msc. Marcos Garcia Costa Moraes- Universidade Estadual da Paraíba

Prof. Dra. Mônica Maria de Almeida Brainer - Instituto Federal Goiano Campus Ceres

Prof. Me. Caio Vinicius Efigenio Formiga - Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Me. Egas José Armando - Universidade Eduardo Mondlane de Moçambique.

Profª Drª. Ariane Fernandes da Conceição- Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dr. Wanderson Santos de Farias - Universidad de Desarrollo Sustentable

Profª Drª. Maria Gorete Valus -Universidade de Campinas



Mestrado Profissional
Gestão da Qualidade
em Serviços de Saúde

UFERN



QualiSaúde®

Comité Científico

Miembros:

Ana Elza Oliveira de Mendonça (UFRN/Brasil)

Adriana Catarina de Souza Oliveira (Universidade Católica de Murcia/Espanha)

Gilson de Vasconcelos Torres (UFRN/Brasil)

Mayara Priscilla Dantas Araújo (UFRN/Brasil)

Susana Cecagno (UFPEL/Brasil)

Thaiza Teixeira Xavier Nobre (UFRN/Brasil)

Ricardo Filipe da Silva Pocinho (Instituto Politécnico de Leiria/PT)

Sara Maria de Oliveira Gordo (Instituto Politécnico de Leiria/PT)

Silvia Clara Laurido da Silva (Instituto Politécnico de Leiria/PT)

Vilani Medeiros de Araújo Nunes (UFRN/Brasil)

Zenewton André da Silva Gama (UFRN/Brasil)

Comité editorial de revisión técnica

Miembros:

Alana Monteiro Bispo da Silva (UNP/Brasil)

Alcides Viana de Lima Neto (FACISA/UFRN/Brasil)

Allyne Costa Siqueira (UFRN/Brasil)

Ana Elza Oliveira de Mendonça (UFRN/Brasil)

Angelo Maximo Soares de Araújo Filho (UFRN/Brasil)

Cecília Olívia Paraguai de Oliveira Saraiva (UFRN/Brasil)

Gilson de Vasconcelos Torres (UFRN/Brasil)

Mayara Priscilla Dantas Araújo (UFRN/Brasil)

Pedro Duarte Ferreira Neto (UFRN/Brasil)

Susana Cecagno (UFRN/Brasil)

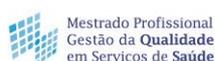
Thaiza Teixeira Xavier Nobre (UFRN/Brasil)

Vilani Medeiros de Araújo Nunes (UFRN/Brasil)

Viviane Peixoto dos Santos Pennafort (UFRN/Brasil)

Zamir Vidal de Negreiros Filho (UFRN/Brasil)

Zenewton André da Silva Gama (UFRN/Brasil)



DECLARACIÓN DE LOS AUTORES

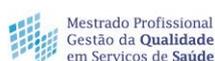
Los autores de este trabajo **DECLARAN** a los siguientes efectos que:

1. No tiene ningún interés comercial que dé lugar a un conflicto de interés en relación con el contenido publicado;
2. Declara haber participado activamente en la construcción de los respectivos manuscritos, preferentemente bajo las siguientes condiciones: "a) Concepción del estudio, y/o adquisición de datos, y/o análisis e interpretación de datos; b) Elaboración del artículo o reseña con miras a hacer el material intelectualmente relevante; c) Aprobación final del manuscrito para envío; "
3. Certifica que el texto publicado está completamente libre de datos y/o resultados fraudulentos y defectos de autoría;
4. Confirma la cita y referencia correctas de todos los datos e interpretaciones de datos de otras investigaciones;
5. Reconoce haber informado todas las fuentes de financiación recibidas para la realización de la investigación;
6. Autoriza la edición de la obra, que incluye los registros del catálogo, ISBN, DOI y otros índices, diseño visual y creación de la portada, maquetación del núcleo, así como su lanzamiento y difusión de acuerdo con los criterios de Seven Publicações Ltda.

DECLARACIÓN DEL EDITOR

Seven Publicações Ltda DECLARA, para los efectos de derechos, deberes y cualesquiera significados metodológicos o jurídicos, que:

1. Esta publicación constituye solo una transferencia temporal de derechos de autor, constituyendo el derecho de publicar y reproducir los materiales. No ser solidariamente responsable de la creación de manuscritos publicados, en los términos previstos en la Ley de derechos de autor (Ley 9610/98), en el art. 184 del Código Penal y el art. 927 del Código Civil; La única y exclusiva responsabilidad del autor o autores es verificar tales cuestiones de derechos de autor y otras, eximiendo al Editor de cualquier daño civil, administrativo y penal que pudiera derivarse.
2. Autoriza LA DIFUSIÓN DE LA OBRA, por el(los) autor(es) en conferencias, cursos, eventos, espectáculos, medios de comunicación y televisión, siempre que con el debido reconocimiento de autoría y edición y sin ningún fin comercial, con la presentación de los debidos CRÉDITOS a SEVEN EVENTOS ACADÉMICOS, siendo responsable el (los) autor(es) y promotores por la omisión/supresión de dicha información;
3. Todos los libros electrónicos son de acceso abierto, por lo que no se venden en su sitio web, sitios asociados, plataformas de comercio electrónico o cualquier otro medio virtual o físico. Por tanto, está exento de cesión de derechos de autor a los autores, ya que el formato no da lugar a otros derechos que los fines didácticos y publicitarios de la obra, que puede ser consultada en cualquier momento.
4. Todos los miembros del consejo editorial son doctores y vinculados a instituciones públicas de educación superior, según recomendación de la CAPES para la obtención del libro Qualis;
5. Seven Eventos Acadêmicos no cede, comercializa ni autoriza el uso de los nombres y correos electrónicos de los autores, así como cualquier otro dato de los mismos, para cualquier fin que no sea el ámbito de la difusión de esta obra, en de conformidad con el Marco Civil da Internet, la Ley General de Protección de Datos y la Constitución de la República Federativa.



PRESENTACIÓN

La población brasileña, siguiendo una tendencia mundial, experimenta un aumento en el número de ancianos y una mayor longevidad. Esta perspectiva apunta a la necesidad de nuevas estrategias que garanticen una mejor calidad de vida para los mayores. En esta perspectiva, las instituciones que atienden a los ancianos se han convertido en una alternativa para las familias que no pueden brindar el cuidado necesario, lo que requiere una estructura física adaptada, profesionales calificados y una asistencia más compleja, servicio que muchas veces se limita al hogar familiar.

Considerando las diversas situaciones de vulnerabilidad en que se encuentran la mayoría de los ancianos institucionalizados y relacionando la temática del cuidado ofrecido y los aspectos relacionados con la seguridad, el Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento Humano, integrante del Programa de Posgrado en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud (Ppgqualisaúde), ambos con sede en el Departamento de Salud Pública de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN), idealizaron la propuesta y creyeron en el desafío. Todos los capítulos fueron sometidos a un procedimiento técnico-científico de revisión por pares para tal fin, a partir de una lista de verificación que contenía normas estandarizadas. Destacamos también la valiosa participación de colaboradores de la Red Internacional de Investigación Brasil, Portugal y España sobre Vulnerabilidad y Salud del Anciano, con sede en la UFRN, que integra socios en nuestro libro con la participación de profesores, estudiantes y profesionales de los diferentes escenarios de cuidar a los ancianos.

El libro brinda al lector acceso a informaciones compartidas sobre el tema de la seguridad en el cuidado del anciano, escritas por el esfuerzo de un equipo integrado por docentes, estudiantes de grado y posgrado, investigadores, profesionales en el campo del envejecimiento y colaboradores. Fueron días de intenso trabajo que dieron como resultado lineamientos básicos que consideramos de utilidad para todos aquellos a quienes nos dedicamos y que necesitan cuidados diarios.

El contenido presentado tiene como objetivo ofrecer orientaciones sobre los supuestos relacionados con aspectos de seguridad dirigidos al cuidado de ancianos residentes en estructuras residenciales denominadas Instituciones de Larga Permanencia (ILPI), que comenzaron a ganar relevancia política en los últimos veinte años. Fue



elaborado por varias manos de diferentes profesionales en el área del conocimiento con el fin de ser recomendado a todas las personas que estén interesadas en el tema y que busquen en el libro, información relevante en la comprensión de la necesidad de abordar este tema para los cuidadores, profesionales y académicos del área de la salud, así como directivos de instituciones de acogida y familiares interesados en brindar una atención más profunda al adulto mayor.

El libro está dividido en 16 capítulos que incluyen diferentes aspectos relacionados con la cultura de seguridad en el proceso de envejecimiento humano en el escenario de la ILPI, con énfasis en la seguridad y calidad de la atención al adulto mayor en diferentes dimensiones, desde enfoques de prevención de riesgos, promoción de la salud, detección y perspectivas futuras para una mejor salud.

Con el trabajo listo para ser explorado por el lector, se agradece a todos los colaboradores internos y externos a la UFRN que creyeron en realizar otro desafío académico. Finalmente, queremos agradecer a todo el equipo del Grupo Longeviver, integrado por investigadores, profesores y estudiantes de diversos cursos de pregrado y posgrado de la UFRN que, aún frente a las dificultades, creyeron en la posibilidad de hacer realidad este sueño y aceptaron el desafío de crear este material tan rico.

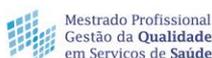
Finalmente, la publicación de este libro seguramente permitirá ampliar el conocimiento de todos sobre la importancia de la multidimensionalidad del envejecimiento humano, así como las diferentes formas y modos de atención a la población anciana, que es sin duda la de mayor crecimiento en Brasil y en el mundo.

Comparta nuestro Grupo Longeviver/UFRN en Instagram: @grupolongeviver_ufrn) su análisis crítico y su comentario, ya que motivará la mejora para futuras publicaciones. Seguimos aprendiendo y buscando días mejores y políticas públicas efectivas e implementadas encaminadas a garantizar los derechos de las personas mayores.

Prof^a. Dr^a. Vilani Medeiros de A. Nunes

Prof^a. Dr^a. Ana Elza Oliveira de Mendonça

Organizadores



SOBRE LOS AUTORES

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN). Profesor Asociado del Departamento de Salud Colectiva (DSC/UFRN). Líder del Grupo Longeviver - Observatorio del Envejecimiento Humano. Profesor del Programa de Posgrado en Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud (PPGQualisaúde/UFRN). Miembro de la Red Internacional de Investigación sobre Vulnerabilidad, Salud, Seguridad y Calidad de Vida de las Personas Mayores: Brasil, Portugal y España. Post Doctorado en Gerontología (Universidade Évora- PT). Correo electrónico: vilani.nunes@ufrn.br

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte. Profesora del Departamento de Enfermería (DENF/UFRN) y del Programa de Posgrado en Salud Pública (PPgSCol/UFRN) y de la Maestría Profesional en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud (PPGQualisaúde/UFRN). Subdirector del Grupo Longeviver - Observatorio del Envejecimiento Humano. Investigador del Grupo de Investigación QualiSaúde. Miembro de la Red Internacional de Investigación sobre Vulnerabilidad, Salud, Seguridad y Calidad de Vida de las Personas Mayores: Brasil, Portugal y España. Correo electrónico: ana.elza.mendonca@ufrn.br

Adriana Catarina de Souza Oliveira

Enfermero. Especialista en Enfermería de Cuidados Intensivos del Centro São Camilo. Máster en Gestión de la Calidad de los Servicios Sanitarios por la Universidad de Murcia (España). Doctora en Salud Pública por la Universidad de Murcia. Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad Católica de Murcia. Miembro de la Red Internacional de Investigación sobre Vulnerabilidad, Salud, Seguridad y Calidad de Vida de las Personas Mayores: Brasil, Portugal y España. Correo electrónico: acatarina@ucam.edu

Alana Monteiro Bispo da Silva

Nutricionista, graduada en la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista en Nutrición Deportiva (Estácio de Sá). Maestría en Educación Física (UFRN). Correo electrónico: alanambs@hotmail.com

Albertina Proença Rodrigues Alves

Trabajadora Social de la PUC-SP, especialista en Gerontología del CETREDE-CE. Especialista en Familia - Un Enfoque Sistémico Unifor-CE. Especialista en Gestión de la Calidad. Gerente de calidad y experiencia del paciente en un servicio de oncología en Fortaleza-CE. Estudiante de maestría en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN). Correo electrónico: albertinalves@yahoo.com.br

Alcides Viana de Lima Neto

Enfermero. Doctora en Enfermería por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN). Profesor Adjunto de la Facultad de Ciencias de la Salud de Trairi - FACISA/UFRN. Correo electrónico: alcides.viana@ufrn.br

Allyne Costa Siqueira

Graduado en Odontología por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte. Estudiante miembro del Grupo Longeviver - Observatorio del Envejecimiento Humano. Correo electrónico: allynecosta1995@gmail.com

Ana Carolina Patrício de Albuquerque Sousa

Fisioterapeuta por la Universidad Federal de Paraíba (UFPB), Máster en Fisioterapia por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN) y Doctora en Ciencias de la Salud (UFRN). Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas Multicampi - UFRN. Correo electrónico: acapas@gmail.com



**Ana Tânia Lopes
Sampaio**

Enfermera (UFRN); Especialista en Salud Pública (ENSP/FIOCRUZ); Especialista en Acupuntura (ABA). Maestría en Enfermería (UFRN); Doctorado en Educación (UFRN). Post Doctorado en Salud Integrativa del Anciano (UFRN). Profesor del Departamento de Salud Pública (DSC/UFRN); Profesor del Máster Profesional en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud (PPGQualisaúde/UFRN). Miembro de la Red Internacional de Investigación sobre Vulnerabilidad, Salud, Seguridad y Calidad de Vida de las Personas Mayores: Brasil, Portugal y España. Fundador de LAPICS/UFRN; Miembro del Consejo Asesor del Consorcio Académico Brasileño de Salud Integrativa (CABSIN). Correo electrónico: anatsampaio@hotmail.com

**Angelo Maximo Soares
de Araújo Filho**

Estudiante de pregrado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte. Estudiante miembro del Grupo Longeviver - Observatorio del Envejecimiento Humano. E-mail: angelomaximojunior@hotmail.com

Cássia Luíse Boettcher

Enfermero. Magíster en Ciencias por la Universidad Federal de Pelotas - UFPel. Especialista en Salud de la Mujer por la Pontificia Universidad Católica de Rio Grande do Sul - PUCRS. Enfermera del Sector de Gestión de la Calidad del Hospital Docente de la Universidad Federal de Pelotas - Seccional EBSEH. Correo electrónico: cassia6@gmail.com

**Cecília Olívia Paraguai
de Oliveira Saraiva**

Doctora en Enfermería por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte. Especialista en Calidad en Salud y Seguridad del Paciente por la ENSP/Fiocruz. Profesor adjunto del Departamento de Salud Colectiva. Profesor del Programa de Posgrado en Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud. Investigador del Grupo de Investigación QualiSaúde. Miembro de la Red Brasileña de Enfermería y Seguridad del Paciente y de la Sociedad Brasileña de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente - SOBRASP. Correo electrónico: cecilia.saraiva@ufrn.br

Cristóvão Margarido

Trabajadora Social, Máster en Drogodependencias y Patologías Psicosociales y Doctora en Trabajo Social. Investigador del Centro Interdisciplinario de Ciencias Sociales. CIC. NOVA-IPLeiria, Escuela Superior de Educación y Ciencias Sociales del Instituto Politécnico de Leiria, Portugal. CIC. NOVA-IPLeria. Correo electrónico: cristovao.margarido@ipleiria.pt

**Diana Karla Muniz
Vasconcelos**

Enfermero. Estudiante de maestría en el Programa de Posgrado en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte - UFRN. Correo electrónico: dmunizvasconcelos@gmail.com

Dione Lima Braz

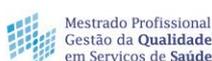
Enfermero. Magíster en Ciencias de la Salud por la Universidad Federal de Pelotas (UFPEL). Jefe de la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente del Hospital Docente de la Universidad Federal de Pelotas. Especialista en Seguridad del Paciente y Calidad en los Servicios de Salud por la Faculdade Unylaya. Correo electrónico: dionelimabraz@gmail.com

**Dijayna de Cássia
Verçosa de Lima**

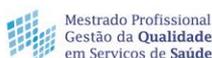
Estudiante de maestría en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN). Residencia Multidisciplinaria en Salud del Adulto y Anciano en el Hospital Universitario Profesor Alberto Antunes (HUPAA) de la Universidad Federal de Alagoas (UFAL). Enfermera del Centro de Sangre de Alagoas (HEMOAL). Correo electrónico: dijayna_lima@hotmail.com

**José Felipe Costa da
Silva**

Fisioterapeuta, Magíster en Gestión e Innovación en Salud de la UFRN, Doctorando en Salud Colectiva del Programa de Posgrado en Salud Colectiva (PPgSCol/UFRN) de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte - UFRN. Correo electrónico: felipedoshalom@yahoo.com. Hermano



- Flávio Anselmo Silva de Lima** Profesional en Educación Física - Licenciatura. Especialista superior en formación. Máster en Educación Física por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte. Correo electrónico: flavio_ifrn@hotmail.com.
- Francisca Brunna de Carvalho Costa Vasconcelos** Enfermero. Máster en Gestión de Calidad en Servicios de Salud por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte - UFRN. Correo electrónico: brunnaccv@gmail.com
- Gabriella Xavier Barbalho Mesquita** Nutricionista - UFRN. Especialista en Atención Primaria por el Programa de Residencia Multiprofesional en Atención Primaria de la Facultad de Ciencias Médicas Multicampi (EMCM)/UFRN. Investigador del 'Proyecto Institucional de Innovación Tecnológica para la Ejecución de Políticas Públicas de Desarrollo Rural y Agricultura Familiar en RN' - GOBIERNO DE RN/FAPERN. Correo electrónico: gabixbm@gmail.com.
- Geórgia Costa de Araújo Souza** Profesor del Departamento de Odontología de la UFRN. Doctorado en Salud Colectiva por el Programa de Posgrado en Salud Colectiva de la UFRN. Maestría en Odontología por la UFRN. Graduado en Odontología por la UFRN. Correo electrónico: georgia.souza@ufrn.br.
- Gilson de Vasconcelos Torres** Profe. Jefe del Departamento de Enfermería / UFRN. Coordinadora del Grupo de Investigación de la Incubadora de Procedimientos de Enfermería. Investigador del CNPq (PQ1D). Profesor del Programa de Posgrado en Ciencias de la Salud (CCS/UFRN). Coordinador de la Red Internacional de Investigación sobre Vulnerabilidad, Salud, Seguridad y Calidad de Vida de las Personas Mayores: Brasil, Portugal y España. Correo electrónico: gilsonvtorres@hotmail.com
- Irla Milena de Albuquerque Biegging** Fisioterapeuta. Graduada en fisioterapia por la Universidad Católica de Pernambuco (UNICAP). Especialista en fisioterapia respiratoria. Estudiante de maestría en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN). Coordinador de fisioterapia en el sector de urgencia, emergencia y trauma del Hospital Getúlio Vargas - Recife/PE. Correo electrónico: irlabiegging@hotmail.com
- Jaiane Fabíola Medeiros Silva e Silva** Enfermero. Especialista en Salud de la Familia. Graduada en Dermatología en Enfermería - UFRN. Correo electrónico: jaianefabiola@hotmail.com
- Joyce Wadna Rodrigues de Souza** Enfermera de la Universidad Federal de Campina Grande (UFCG)/PB; Maestría en Gestión de Calidad en Servicios de Salud por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte - UFRN; Estudiante de doctorado del Programa de Salud Colectiva de la UFRN. Profesor suplente en el Curso de Licenciatura en Enfermería de la UFCG, campus Cajazeiras (2020-2021); Trabaja como Enfermera Federal en la UFCG, campus Campina Grande - PB. Correo electrónico: wadnajoyce@gmail.com
- Kamilla Sthefany Andrade de Oliveira** Psicóloga y Magíster en Psicología por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista en Educación Permanente en Salud por la UFRGS/RS y Psicología de la Salud por la HUOL/UFRN. Actúa en el área de psicogerontología y tiene vínculo con SESAP/RN. Correo electrónico: millasthefany@gmail.com



**Karla
Cristina Giacomini**

Médico geriatra, Máster en Salud Colectiva por la Universidad Federal de Minas Gerais y Doctor en Ciencias de la Salud por la Fundación Oswaldo Cruz. Trabaja como geriatra en la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte. Miembro investigador del Centro de Estudios en Salud Pública y Envejecimiento (NESPE-Fiocruz Minas). Coordina el Frente Nacional de Fortalecimiento de las Instituciones de Larga Duración para el Adulto Mayor y el Frente de Cuidado. Correo electrónico: kcgiacomini@hotmail.com

Lívia Maria de Azevedo

Enfermero. Máster en Salud Colectiva por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte - UFRN. Especialización en Calidad y Seguridad del Paciente en Sírio Libanês/ PROADI - SUS. Miembro Ejecutivo del Núcleo Estatal de Seguridad del Paciente de Rio Grande do Norte (NESP/SESAP/RN). Correo electrónico: li.azevedom@gmail.com

**Luciana Araújo dos
Reis**

Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte. Profesor Titular de la Universidad Estatal del Suroeste de Bahia, del Programa de Posgrado en Memoria: Lenguaje y Sociedad y de la Maestría en Educación Física. Miembro de la Red Internacional de Investigación sobre Vulnerabilidad, Salud, Seguridad y Calidad de Vida de las Personas Mayores: Brasil, Portugal y España. Correo electrónico: luciana.araujo@uesb.edu.br

**Marcia Vieira de
Alencar Caldas**

Arquitecto y Urbanista (UNP). Posgrado en Tecnología Asistiva (FELUMA) y Prácticas Pedagógicas en la Educación Superior (UNP). Maestría en Administración (UNP). Miembro del Grupo Longeviver - Observatorio del Envejecimiento Humano. Correo electrónico: marciacaldasarquitecta@gmail.com

**Maria Aline Gomes de
Oliveira**

Estudiante de maestría en gestión de la calidad en los servicios de salud (UFRN). Especialista en calidad y seguridad en la atención al paciente (Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa). Gerente de Enfermería del Hospital Rio Grande, Natal/RN y enfermero del Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, Natal/RN. Correo electrónico: malinegoliveira@gmail.com

**Maria Aparecida de
Albuquerque Fernandes
Ramalho**

Enfermero. Especialista en Salud de la Familia, Vigilancia de la Salud y Podología Clínica. Estudiante de maestría en Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud (PPGQualisaúde/UFRN). Correo electrónico: aparecidofernalb@yahoo.com.br

**Maria Eduarda Silva do
Nascimento**

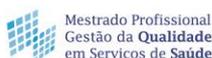
Estudiante de Enfermería en la Universidad Federal de Rio Grande do Norte. Miembro del Grupo Nepen - Núcleo de Estudios e Investigaciones en Enfermería en Nefrología. Correo electrónico: maria.nascimento.016@ufrn.edu.br

**Maria Fernanda
Aparecida Moura de
Souza**

Enfermera de la Universidad Federal de Pernambuco, especialista en gestión de riesgos asistenciales, salud colectiva, residencia multidisciplinar en salud de la familia. Asesor de Calidad en el Hospital Pelopidas Silveira. Estudiante de Maestría en Calidad en el Programa de Maestría en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud (PPGQualisaúde/UFRN). Correo electrónico: mouradesouzam@gmail.com

**Maria José López
Monstesinos**

Profesora Doutora Honoraria de la Facultad d Enfermería. Universidad de Murcia. Espanha. E-mail: mjlopez@um.es



Mayara Priscilla Dantas Araújo

Nutricionista. Especialista en Nutrición Aplicada al Anciano por la Universidad Estácio de Sá (2019). Máster en Salud Colectiva por el Programa de Posgrado en Salud Colectiva (PPgSCol/UFRN). Doctorando en Ciencias de la Salud en el Programa de Posgrado en Ciencias de la Salud (PPGCSA/UFRN). Miembro del Grupo Longeviver - Observatorio del Envejecimiento Humano. Miembro de la Red Internacional de Investigación sobre Vulnerabilidad, Salud, Seguridad y Calidad de Vida de las Personas Mayores: Brasil, Portugal y España. Correo electrónico: mayaraaraujonutri@gmail.com

Meiry Fernanda Pinto Okuno

Enfermera de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP), Especialización en Enfermería Gerontológica y Geriátrica (UNIFESP); Maestría, Doctorado y Post-Doc en Enfermería (UNIFESP). Profesora Adjunta de la Escuela Paulista de Enfermería (UNIFESP). Miembro de la Red Internacional de Investigación sobre Vulnerabilidad, Salud, Seguridad y Calidad de Vida de las Personas Mayores: Brasil, Portugal y España. -correo: mf.pinto@unifesp.br

Miclécia de Melo Bispo

Estudiante de maestría en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN). Residencia Multiprofesional en Salud - Cuidados Intensivos Adultos en el Hospital Universitario Onofre Lopes (HUOL/UFRN). Enfermera del Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel/RN y del Servicio Móvil de Atención de Urgencias (SAMU) 192 Natal. Correo electrónico: micleciabispo@yahoo.com.br

Míria Mendonça de Morais

Licenciada en Enfermería (UNP - 2012). Graduada en Salud Colectiva (UFRN - 2022). Posgrado en Enfermería del Trabajo (FACEN - 2014). Miembro del Grupo Longeviver - Observatorio del Envejecimiento Humano. Correo electrónico: miriamorais10@gmail.com

Moniky Keuly Marcelo Rocha Lima

Fisioterapeuta egresada de la Faculdade Integrada do Ceará - Posgrado en Fisioterapia Respiratoria y Cardiovascular (Unifor). Especialista en Auditoría de Sistemas de Salud (EstácioFic). MBA en Gestión de Procesos y Proyectos (UniFB). Maestría Profesional PPGQualiSaude (en curso) - UFRN - Analista de Calidad y Seguridad en el Centro de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente (NGQS) de la Dirección Estratégica y Financiera (DGEF) en las Unidades administradas por el Instituto de Salud y Gestión Hospitalaria (ISGH)). Correo electrónico: moniky.cge@gmail.com

Paulo Henrique do Nascimento

Nutricionista. Estudiante de maestría en Salud Colectiva - PPGSCOL en la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN). Coordinadora de Sostenibilidad y Proyectos Sociales de una Institución de Larga Estancia para Adultos Mayores (ILPI). Correo electrónico: paulo.juventudes@gmail.com

Pedro Duarte Ferreira Neto

Graduado en Odontología por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte. Estudiante miembro del Grupo Longeviver - Observatorio del Envejecimiento Humano. Correo electrónico: pedro_duarte_25@yahoo.com.br



**Plínio Braga Linhares
Garcia**

Médico de la Universidad Federal de Ceará (UFC). Ortopedista y Cirujano de Columna por el Instituto Nacional de Traumatología y Ortopedia (INTO/RJ). Título en Cirugía de Columna por la Sociedad Brasileña de Columna Vertebral (SBC). Título en Ortopedia y Traumatología por la Sociedad Brasileña de Ortopedia y Traumatología (SBOT). Estudiante de maestría en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN). Correo electrónico: plinio.linhares@hotmail.com

**Renata Galvão Diniz do
Nascimento e Silva**

Estudiante de doctorado en la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) de Lisboa. Maestría Profesional en Educación Profesional en Salud en la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio - FIOCRUZ RJ. Licenciada en Odontología (UFRN), Maestría en Educación Profesional en Salud por la EPSJV - FIOCRUZ/RJ. Especialista en Periodoncia - Academia Norte Riograndense de Odontología, Especialista en Salud Colectiva (UFRN). Especialista en Gestión Pública - FGV, Especialista en Educación a Distancia (UFPR). Especialista en Educación Permanente en Salud (UFRGS). Sanitario de la Secretaría de Salud del Estado de Rio Grande do Norte. Correo electrónico: renatagalvaodiniz@gmail.com.

Renata Rocha da Costa

Estudiante de maestría en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN). Especialización en Preceptoría en Salud (UFRN). Especialización en Atención Primaria de Salud (Facultad Pitágoras). Especialización en Formación Pedagógica en el Área de la Salud: Enfermería - PROFAE (FIOCRUZ). Enfermera de la Unidad de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario Walter Cantídio (CH-UFC/EBSERH) y Enfermera Asistencial del Hospital Dr. José Frota. Correo electrónico: renatarocha@yahoo.com.br

**Rita de Cássia Azevedo
Constantino**

Estudiante de Enfermería en la Universidad Federal de Rio Grande do Norte. Estudiante miembro del Grupo Longeviver - Observatorio del Envejecimiento Humano. Correo electrónico: rconstantino06@gmail.com

**Ricardo Filipe da Silva
Pocinho**

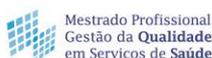
Licenciada en Derecho, Doctora en Procesos de Formación por la Universidad de Salamanca y en Psicogerontología por la Universidad de Valencia. Postdoctorado en Ciencias de la Educación por la Universidad de Coimbra. Profesor adjunto de la Escuela Superior de Educación y Ciencias Sociales de la Politécnica de Leiria. Investigador del Centro Interdisciplinario de Ciencias Sociales, CIC. NUEVO. Ipleiria. Presidente y Coordinador Científico de la Asociación Nacional de Gerontología Social - ANGES. Correo electrónico: ricardo.pocinho@ipleiria.pt

Rochelle Rufino Costa

Enfermero. Máster en Gestión de Calidad en Servicios de Salud por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte-UFRN. Patrocinador institucional de la Fundación Municipal de Salud de Teresina-PI. Coordinador del Programa de Medicina Preventiva en una operadora de planes de salud. Correo electrónico: rochellerufino@hotmail.com

Rui Duarte Santos

Licenciada en Servicio Social por el Instituto Superior Bissaya Barreto. Máster en Estudios Sociales Europeos Comparados, North London University. Doctorado por la Universidad de Turín. Profesora Adjunta de la Escuela Superior de Educación y Ciencias Sociales del Instituto Politécnico de Leiria (ESECS-IPL), Investigadora del CICS. NUEVO. Ipleiria. Correo electrónico: rui.d.santos@ipleiria.pt



**Sandra Maria da
Solidade Gomes
Simões de Oliveira
Torres**

Enfermero. Máster en Enfermería y Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN). Vinculado a la Estrategia de Salud de la Familia Ronaldo Machado, Secretaría Municipal de Salud de Natal/RN. Miembro de la Red Internacional de Investigación sobre Vulnerabilidad, Salud, Seguridad y Calidad de Vida de las Personas Mayores: Brasil, Portugal y España. Correo electrónico: sandrasolidade@hotmail.com

**Sara Maria de Oliveira
Gordo**

Psicóloga, Doctora en Neuropsicología Clínica; Máster en Psicología Clínica y Psicoterapias; Licenciado en psicología. Profesor adjunto invitado en la Escuela Superior de Salud - Instituto Politécnico de Leiria, Portugal. Coordinadora de Respuestas Sociales del Servicio de Apoyo a Domicilio y Centro de Día del Centro Social de Carnide. Centro de Atención Innovadora y Tecnología en Salud – CiTechCare. Asociación Nacional de Gerontología Social – ANGES. Correo electrónico: sara.gordo@ipleiria.pt

**Silvana Loana de
Oliveira Sousa**

Fisioterapeuta. Doctor en Fisioterapia. Catedrático de la Universidad de Murcia/España. Departamento de Fisioterapia. Miembro de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Miembro de la Red Internacional de Investigación sobre Vulnerabilidad, Salud, Seguridad y Calidad de Vida de las Personas Mayores: Brasil, Portugal y España. Correo electrónico: soliveira@um.es

Sílvia Silva

Trabajadora Social, Estudiante de Maestría en Gerontología Social Aplicada, Directora Técnica de la Asociación de Parálisis Cerebral de Braga, Profesora Asistente de la Facultad de Educación y Ciencias Sociales. Instituto Politécnico de Leiria. Asociación Nacional de Gerontología Social – ANGES. Correo electrónico: silvia.c.silva@ipleiria.pt

**Silvia Knorr Ungaretti
Fernandes**

Estudiante de Enfermería en la Universidad Federal de Pelotas (UFPEL). Beca de Iniciación Científica PIBIC/CNPQ. Correo electrónico: silviakungaretti@gmail.com

Susana Cecagno

Enfermero. Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad Federal de Pelotas (UFPEL). Jefe del Sector de Gestión de Calidad del Hospital Docente de la Universidad Federal de Pelotas. Becaria posdoctoral del Programa de Posgrado en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud de la UFRN. Correo electrónico: cecagno@gmail.com

**Thaiza Teixeira Xavier
Nobre**

Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte. Profesor Asociado III de la Facultad de Ciencias de la Salud de Trairi (FACISA/UFRN), del Programa de Posgrado en Salud Colectiva y de la Maestría Profesional en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Miembro de la Red Internacional de Investigación sobre Vulnerabilidad, Salud, Seguridad y Calidad de Vida de las Personas Mayores: Brasil, Portugal y España. Correo electrónico: thaiza.nobre@ufrn.br

**Viviane Peixoto dos
Santos Pennafort**

Enfermera de la Universidad de Brasilia (UnB). Doctora en Atención Clínica en Enfermería y Salud por la Universidad Estatal de Ceará (UECE). Enfermera Nefróloga del Sector de Hemodiálisis del Hospital Universitario Onofre Lopes (HUOL/UFRN/EBSERH). Profesor de la Maestría Profesional en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (PPGQualisaúde/UFRN). Miembro de la Red Internacional de Investigación sobre Vulnerabilidad, Salud, Seguridad y Calidad de Vida de las Personas Mayores: Brasil, Portugal y España. Correo electrónico: Viviane.pennafort@ebserh.gov.br



**Zamir Vidal de
Negreiros Filho**

Graduado en Odontología por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte.
Estudiante miembro del Grupo Longeviver - Observatorio del Envejecimiento
Humano. Correo electrónico: zamirvnf@gmail.com

**Zenewton André da
Silva Gama**

Profesor del Departamento de Salud Colectiva de la UFRN. Coordinador del
Programa de Posgrado en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud
(PPGQualiSaúde - UFRN/UMU-España/INSP-México) y Profesor Titular del Programa
de Posgrado en Salud Colectiva (PPGSCol/UFRN). Correo electrónico:
zenewton.gama@ufrn.br



Mestrado Profissional
Gestão da **Qualidade**
em Serviços de Saúde

UFRN



QualiSaúde®

LISTA DE ACRÓNIMOS

ABNT: Asociación Brasileña de Normas Técnicas	NOTIVISA: Sistema de Notificación de Vigilancia Sanitaria
ANVISA: Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria	NSP: Centros de Seguridad del Paciente
APS: Atención Primaria a la Salud	CEPICS: Centro de Prácticas de Salud Integrativas y Complementarias
AVD: Actividades de la vida diaria	OMS: Organización Mundial de la Salud
CED: Centros de Especialidades Dentales	ONU: Organización de las Naciones Unidas
CF: Capacidad funcional	OPAS: Organización Panamericana de la Salud
MSA: Manual de Salud para el Anciano	PCI: Prevención y control de infecciones
DM: Diabetes Mellitus	PGRSS: Plan General de Residuos Sólidos en Salud
EA: Eventos Adversos	PICS: Prácticas Integrativas y Complementarias en Salud
ECA: Enzima Conversora de Angiotensina	ENMH: Encuesta nacional por muestreo de hogares
EPS: Educación Permanente en Salud	PNH: Política Nacional de Humanización
eSB: Equipos de Salud Bucal	PNPIC: Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias de Salud
ESF: Estrategia de Salud de la Familia	PNSB: Política Nacional de Salud Bucal
ERPM: Estructuras Residenciales para Personas Mayores	PNSP: Programa Nacional de Seguridad del Paciente
FIOCRUZ: Fundación Oswaldo Cruz	PNSPM: Política Nacional de Salud del persona mayor
FN-ILEA: Frente Nacional para el Fortalecimiento del ILEA	EPO: Estándar de Procedimientos Operativos
DM/MS: Despacho del Ministro/Ministerio de Salud	PROQUALIS: Calidad de Atención y Seguridad del Paciente
HAS: Hipertensión Arterial Sistémica	RJC: Resolución de la Junta Colegiada
IBGE: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística	SAD: Servicio de Apoyo a Domicilio
ICICT: Instituto de Comunicación e Información Científica y Tecnológica en Salud	SBAR: Situación, Breve Historia, Evaluación y Recomendación
ILEA: Institución de Larga Estancia para Personas Ancianas	SNC: Sistema nervioso central
IRAS: Infecciones relacionadas con la atención a salud	SNVS: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud
JH-FRAT: Escala de evaluación del riesgo de caídas	SUS: sistema único de Salud
LAPICS: Laboratorio de Prácticas de Salud Integrativas y Complementarias	SVS: Sistema de Vigilancia de la Salud
LPP: Lesión por Presión	UBS: Unidad Básica de Salud
MR: Módulo de Referencia	UFRN: Universidad Federal de Rio Grande do Norte
MS: Ministerio de Salud	



PREFACIO

“Para que se cuide, debe ser seguro.”

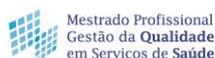
La atención integral a la salud de las personas, priorizando las acciones preventivas sobre las curativas, es un principio de la constitución brasileña. Es un sistema con múltiples profesionales, especialistas y diferentes tecnologías, atendiendo a personas con historias y perfiles clínicos muy variables. Como con cualquier sistema complejo, es más probable que contenga fallas.

Las fallas en la calidad de la atención en salud, ya sea en acciones preventivas o curativas, han sido causas importantes de mortalidad a nivel mundial, superando incluso a las causas de los problemas de acceso a los servicios. Esto ha llevado a concluir que la calidad de la atención en salud funciona como uno de los determinantes de la salud de las personas. El acceso a una atención médica de mala calidad puede ser ineficaz, un desperdicio de recursos e incluso riesgoso.

La definición de calidad de la atención se ha perfeccionado durante años. Desde los pilares de la calidad propuestos por Donabedian a fines de la década de 1980, hoy contamos con dimensiones de la calidad adoptadas por la Organización Mundial de la Salud que han orientado las acciones hacia su perfección: seguridad, eficacia, atención centrada en las personas, oportunidad, eficiencia, equidad y integración.

Este libro enfatiza la seguridad como una dimensión fundamental de la calidad de la atención. Para que usted se cuide, debe estar seguro. Por ello, este libro llama la atención sobre la necesidad de prestar una atención específica a la seguridad y la atención de la salud de las personas mayores, en particular de aquellas que viven en centros de atención a largo plazo. El perfil de multimorbilidad y gran exposición a tecnologías y servicios de salud hace que las personas mayores sean vulnerables a errores y eventos adversos; y su acceso a los servicios de salud puede volverse mortal.

Algunos de los supuestos de seguridad abordados en este libro tienen que ver con errores relacionados con la medicación, fallas en la prevención de infecciones (por ejemplo, durante la pandemia de Covid-19), riesgo de caídas y síndrome poscaída, lesiones en la piel relacionadas con el síndrome de inmovilidad, entre otros varios temas que se tratan con gran detalle. También se hace énfasis en medidas preventivas fundamentales como las prácticas de



seguridad recomendadas y reglamentadas, la creación de una cultura de seguridad en las instituciones, la formación profesional y las acciones de gestión de riesgos.

Este libro también tiene un enfoque más amplio sobre la calidad de la atención a la salud de las personas mayores al insertar discusiones sobre la salud bucal en personas mayores institucionalizadas, prácticas integradoras y complementarias en salud y modelos de atención alternativos como los servicios de atención diurna para este colectivo, en Portugal. . Además, también provoca un tema innovador sobre la creación de Centros de Seguridad para Personas Mayores Institucionalizadas, una instancia organizativa similar a los Centros de Seguridad del Paciente establecidos por el Programa Nacional de Seguridad del Paciente.

Este libro es producto de varios años de trabajo del grupo de investigación CNPq/UFRN Longeiver de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte, dirigido por el profesor Dr. Vilani Nunes. El grupo viene a trabajar incansablemente con acciones de extensión e investigación para promover una atención de salud de mejor calidad para las personas mayores. Sin embargo, también vale la pena mencionar que la capacidad de unir personas e intereses para este libro es gracias a la participación del profesor en el Grupo CNPq/UFRN QualiSaúde - Calidad en los Servicios de Salud de la misma universidad. Este último grupo reúne a profesores del Programa de Posgrado en Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud (PPG QualiSaúde), cuyas líneas de investigación están orientadas a mejorar la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente. La existencia de estos dos grupos cercanos hizo posible reunir a muchos de los autores de los capítulos de este libro.

Sin embargo, aún queda un largo camino por recorrer para la atención segura de las personas mayores institucionalizadas. Los desafíos para la atención integral de este grupo son numerosos: falta de una política específica, ausencia de un liderazgo claramente establecido para la calidad de la atención, incapacidad organizativa para mejorar la calidad, falta de inversión pública para garantizar el derecho a la institucionalización en situaciones necesarias y una atención adecuada cuando necesaria, la invisibilidad de líneas vivas de atención que permitan una adecuada atención socio sanitaria, así como la ausencia de indicadores de calidad de atención en estos servicios.

Somos conscientes de que los avances en la salud y el bienestar de las personas mayores institucionalizadas permean todos los determinantes sociales de la salud, que es necesario garantizar a través de acciones intersectoriales. Sin embargo, este libro refuerza que el cuidado de la salud también es un determinante importante, y los servicios de salud que se ofrecen a



estas personas deben estar libres de fallas en la prevención y curación de problemas, para que alcancen su objetivo.

Como decía la conocida frase del pediatra inglés Cyrill Chantler, en el pasado, la atención sanitaria era segura, pero ineficaz. Actualmente, es altamente efectivo, pero potencialmente peligroso. Este libro puede ayudar a los lectores a tener esto en cuenta y tomar buenas decisiones al cuidar a las personas mayores institucionalizadas.

Todos queremos longevidad con salud. Entonces, ¡viva los grupos Longeviver y QualiSaúde!

Natal, marzo de 2023.

Zenewton André da Silva Gama

Profesor del Departamento de Salud Colectiva / UFRN.





*“Procuro semear otimismo e plantar sementes de paz e justiça.
Eu me esforço para ser cada dia melhor, pois bondade também se aprende.
Mesmo quando tudo parece desabar,
cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar;
porque descobri, no caminho incerto da vida,
que o mais importante é o decidir.”*
Cora Coralina



RESUMEN

CAPÍTULO 1

SEGURIDAD DEL PACIENTE RELACIONADA CON LAS PERSONAS MAYORES: PERSPECTIVAS DE FUTURO

Mayara Priscilla Dantas Araújo, José Felipe Costa da Silva, Maria José Montesinos López, Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva, Thaiza Teixeira Xavier Nobre, Silvana Loana De Oliveira Sousa, Vilani Medeiros de Araújo Nunes e Gilson de Vasconcelos Torres.

  10.56238/preseguidoso-001

1-9

CAPÍTULO 2

CULTURA DE SEGURIDAD AL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES EN LAS INSTITUCIONES DE LARGA ESTANCIA

Cecília Olívia Paraguai de Oliveira Saraiva, Dijayna de Cássia Verçosa de Lima, Miclécia de Melo Bispo e Renata Rocha da Costa.

  10.56238/preseguidoso-002

10-17

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN EL CONTEXTO DE LA SALUD DE LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Albertina Proença Rodrigues Alves, Maria Aparecida de Albuquerque Fernandes Ramalho, Maria Fernanda Aparecida Moura de Souza, Ana Carolina Patrício de Albuquerque Sousa, Plínio Braga Linhares Garcia, Susana Cecagno, Viviane Peixoto dos Santos Pennafort e Vilani Medeiros de Araújo Nunes.

  10.56238/preseguidoso-003

18-26

CAPÍTULO 4

CORRECTA IDENTIFICACIÓN EN EL CUIDADO DE LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Irla Milena de Albuquerque Biegging, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Paulo Henrique do Nascimento, José Felipe Costa da Silva, Adriana Catarina de Souza Oliveira, Gilson de Vasconcelos Torres, Vilani Medeiros de Araújo Nunes e Thaiza Teixeira Xavier Nobre.

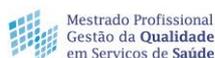
  10.56238/preseguidoso-004

27-33

CAPÍTULO 5

COMUNICACIÓN EFECTIVA EN EL CUIDADO DEL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

Moniky Keuly Marcelo Rocha Lima, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Vilani Medeiros de Araújo Nunes, José Felipe Costa da Silva, Luciana Araújo dos Reis, Kamilla Sthefany Andrade de Oliveira e Thaiza Teixeira Xavier Nobre.



  10.56238/presegcuipidoso-005

.....34-40

CAPÍTULO 6

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS PARA ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS: UN ENFOQUE MULTIPROFESIONAL

Alcides Viana de Lima Neto, Allyne Costa Siqueira, Gabriella Xavier Barbalho Mesquita, Jaiane Fabiola Medeiros Silva e Silva, Kamilla Sthefany Andrade de Oliveira, Lívia Maria de Azevedo e Vilani Medeiros de Araújo Nunes.

  10.56238/presegcuipidoso-006

.....41-51

CAPÍTULO 7

SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Ana Elza Oliveira de Mendonça, Angelo Maximo Soares de Araujo Filho, Maria Aline Gomes de Oliveira, Maria Eduarda Silva do Nascimento e Vilani Medeiros de Araújo Nunes.

  10.56238/presegcuipidoso-007

.....52-60

CAPÍTULO 8

PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Ana Elza Oliveira de Mendonça, Angelo Maximo Soares de Araujo Filho, Maria Eduarda Silva do Nascimento e Rita de Cássia Azevedo Constantino.

  10.56238/presegcuipidoso-008

.....61-68

CAPÍTULO 9

IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Diana Karla Muniz Vasconcelos, Francisca Brunna de Carvalho Costa Vasconcelos, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Rita de Cássia Azevedo Constantino, Zamir Vidal de Negreiros Filho e Viviane Peixoto dos Santos Pennafort.

  10.56238/presegcuipidoso-009

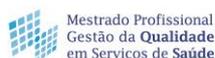
.....69-79

CAPÍTULO 10

DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS DE LA SALUD BUCAL EN EL CUIDADO DEL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

Allyne Costa Siqueira, Georgia Costa de Araújo Souza, Zamir Vidal de Negreiros Filho e Vilani Medeiros de Araújo Nunes

  10.56238/presegcuipidoso-010



CAPÍTULO 11

CRITERIOS DE SEGURIDAD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN NÚCLEO DE PRÁCTICAS INTEGRADORAS EN INSTITUCIONES DE LARGA ESTANCIA PARA ANCIANOS

Ana Tânia Lopes Sampaio e Joyce Wadna Rodrigues de Souza.

  10.56238/preseguipidoso-011

CAPÍTULO 12

ENTORNO SEGURO Y ACCESIBILIDAD EN INSTITUCIONES A LARGO PLAZO: ARQUITECTURA INCLUSIVA PARA LA PERSONA MAYOR

Márcia Vieira de Alencar Caldas, Míria Mendonça de Morais, Ana Carolina Patrício de Albuquerque Sousa e Vilani Medeiros de Araújo Nunes.

  10.56238/preseguipidoso-012

CAPÍTULO 13

FORMACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUA EN LA SEGURIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES EN INSTITUCIONES DE LARGA DURACIÓN

Susana Cecagno, Rochelle Rufino Costa, Cássia Luíse Boettcher, Dione Lima Braz, Meiry Fernanda Pinto Okuno, Silvia Knorr Ungaretti Fernandes e Vilani Medeiros de Araújo Nunes.

  10.56238/preseguipidoso-013

CAPÍTULO 14

RIESGOS PARA LA SALUD EN INSTITUCIONES DE LARGA ESTANCIA PARA ANCIANOS (ILEA)

Karla Cristina Giacomini

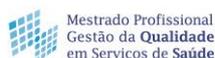
  10.56238/preseguipidoso-014

CAPÍTULO 15

PERSPECTIVAS PARA UNA ATENCIÓN SEGURA EN CENTROS DE DÍA PARA ANCIANOS: EXPERIENCIA EN PORTUGAL

Ricardo Pocinho, Sara Gordo, Silvia Silva, Cristóvão Margarido e Rui Santos.

  10.56238/preseguipidoso-015



CAPÍTULO 16

CENTRO DE SEGURIDAD EN INSTITUCIONES A LARGO PLAZO PARA LOS ANCIOS: ¿ES POSIBLE?

Vilani Medeiros de Araújo Nunes, Gilson de Vasconcelos Torres, Susana Cecagno, Sandra Maria Soledade Gomes Simões de Oliveira Torres e Ana Elza Oliveira de Mendonça.

 [doi 10.56238/presegcuipidoso-016](https://doi.org/10.56238/presegcuipidoso-016)

.....130-136

CONSIDERACIONES FINALES

.....137-138



Capítulo 1

Seguridad del paciente relacionada con las personas mayores: perspectivas de futuro

Mayara Priscilla Dantas Araújo, José Felipe Costa da Silva, Maria José Montesinos Lopéz, Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva, Thaiza Teixeira Xavier Nobre, Silvana Loana De Oliveira Sousa, Vilani Medeiros de Araújo Nunes e Gilson de Vasconcelos Torres.

PRESENTACIÓN

El Plan de Acción Global para la Seguridad del Paciente 2021-2030, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) trae el concepto de seguridad del paciente, que se describe como una estructura organizativa que contribuye a la creación de “culturas, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en el área de la salud”, con el fin de reducir los riesgos de manera continua y sostenible, minimizar los errores predecibles y los daños evitables (OMS, 2021).

Aunque enfocada en el ambiente hospitalario y la población en general, esta es una estrategia prioritaria a ser adoptada en el cuidado de la salud de los ancianos, especialmente por el gran impacto producido en la atención insegura para esta población.

En los últimos años, la promoción de la seguridad del paciente se ha abordado como una estrategia fundamental para la calidad de la atención sanitaria. La atención segura en todos los entornos que cuidan a los ancianos, especialmente en las instituciones de atención a largo plazo para enfermos (ILEA) debe valorarse como un derecho de estas personas y un compromiso ético de los profesionales que trabajan en ellas (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

Teniendo en cuenta el envejecimiento de la población en todo el mundo, la seguridad en el cuidado de las personas mayores es un problema de salud pública mundial. Es motivo de gran preocupación en el escenario actual de ILEAs, que albergan un contingente poblacional creciente, con demandas sanitarias complejas y que presentan problemas estructurales que pueden comprometer la garantía de la seguridad de sus residentes (RESENDE; CUARESMA; LUCAS, 2021). Por lo tanto, esto se considera una tarea difícil dentro de las organizaciones, especialmente las organizaciones filantrópicas y públicas.

Los ILEA ofrecen servicios de asistencia destinados a mantener y mejorar la salud de sus residentes. Sin embargo, en estas instituciones también hay eventos adversos y errores médicos resultantes de una atención insegura que pueden evitarse mediante la adopción de prácticas seguras y el establecimiento de la cultura de seguridad en el ILEA (ŚWITALSKI *et al.*, 2022).

TRAYECTORIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En 2002, la OMS puso en marcha la “Alianza Mundial de la OMS para la Seguridad del Paciente” (OMS, 2002). Un informe presentado por la OMS (2002) sobre la calidad de la atención en la seguridad del paciente definida como “Estrategias, cultura y conciencia de la seguridad del paciente” ya presentaba medidas y estrategias para reducir los eventos adversos evitables en entornos hospitalarios y entornos vulnerables del paciente, entendiendo que los errores humanos constituyen, en gran medida, acciones de alto riesgo para los pacientes fuera de su entorno habitual. Como medidas prioritarias, ya se recomendó establecer alianzas internacionales para dar respuestas al problema de la “inseguridad del paciente”.

Como consecuencia, el informe del Foro Nacional de Calidad (2003), sobre “Prácticas seguras para una mejor salud”, presenta las recomendaciones iniciales para la seguridad del paciente, presentando ideas sobre la necesidad de medir y evaluar la cultura de seguridad del paciente entre la población, los gerentes y los profesionales de la salud.

Junto con esto, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente reunió a expertos para promover el objetivo de seguridad del paciente de “*Primum non nocere*” (“Primero, no dañar”) y reducir las consecuencias sociales y sanitarias adversas para la salud de la atención médica insegura. En el período de 2005 a 2006, se lanzó el Desafío Mundial para la Seguridad del Paciente con el tema “Clean Care is safer Care”, que tenía el propósito de promover la higiene de las manos como un método eficaz para la prevención de infecciones (OMS, 2005). Desde 2007, este tema ha sido trabajado en Brasil por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud (MS) en asociación con la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), involucrando acciones para promover la salud y prevenir la infección en los servicios de salud.

En el período comprendido entre 2007 y 2008, se lanzó otro Desafío Mundial con el objetivo de promover la seguridad del paciente en los procedimientos quirúrgicos (OMS, 2009). También en 2017, se lanzó el tercer Desafío Global, con el objetivo de reducir en un 50% los daños graves y prevenibles asociados a los medicamentos en todos los países y cuyo objetivo era abordar las debilidades en los sistemas de salud que conducen a errores de medicación y el grave daño que esto puede causar (OMS, 2017).

En esta perspectiva, el Ministerio de Salud lanzó, en 2013, el Programa Nacional de Seguridad del Paciente (PNSP), con el propósito de superar los desafíos en el área y con el objetivo de contribuir a la calificación de la atención y la salud a través de la creación e implementación de los Centros de Seguridad del Paciente (NSP) (BRASIL, 2013a). Se trata de “instancias del servicio de salud creadas para promover y apoyar la implementación de acciones dirigidas a la seguridad del paciente” (BRASIL, 2013b).

La seguridad del paciente en Brasil se guía por seis indicadores y protocolos: prevención de caídas, correcta identificación del paciente, cirugía segura, prácticas de higiene de manos en los servicios

de salud, prevención de lesiones por presión, errores de medicación enfocados en la prescripción y uso de medicamentos (BRASIL, 2013b). Dichos protocolos deben orientar las acciones sanitarias para garantizar la seguridad y calidad del servicio ofrecido a la población.

Sin embargo, se sabe que uno de los mayores desafíos de los servicios que contribuyen a la mejora de la salud de la población es ofrecer una atención segura, ya que existen altas posibilidades de errores y eventos adversos que, en su mayoría, son involuntarios y evitables, muchas veces desencadenando daños a la salud de los pacientes durante la atención prestada.

¿CÓMO SE PUEDEN INSERTAR LAS INSTITUCIONES DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO PARA PERSONAS MAYORES (ILEA) EN EL CONTEXTO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Es un hecho que existen informes en otros países, como España, sobre el derecho al cuidado de los ancianos, presentando en su contenido las diferentes dimensiones y contextos de atención a estas personas, así como los procesos de mal desempeño que generan consecuencias adversas, o la denuncia de la escasa regulación que rige estas acciones, tanto en entornos hospitalarios como en centros residenciales para personas mayores (FUNDACIÓN HELPAGE INTERNACIONAL ESPAÑA, 2021).

Publicaciones que fueron divulgadas a través de Informes, Boletines Oficiales y Protocolos de Actuación que, tras las tristes consecuencias de la pandemia en la población anciana, nos obligaron a repensar la situación de seguridad del paciente y la presencia de efectos adversos en estos centros y en esta población de alto riesgo con altos niveles de vulnerabilidad, considerando también las condiciones y falta de recursos humanos para la prestación de cuidados como causa de eventos adversos evitables (ACEITUNA; PEÑA LONGOBARDO, 2022; PÉREZ DIÁZ *et al.*, 2022).

Muchos ILEA ya reconocen la importancia de la seguridad del paciente y han estado desarrollando estrategias para mejorar la calidad y la seguridad de la atención brindada a sus residentes. Las acciones de seguridad se basan en evidencia científica y clínicamente efectiva, y en las ILEA, la cultura de seguridad es fundamental y debe guiar todos los aspectos organizacionales de la institución (ABUSALEM *et al.*, 2019). Con esto, se deben estandarizar las acciones de cuidado y todos los actores involucrados en el proceso de cuidado, especialmente la persona mayor.

De acuerdo con la RDC n.º 36/2013, todos los servicios de salud deben constituir un plan de salud (BRASIL, 2013b). Por lo tanto, los ILEA, como proveedores de servicios de salud, deben integrar el NSP para garantizar la seguridad de sus residentes. Sin embargo, a pesar de la importancia, la legislación brasileña aún no los considera como establecimientos de salud, eximiendo la responsabilidad de comportarse del PNS, minimizando la importancia necesaria para la formulación de protocolos en estos establecimientos.

Legalmente, los ILEA se insertan en un escenario de asistencia social, según la RDC n.º 502/2021, que prevé su funcionamiento y reafirma su carácter residencial, pero requiere que las instituciones elaboren, cada dos años, el Plan de Atención Integral de Salud de los residentes (BRASIL, 2021).

Sin embargo, la mayoría de los residentes de los ILEA tienen algún grado de dependencia, lo que requiere cambios en la legislación brasileña que afirmen la integración de estas instituciones en la red de atención de salud para que sean reconocidas como instituciones de salud (CAMARANO; BARBOSA, 2016). Sin embargo, se sabe que la realidad de los ILEA incluye el cuidado de la salud de sus residentes y sus acciones deben apuntar a la seguridad de sus residentes.

Por lo tanto, es necesario mirar la importancia de capacitar a todos los profesionales que trabajan en los ILEA. No solamente los profesionales de la salud deben ser considerados actores en las acciones de seguridad de la persona sana. Los profesionales que trabajan en el sector administrativo y desempeñan funciones distintas a la atención también desempeñan un papel fundamental para garantizar la seguridad sanitaria de estas personas (RESENDE; CUARESMA; LUCAS, 2021).

La cultura de seguridad, cuando es efectiva, contribuye a una mejor atención ofrecida a los residentes de los ILEAs, además de influir positivamente en la motivación, compromiso y productividad de los profesionales que trabajan en ella (ABUSALEM *et al.*, 2019). Los profesionales son actores fundamentales en la prestación del cuidado a la persona mayor. El agotamiento mental de los profesionales de la salud conduce a errores e inseguridad de la atención ofrecida (HALL *et al.*, 2016). Como acción de seguridad del paciente en los ILEAs, es importante destacar la cantidad adecuada de recursos humanos y la realización de acciones enfocadas en la salud mental de los profesionales, en vista de su impacto en la calidad de la atención ofrecida a los residentes.

Una de las brechas en la seguridad del paciente en las instituciones de atención a largo plazo es la no inclusión de los residentes y sus familias como actores de las acciones (GARTSHORE; WARING; TIMMONS, 2017). Como parte esencial de la organización de las instituciones, los residentes y sus familias deben ser activos en las acciones de seguridad y sus perspectivas deben ser consideradas en la preparación y propuesta de acciones.

Es importante que los ILEA reconozcan el alto riesgo al que están exponiendo a sus residentes debido a la prestación de cuidados inseguros, especialmente debido a las complejas condiciones de salud que presentan los ancianos (GAUR *et al.*, 2022). Con esto, deben cubrir a todos los actores involucrados en el proceso de atención en la implementación de la cultura de seguridad en la institución.

Los ILEA pueden y deben insertarse en el contexto de la seguridad del paciente a través de acciones y estrategias, tales como: la implementación de protocolos de seguridad, educación profesional continua, uso de tecnologías de asistencia, gestión de riesgos y participación/inclusión de los ancianos y sus familias. Además de estas acciones, la promoción de la cultura de seguridad, la reducción del nivel de estrés ocupacional y el agotamiento mental de los profesionales, el objetivo de mejorar su bienestar y

aumentar la seguridad del uso de medicamentos son evidencias identificadas en la literatura que contribuyen a la seguridad de los residentes de ILEA (ŚWITALSKI *et al.*, 2022). Estas acciones resultan en un ambiente seguro y saludable para las personas mayores institucionalizadas, minimizando la ocurrencia de daños a la salud.

PERSPECTIVAS FUTURAS EN EL SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE SEGURIDAD DE LA PERSONA SANA EN INSTITUCIONES DE LARGA ESTANCIA (ILEAs)

De acuerdo con el artículo 54 de la RDC n.º 502/2021, en el Capítulo III, que trata de la notificación obligatoria, el equipo de salud de los ILEA “notificará la vigilancia epidemiológica de la sospecha de notificación obligatoria de la enfermedad de acuerdo con la legislación vigente” y notificará inmediatamente la ocurrencia de caídas con lesiones e intento de suicidio (BRASIL, 2021).

La notificación puede ser hecha por todos los involucrados en el proceso de atención y fuera de él también. Es esencial para la identificación de eventos adversos y el diagnóstico de condiciones de salud. La información generada por estas notificaciones es extremadamente relevante para el servicio y el sistema de salud, sin embargo, existen fallas en su uso y aplicación en la atención, principalmente debido a la falta de interpretación de esta información y transformación de la misma en acciones (PORTO *et al.*, 2022).

En los ILEA, además de registrar los eventos de notificación obligatoria, es necesario monitorear los indicadores presentados en el anexo de la RDC n.º 502/2021 (BRASIL, 2021) (Tabla 1). El uso de indicadores es esencial para la planificación de las acciones de salud, ayudando a orientar mejor estas acciones a las necesidades reales de los ILEA y ayudar a identificar los puntos críticos que requieren una mayor atención.

También de acuerdo con el RDC n.º 502/2021, cada mes de enero los ILEA deben enviar a la Vigilancia Sanitaria local indicadores consolidados del año anterior (BRASIL, 2021). Esto permite monitorear las condiciones de salud de los residentes y la calidad de los servicios ofrecidos en estas instituciones, minimizando los problemas de salud de los ancianos institucionalizados que tienen mayor fragilidad.

Tabla 1. Indicadores que se utilizarán en el monitoreo de la seguridad sanitaria de la persona sana en ILEAs. Brasilia, DF, 2021.

N°	Indicador	Fórmula y Unidad	Frecuencia de producción
1	Tasa de mortalidad en ancianos residentes	(Número de defunciones de residentes de edad avanzada en el mes/Número de residentes de edad avanzada en el mes 1)*100 [%]	Mensual
2	Tasa de incidencia de enfermedad diarreica aguda en ancianos residentes	(Número de nuevos casos de enfermedad diarreica aguda en residentes de edad avanzada en el mes/Número de residentes ancianos en el mes 1)*100 [%]	Mensual
3	Tasa de incidencia de costra en ancianos residentes	(Número de nuevos casos de sarna en residentes de edad avanzada en el mes/Número de residentes de edad avanzada en el mes 1)*100 [%]	Mensual
4	Tasa de incidencia de deshidratación en ancianos residentes	(Número de ancianos que presentaron deshidratación/Número de ancianos residentes en el mes 1)*100 [%]	Mensual
5	Tasa de prevalencia de lesiones por residente anciano	(Número de residentes ancianos que presentaron úlcera de decúbito en el mes/ Número de residentes ancianos en el mes 1)*100 [%]	Mensual
6	Tasa de prevalencia de desnutrición en ancianos residentes	(Número de residentes ancianos diagnosticados con desnutrición en el mes/Número de residentes ancianos en el mes 1)*100 [%]	Mensual

¹ Población expuesta: considere el número de residentes ancianos del día 15 de cada mes.

Fuente: RDC n° 502/2021 (BRASIL, 2021).

Los indicadores determinados en la RDC n.º 502/2021 no son suficientes para monitorear la calidad de la atención ofrecida en las ILEA. Es necesario evaluar si hay indicadores en la literatura que sean aplicables dentro de estas instituciones y, de no ser así, desarrollar nuevos indicadores que puedan ser utilizados por estas instituciones para ayudarlas en este monitoreo. Además, con la mejora de los estudios y con base en evidencia científica reciente, es necesario actualizar los mecanismos de vigilancia utilizados, apuntando al uso de aquellos más efectivos, con el fin de garantizar y promover la cultura de seguridad en las ILEAs.

CONSIDERACIONES FINALES

La seguridad del paciente en ILEAs implica acciones dirigidas a la atención prestada con un incentivo para la adopción de la cultura de seguridad, que debe abarcar a todos aquellos que trabajan en estas instituciones y que prestan atención directa e indirecta a los ancianos. Para ello, es necesario cualificar a los profesionales e informar a los residentes sobre la importancia de participar en acciones de seguridad, convirtiéndolos en agentes activos en su propio cuidado de la salud.

Además, se deben adoptar acciones y estrategias que fortalezcan la seguridad de la persona sana en las ILEA, centrándose en el bienestar y la promoción de la salud mental de los profesionales. Esto se

reflejará en las condiciones de salud y la atención ofrecida a los residentes. También es importante monitorear indicadores que ayuden en la evaluación de la calidad de los servicios, con miras a identificar puntos críticos para las intervenciones y minimizar los daños.

Aunque la legislación brasileña no considera a los ILEA como establecimientos de salud, es posible vislumbrar posibilidades para la implementación de Centros de Seguridad del Anciano en estas instituciones en la perspectiva de desarrollar protocolos dirigidos a objetivos de atención segura con perspectivas de indicadores de monitoreo como se propone en la RDC n.º. 502/2021 con miras a oportunidades de mejora en la atención de salud de la población anciana institucionalizada.

REFERENCIAS

ABUSALEM, S. *et al.* The Relationship Between Culture of Safety and Rate of Adverse Events in Long-Term Care Facilities. **Journal of Patient Safety**, v. 17, n. 4, jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000587>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, 2 abr. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC, nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jul. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 502, de 27 de maio de 2021**. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 maio 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: do que se está falando? *In*: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Eds.). **Política Nacional do Idoso**: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. p. 479–514.

CAVALCANTE, M. L. S. N. *et al.* Indicators of health and safety among institutionalized older adults. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 4, jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500009>. Acesso em: 10 fev. 2023.

FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA. **El derecho a los cuidados de las personas mayores**. Madri, 2021. Disponível: https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2021/09/Informe_El-derecho-a-los-cuidados-de-las-personas-mayores_HelpAge-Espana-2021.pdf. Acesso em: 22 fev. 2023.

GARTSHORE, E.; WARING, J.; TIMMONS, Stephen. Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review. **BMC Health Services Research**, v. 17, 752, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2713-2>. Acesso em: 10 fev. 2023.

GAUR, S. *et al.* Integrating Principles of Safety Culture and Just Culture Into Nursing Homes: Lessons From the Pandemic. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 23, n. 2, p. 241-6, fev. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.12.017>. Acesso em: 14 fev. 2023.

HALL, L. H. *et al.* Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. **PLoS ONE**, v. 11, n. 7, e0159015, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>. Acesso em: 14 fev. 2023.

OLIVA, J.; PEÑA LONGOBARDO, L. M. Impacto de la COVID-19 en la atención sociosanitaria: el caso de las residencias. Informe SESPAS 2022. **Gaceta Sanitaria**, v. 36, p. S56–S60, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.02.003>. Acesso em: 20 fev. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Calidad de la atención**: seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud, 2022. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5513.pdf. Acesso em: 22 fev. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **The Global Patient Safety Challenge 2005-2006**. “Clean care is safer care”. Geneva: OMS, 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas**. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Medication Without Harm: Global Patient Safety Challenge on Medication Safety**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde**. OMS, 2021. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true. Acesso em: 10 fev. 2023.

PÉREZ DÍAZ, J. *et al.* **Un perfil de las personas mayores en España, 2022**. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red n° 29, 2022. Disponível em: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2023.

PORTO, E. *et al.* Health indicators of the elderly person in the brazilian northeast. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, e24411225548, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25548>. Acesso em: 14 fev. 2023.

RESENDE, J.; QUARESMA, G.; LUCAS, P. A Cultura de Segurança em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. **New Trends in Qualitative Research**, v. 8, p. 663-75, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.663-675>. Acesso em: 14 fev. 2023.

ŚWITALSKI, J. *et al.* Interventions to Increase Patient Safety in Long-Term Care Facilities—Umbrella Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 22, 15354, nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192215354>. Acesso em: 14 fev. 2023.

THE NATIONAL QUALITY FORUM. **Safe Practices for Better Healthcare**. Washington, DC, 2003. Disponível em: <http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/November2017/JuOfccioyJdHOcckObc5.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2023.

Capítulo 2

Cultura de seguridad al cuidado de las personas mayores en las instituciones de larga estancia

Cecília Olívia Paraguai de Oliveira Saraiva, Dijayna de Cássia Verçosa de Lima, Miclécia de Melo Bispo e Renata Rocha da Costa

PRESENTACIÓN

Garantizar el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y promover el bienestar en todas las edades es el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas para 2030. En Brasil, la intención es garantizar la cobertura universal de salud y el acceso a través del Sistema Único de Salud (SUS), en todos los niveles de atención, además de los servicios esenciales, medicamentos y vacunas. Esto sigue siendo un gran desafío a alcanzar, ya que la ampliación del acceso no se caracteriza como sinónimo de calidad en los servicios de salud, por esta razón es necesario implementar estrategias que favorezcan la mejora continua en la atención prestada. Las estimaciones para los países de ingresos medios o bajos indican que el 60% de las muertes están asociadas con una atención insegura y mala calidad (SLAWOMIRSKI; AURAAEN; KLAZINGA, 2017).

Desde esta perspectiva, se percibe que las necesidades globales de salud han cambiado, ante la aparición de nuevas enfermedades y el desarrollo de innovaciones terapéuticas que corroboran la evolución de la atención sanitaria. Sin embargo, tales cambios han hecho que la atención sea más compleja y potencialmente peligrosa. Los beneficios de esta atención están asociados con los riesgos de incidentes de seguridad y la necesidad de implementar prácticas seguras, ya que la dinámica de la atención de salud requiere procesos debidamente delineados con métodos, procedimientos, personas, medio ambiente, equipos y materiales que se alineen con la idea de seguridad (BRASIL, 2014).

Se hace hincapié en que los costos financieros y de recursos utilizados en el tratamiento de las secuelas por eventos adversos son considerables. Se estima que el 15% de las actividades y gastos hospitalarios se utilizan para reparar daños prevenibles, lo que representa un desperdicio relacionado con los costos de oportunidad (SLAWOMIRSKI; AURAAEN; KLAZINGA, 2017).

LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La necesidad de fortalecer una cultura de seguridad en los servicios de salud, en términos organizacionales, surge como una propuesta fundamental para el proceso de mejora de la seguridad del paciente, inspirada en los principios empleados por las Organizaciones de Alta Confiabilidad/Confiabilidad (OAC) (REIS, 2019; OMS, 2020). La similitud de la atención médica en

relación con el grado de complejidad y peligros con la industria de la aviación, la energía nuclear, el petróleo y el gas se justifica por los altos riesgos en los procesos de trabajo.

Sin embargo, estas organizaciones fueron pioneras en establecer una conciencia colectiva relacionada con la seguridad, como la percepción de que el error puede ocurrir, el enfoque en la confiabilidad del sistema, el reconocimiento del error como una perspectiva de aprendizaje y la valorización del trabajo en equipo. A diferencia del área de la salud, que todavía predomina en las organizaciones, la comprensión de que la atención debe ser perfecta, con sistemas eficientes, compuestos por profesionales que saben exactamente lo que deben hacer, bajo una fuerte jerarquía y cultura punitiva (REIS, 2019).

En el ámbito de la atención más segura, esta perspectiva previa necesita cambiar, ya que la atención de salud depende de la actividad de varios profesionales, que realizan numerosas tareas interrelacionadas, con la participación de diversas especializaciones, ambiente y condición del usuario, que a veces es vulnerable (OMS, 2016). Así, la difusión de una cultura de seguridad en las instituciones y entre los profesionales de la salud ha sido ampliamente recomendada como uno de los pilares de las estrategias preventivas para garantizar una atención segura (OMS, 2020; BRASIL, 2013). Su definición, según la *Comisión Conjunta*, es “el producto de creencias, valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individual y colectivo que determinan el compromiso de la organización con la calidad y seguridad del paciente” (AGBAR *et al.*, 2023).

En Brasil, el Programa Nacional de Seguridad del Paciente (PNSP) impulsó fuertemente la construcción y el desarrollo de una cultura de seguridad en las organizaciones de salud y la caracterizó a partir de cinco definiciones operativas: 1) cultura en la que todos los trabajadores, incluidos los profesionales involucrados en el cuidado y los gerentes, asumen la responsabilidad de su propia seguridad, por la seguridad de sus colegas, pacientes y familiares; 2) cultura que prioriza la seguridad sobre los objetivos financieros y operativos; 3) cultura que fomente y recompense la identificación, notificación y resolución de problemas relacionados con la seguridad; 4) cultura que, a partir de la ocurrencia de incidentes, promueve el aprendizaje organizacional; y 5) cultura que proporciona recursos, estructura y responsabilidad para el mantenimiento efectivo de la seguridad (BRASIL, 2013).

El PNSP, alineado con las iniciativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), también destaca que para la promoción de una cultura de seguridad es esencial desarrollar el aprendizaje y la mejora organizacional, el compromiso de profesionales y pacientes en la prevención de incidentes, con énfasis en sistemas seguros, procesos de comunicación abiertos y respetuosos entre equipos, no rendición de cuentas individual y un ambiente positivo para la notificación e investigación de incidentes. (BRASIL, 2013; OMS, 2020; REIS, 2023).

LA CULTURA DE LA SEGURIDAD Y LA ESPECIFICIDAD EN EL CUIDADO DE LA PERSONA MAYOR

Según la OMS (2021) la atención segura de la salud debe ser reconocida como un derecho básico del ser humano y, a su vez, la cultura de la seguridad como un elemento inherente de los procesos de generación de atención, que tiene como objetivo mejorar el enfoque sistémico, en el que reconoce las deficiencias del sistema de prestación de atención como un factor esencial para la ocurrencia de incidentes de seguridad.

Este movimiento de incorporación de una cultura de seguridad se extiende también a la reducción de los desequilibrios de poder intrínsecos al sistema de salud en la perspectiva de un cuidado ausente de exclusiones, especialmente en relación con poblaciones en situación de vulnerabilidad. Según investigaciones internacionales sobre vulnerabilidad, es necesario considerar la cultura y posición social de estos grupos, ofreciendo atención con un enfoque psicosocial y una postura profesional más empática y promotora de la justicia social (MAFFACCIOLLIA; OLIVEIRA, 2018).

La vulnerabilidad puede definirse, entre las diversas interpretaciones encontradas en la literatura, como el estado de ser/estar en peligro o expuesto a daños potenciales debido a una fragilidad ligada a la existencia individual. Sin embargo, no todos son susceptibles de la misma manera e intensidad, algunos grupos poblacionales como mujeres, adultos mayores, niños, indígenas, entre otros, están más expuestos a situaciones de inequidades (BARBOSA *et al.*, 2019; MACEDO *et al.*, 2020).

En el contexto de la persona mayor, la vulnerabilidad se entiende como el individuo que es más susceptible debido a las especificidades significativas de la edad avanzada. Además, hay estudios que indican que los ancianos experimentan una sensación de vulnerabilidad como resultado de la decadencia de la salud física y/o mental (BARBOSA *et al.*, 2019; MACEDO *et al.*, 2020).

En este sentido, el envejecimiento se entiende como un proceso continuo, natural y dinámico que abarca cambios biológicos, sociales y psicológicos con la capacidad de aumentar la vulnerabilidad a las lesiones, y puede o no causar dependencia y pérdida de autonomía (BARBOSA *et al.*, 2019; COCHAR-SOARES *et al.*, 2021).

Con el aumento de la población anciana en el mundo, se estima que para 2050 el número de personas mayores de 60 años superará los dos mil millones, siendo más rápido en los países en desarrollo, como Brasil. En consecuencia, habrá un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, que tienen implicaciones para la vida de la población anciana, requiriendo estrategias e intervenciones adecuadas de las autoridades de salud (COCHAR-SOARES *et al.*, 2021).

Por lo tanto, surge la necesidad de comprender mejor este proceso, dado que, con la edad, los individuos pueden presentar el uso de múltiples medicamentos, asociación de problemas de salud,

hospitalizaciones prolongadas, episodios de caída, limitaciones físicas y mentales, desarrollo de discapacidades y secuelas físicas (BARBOSA *et al.*, 2019; COCHAR-SOARES *et al.*, 2021).

Así, la promoción de la cultura de seguridad en los espacios de cuidado de los ancianos es el ejercicio, por parte de los involucrados en el cuidado, de un cuidado seguro y de calidad, sumado al fortalecimiento de vínculos y mayor participación del anciano en su proceso salud-enfermedad. Esta práctica permite actuar de manera más efectiva sobre las vulnerabilidades y necesidades básicas de esta población (MACEDO *et al.*, 2020; MAFFACCIOLIA; OLIVEIRA, 2018).

CULTURA DE SEGURIDAD EN INSTITUCIONES A LARGO PLAZO PARA LOS ANCIANOS

La vulnerabilidad de la persona mayor comprende varios elementos que abarcan factores que involucran al ser individual y social, con el fin de tener una relación directa con el proceso salud-enfermedad y sus factores contribuyentes. Por lo tanto, la atención satisfactoria debe ser configurada a partir de la comprensión de los determinantes sociales que hacen vulnerable al individuo y el respeto por las necesidades colectivas y personales involucradas, correlacionando así la atención de salud con la atención personalizada y segura (MACEDO *et al.*, 2020).

Se sabe que todos y cada uno de los individuos dentro de un entorno relacionado con el cuidado de la salud pueden ser víctimas de algún evento adverso, especialmente esta porción de la población. En un contexto considerado ideal en la promoción de la salud, los servicios notificarían, de profesionales sensibles a la cultura de seguridad, todos los incidentes que ocurran en el medio ambiente. Por lo tanto, tales ocasiones podrían ser revisadas e investigadas en la inducción de cambios sobre procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías, entornos y en el desarrollo de acciones de prevención, con el fin de reducir tales eventualidades y reducir el impacto del daño, cuando ocurre, en la prestación de atención (OMS, 2021).

En medio de esto, la salud de los ancianos que viven en Instituciones de Larga Estancia (ILEAs) se convierte en un factor preocupante en la promoción de cuidados seguros. Esto se debe a que estos ambientes tienen características diferentes a las de otros servicios de salud, lo que puede afectar la forma en que se ve la seguridad de la persona mayor y cómo se considera en la práctica, además de las posibles tensiones entre las preferencias individuales de los residentes y estas acciones. Por lo tanto, estos sitios tienden a tener un mayor riesgo de daño, abuso o negligencia, por lo que es extremadamente importante desarrollar medidas que estimulen la protección de sus usuarios (RAND *et al.*, 2021).

A pesar de ser un tema de preocupación, la cultura de seguridad en las instituciones de cuidado de los enfermos es todavía un tema menos desarrollado en comparación con otras áreas de atención (RAND *et al.*, 2021). Además, debido a sus múltiples enfermedades, también asociadas a los problemas organizativos de las instituciones, como el número de instalaciones físicas insuficientes, la falta de

recursos humanos y la falta de financiamiento, estos usuarios tienen un alto riesgo de eventos adversos (BONDEVIK *et al.*, 2017; KIM *et al.*, 2022). Una revisión del alcance realizada por St Clair *et al.* (2022) aborda que los incidentes más comunes encontrados en esta muestra fueron muertes, caídas, lesiones por presión y fracturas, presentes en 52% de los artículos analizados, con el fin de enumerar la gravedad y relevancia de la discusión de este tema en estos servicios.

Por lo tanto, debido a que es un tema crítico para la atención segura en este entorno, es necesario planificar acciones dirigidas a este público, que tengan en cuenta las particularidades de estos escenarios y generen un impacto en la prevención de errores relacionados con la atención, entre ellas se puede destacar la prevención del desgaste ocupacional del equipo de atención, prevención de incidentes resultantes de errores en el proceso de administración de medicamentos, y el uso de tecnologías para facilitar y garantizar la atención de la salud (ŚWITASKI *et al.*, 2022).

Además, el fortalecimiento de factores organizacionales, como el desarrollo de actividades de educación continua, así como la construcción de intervenciones de mejora continua de la calidad dirigidas a este tema y la participación de la alta dirección en todo el proceso, son fundamentales en la evaluación, mapeo y gestión de riesgos, al considerar no solo las experiencias del equipo y los líderes, así como los propios usuarios y familiares y cómo esto puede afectar el proceso, con el fin de mitigar los riesgos a los que está expuesta esta población y facilitar el establecimiento y promoción de una cultura de seguridad en estos espacios (TEIGNÉ *et al.*, 2022).

CONSIDERACIONES FINALES

La cultura representa la forma en que pensamos, nuestros valores, actitudes, percepciones, creencias, formas de actuar, hábitos y comportamientos. En el contexto de la atención médica, la cultura de seguridad tiene un papel decisivo en el funcionamiento de una organización.

Para prever mejoras significativas en la cultura de seguridad en las instituciones de atención de la tercera edad, es necesario implementar estrategias multifacéticas que consideren los componentes de una cultura fuerte: compromiso de liderazgo, desarrollo de una cultura justa, valorización profesional y mejora de las condiciones de trabajo, seguridad psicológica y un ambiente positivo que fomente la notificación e investigación de incidentes con énfasis en el enfoque sistémico y el aprendizaje organizativo. Estos elementos se asemejan al engranaje de una máquina, que debe actuar juntos y no solo.

Avanzar en este tema sigue siendo un gran desafío, pero se cree que otro paso fundamental es evaluar el nivel de cultura de las organizaciones. Existen herramientas validadas a nivel nacional e internacional para evaluar la cultura de seguridad del entorno hospitalario y en la atención primaria de salud. Sin embargo, es necesario desarrollar instrumentos que evalúen la cultura de seguridad ampliando el alcance de la atención, como los ILEA. Cuando no se evalúa la cultura, es difícil saber si las

instituciones están mejorando. Por lo tanto, será posible comprender las debilidades y fortalezas de la cultura y planificar intervenciones más asertivas.

REFERENCIAS

- AGBAR, F. *et al.* Effect of patient safety education interventions on patient safety culture of health care professionals: Systematic review and meta-analysis. **Nurse Educ Pract.**, v. 28, n. 67, p. 103565, 2023. DOI: 10.1016/j.nepr.2023.103565.
- BARBOSA, K. T. F. *et al.* Vulnerabilidade da pessoa idosa: análise conceitual. **Rev Bras Enferm.** v. 72, n. 2, p. 352-60, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0728>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013.
- BRASIL. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.
- BONDEVIK, G. T. *et al.* Patient safety culture in Norwegian nursing homes. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, 20 jun. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5479007/>. Acesso em 10 fev. 2023.
- COCHAR-SOARES, N. *et al.* Fisiologia do envelhecimento: da plasticidade às consequências cognitivas. **Revista Neurociências.** v. 29: 1-28, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.12447>.
- KIM, K. A. *et al.* Patient safety measurement tools used in nursing homes: a systematic literature review. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 1, 19 nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08814-5>.
- MACEDO, J. K. S. S. *et al.* Vulnerabilidade e suas dimensões: reflexões sobre os cuidados de enfermagem aos grupos humanos. **Rev Enferm UERJ**, v. 28, p. e39222, 2 jul. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.39222>.
- MAFFACCIOLLI, R.; OLIVEIRA; D. L. L. C. Desafios e perspectivas do cuidado em enfermagem a populações em situação de vulnerabilidade. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 39: e20170189, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170189>
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional.** Rio de Janeiro: Autografia, 2016. 270 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9788555268502-por.pdf?jsessionid=2EBCCD182E5AE42217F47DA3E26CC57F?sequence=32>. Acesso em: 12 fev. 2023.
- OMS. OMS. Organização Mundial da Saúde.. **Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance.** Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- OMS. OMS. Organização Mundial da Saúde.. **Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde.** 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-de-acao-global-para-a-seguranca-do-paciente-2021-2030-traduzido-para-portugues/view>. Acesso em: 10 fev. 2023.
- RAND, S. *et al.* Measuring safety in older adult care homes: a scoping review of the international literature. **BMJ Open**, v. 11, n. 3, p. e043206, mar. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043206>.

ST CLAIR, B. *et al.* A Scoping Review of Adverse Incidents Research in Aged Care Homes: Learnings, Gaps, and Challenges. **Gerontology and Geriatric Medicine**, v. 8, p. 233372142211441, jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1177/23337214221144192>.

SLAWOMIRSKI, L.; AURAAEN, A.; KLAZINGA, N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. **OECD Health Working Papers**, n. 96. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017. DOI: <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>.

REIS, C.T.T. Cultura de segurança em organizações de saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras** [online]. 2 ed. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, 268 p. 6. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575416426>.

REIS, C. T. T. *et al.* Cross-cultural adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 – Brazilian version. **BMC Health Services Research**, v. 23, n. 32, p. 1-12, 2023. DOI: [10.1186/s12913-022-08890-7](https://doi.org/10.1186/s12913-022-08890-7).

ŚWITALSKI, J. *et al.* Interventions to Increase Patient Safety in Long-Term Care Facilities—Umbrella Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 22, p. 15354, 21 nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192215354>.

TEIGNÉ, D. *et al.* Safety culture in French nursing homes: A randomised controlled study to evaluate the effectiveness of a risk management intervention associated with care. **PLOS ONE**, v. 17, n. 12, p. e0277121, 1 dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277121>.

Capítulo 3

Objetivos internacionales de seguridad en el contexto de la salud de los ancianos institucionalizados

Albertina Proença Rodrigues Alves, Maria Aparecida de Albuquerque Fernandes Ramalho, Maria Fernanda Aparecida Moura de Souza, Ana Carolina Patrício de Albuquerque Sousa, Plínio Braga Linhares Garcia, Susana Cecagno, Viviane Peixoto dos Santos Pennafort e Vilani Medeiros de Araújo Nunes.

PRESENTACIÓN

Los ancianos constituyen una parte de la población considerada vulnerable, en vista del proceso de envejecimiento y enfermedad, principalmente debido a la participación de enfermedades crónicas no transmisibles, constituyendo un importante problema de salud pública (FIGUEIREDO; CECCON; CUNHA, 2021).

En Brasil, el envejecimiento de la población ocurre progresivamente, culminando en la inversión de la pirámide poblacional, que tiene repercusiones significativas en el sistema de salud público y privado. Este escenario impresiona la necesidad de (re)organización y optimización de los servicios de atención, con reordenamiento de la forma de atención integral y mayor resolución frente a las demandas presentadas (ESCORSIM, 2021).

Las fallas relacionadas con la atención segura para los sanos tienen enormes costos generales para el sistema de salud. En 2013, se estimó que el daño a la atención de salud era la 14^a causa de morbilidad y mortalidad en el mundo, y dos tercios de los eventos adversos ocurrieron en países en desarrollo; entre los principales eventos adversos identificados se encuentran el tromboembolismo venoso, las caídas hospitalarias y las úlceras por presión (JHA *et al.*, 2013). En los países en desarrollo, es posible que hasta el 83% de todos los eventos adversos podrían haberse evitado si se hubieran tomado medidas de seguridad adecuadamente (SLAWOMIRSKI; AURAAEN; KLAZINGA, 2017).

Específicamente en Brasil, la distribución anual por grupo de edad de incidentes relacionados con la seguridad del paciente reportados por el Sistema de Notificación de Vigilancia de la Salud (NOTIVISA) de 2022, destaca que la mayoría de los incidentes reportados a nivel nacional ocurren en el grupo de edad de 66 a 75 años. NOTIVISA es el sistema nacional computarizado para registrar problemas relacionados con el uso de tecnologías y procesos de atención, a través del monitoreo de la ocurrencia de quejas técnicas, incidentes y eventos adversos (BRASIL, 2022).

A lo largo de los años, el sistema nacional de salud brasileño ha venido desarrollando y mejorando sus procesos de trabajo de manera constante y progresiva, en vista de la necesidad de mejora continua de la calidad de vida de la población. En este sentido, el Programa Nacional de Seguridad del Paciente (PNSP) fue creado a través de la Ordenanza MS/GM No. 529, del 1 de abril de 2013, que tiene como

objetivo contribuir para la calificación de la atención en todo el sistema de salud del país (BRASIL, 2014). El PNSP surge como una estrategia importante en la creación e implementación de iniciativas dirigidas a la seguridad de los ancianos, ya que promueve y apoya la implementación de iniciativas dirigidas a la seguridad del paciente en diferentes ejes, además de ampliar el acceso de la población a la información sobre el tema, la inserción del paciente como protagonista de su cuidado y la familia en las acciones de seguridad del paciente (BRASIL, 2013).

Entre los conceptos y definiciones que contempla el PNSP, destacan los siguientes:

I - Seguridad del paciente: reducción, a un mínimo aceptable, del riesgo de daños innecesarios asociados con la atención médica;

II - Daños: deterioro de la estructura o función del cuerpo y/o cualquier efecto derivado de él, incluyendo enfermedades, lesiones, sufrimiento, muerte, discapacidad o disfunción, ya sea física, social o psicológica;

III - Incidente: evento o circunstancia que podría haber resultado, o resultado, en daños innecesarios al paciente;

IV - Evento adverso: incidente que resulta en daño al paciente;

V - Cultura de Seguridad: configurada a partir de cinco características operacionalizadas por la gestión de seguridad de la organización;

VI - Gestión de riesgos: aplicación sistémica y continua de iniciativas, procedimientos, conductas y recursos en la evaluación y control de riesgos y eventos adversos que afecten la seguridad, la salud humana, la integridad profesional, el medio ambiente y la imagen institucional.

El PNSP, desde su constitución e implementación, se inserta y sigue los objetivos internacionales de seguridad del paciente, propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (BRASIL, 2014). Estos objetivos promueven mejoras continuas y específicas en la seguridad del paciente, especialmente de las personas mayores, a través de aspectos problemáticos en el cuidado de la salud, proponiendo soluciones basadas en la evidencia científica. Seis son los objetivos establecidos:

- 1) Identificar correctamente al paciente;
- 2) Mejorar la seguridad de los medicamentos de alta vigilancia;
- 3) Desinfecte las manos con frecuencia para evitar infecciones;
- 4) Reducir el riesgo de lesiones al paciente debido a caídas
- 5) Asegurar la cirugía en el sitio de intervención, procedimiento y paciente correctos;
- 6) Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud.

Estos objetivos fueron priorizados en vista de la pequeña inversión necesaria para su implementación y el impacto de los errores y eventos adversos resultantes de la falta de ellos. Sin embargo, a pesar de los avances de los últimos 10 años, es necesario garantizar acciones que apoyen la

atención segura en los servicios de salud y fortalezcan la cultura de seguridad en los profesionales, los pacientes y sus familias.

En esta perspectiva, es necesario contextualizar la implementación de las metas de seguridad del paciente a través del PNSP en conjunto con las políticas públicas nacionales e internacionales en el contexto de la salud del anciano, con el fin de discutir los principales desafíos en la promoción de la seguridad en el proceso de envejecimiento.

En 2020, el Centro Colaborador de Calidad de Atención y Seguridad del Paciente (Proqualis) de Fiocruz, liderado por el Instituto de Comunicación e Información Científica y Tecnológica en Salud (ICICT) de Fiocruz, tradujo el informe publicado originalmente en inglés (*Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance*) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el portugués, titulado “Notification and learning systems from patient safety incidents: technical report and guidance”. Este artículo presenta la definición del término “Seguridad del Paciente”, que ha evolucionado a lo largo de los años como un marco de actividades organizadas creando culturas, procesos y procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en el cuidado de la salud, y que, de manera consistente y sostenible, es capaz de: reducir los riesgos, reducir la ocurrencia de daños evitables, reducir la probabilidad de errores y reducir su impacto cuando ocurren (PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ, 2022).

POLÍTICAS PÚBLICAS DEL ANCIANO EN BRASIL

Las políticas públicas se caracterizan como actos gubernamentales constituidos para aumentar la calidad de vida de la población y garantizar los derechos esenciales garantizados en la Constitución Federal.

Como hito inicial de las políticas dirigidas a lo antiguo, tenemos la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, convocada por las Naciones Unidas en 1982, que culminó en el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento y comenzó a apuntalar las políticas públicas del segmento a nivel internacional. Además, estimuló la agenda de reuniones y asambleas en los años siguientes enfocadas en la salud de los ancianos que impactaron la visión sobre esta población, especialmente en la década de 1990, pasando de pasiva y vulnerable a una figura activa e independiente. Ya en 2002, tuvo lugar en Madrid la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, con el objetivo principal de desarrollar una política internacional para el envejecimiento en el siglo XXI (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Con respecto a la protección de las personas de edad, el Estado brasileño establece algunas políticas, como el Estatuto de la Tercera Edad, la Política Nacional para las Personas de Edad y la Política

Nacional de Salud de las Personas de Edad, que tienen por objeto el envejecimiento saludable y la protección de las personas de edad más dependientes de los cuidados (MINAYO *et al.*, 2021).

En el artículo 15, el Estatuto del Adulto Mayor asegura la atención integral a la salud de los ancianos, a través del Sistema Único de Salud (SUS), garantizándoles un acceso universal e igualitario, incluida la atención especial a las enfermedades que afectan preferentemente a la población anciana (BRASIL, 2013).

La Política Nacional del Adulto Mayor, en el ámbito de la salud, prevé, entre otros, la garantía de la atención de la salud, en los distintos niveles de atención del SUS; adoptar y aplicar normas operativas a las instituciones geriátricas y similares; y buscar servicios de salud alternativos para los ancianos (BRASIL, 1994). A través de él, se identificaron directrices para promover el envejecimiento saludable, mantener y rehabilitar la capacidad funcional y atender las necesidades de salud (BRASIL, 2006).

Las Instituciones de Atención a Largo Plazo para Ancianos (ILEA) reciben a personas mayores de 60 años que necesitan vivienda transitoria o permanente, con o sin el apoyo de familiares a su cargo. Son personas mayores que oscilan sobre su dependencia de la atención durante toda su estadía y que necesitan personas preparadas para su atención básica y de salud (BRASIL, 2021).

La RDC n.º 502, de 27 de mayo de 2021, de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), prevé el funcionamiento de instituciones de larga estadía para adultos mayores de carácter residencial y tiene en su inciso 2 los aspectos obligatorios relacionados con la salud, incluida la elaboración semestral de un Plan de Atención de Salud, que prevé la atención integral de la salud de las personas mayores, abordar los aspectos de promoción, protección y prevención. En los hogares geriátricos, que caen como un servicio de salud, deben seguir otra legislación específica, como la RDC n.º 36 del 25 de julio de 2013, que prevé la seguridad del paciente en los servicios de salud (BRASIL, 2021; 2013).

Se agrega la necesidad de incluir en todas las etapas de organización la garantía de acceso, recepción y cuidado humanizado de la población anciana en los servicios de salud del SUS, es decir, no solo ejercitar la escucha, sino permitir que se traduzca en rendición de cuentas y capacidad de resolución de problemas, lo que lleva a la activación de redes internas, externas y multidisciplinarias. El cuidado debe ser guiado desde la funcionalidad global del anciano, considerando el riesgo de fragilidad existente y su grado de dependencia, buscando autonomía (capacidad de toma de decisiones) siempre que sea posible (BRASIL, 2014).

SEGURIDAD DEL PACIENTE: RETOS Y ESTRATEGIAS PARA PROMOVER EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SEGURO

Con el envejecimiento de la población brasileña, otras demandas requieren respuestas de políticas sociales que involucran al Estado y a la sociedad, lo que implica nuevas formas de cuidado, especialmente para el cuidado a largo plazo y el cuidado domiciliario. En 2002, la OMS publicó directrices sobre envejecimiento activo como guía de política sanitaria basada en tres pilares básicos: salud, participación y seguridad. El envejecimiento activo consiste en aumentar la expectativa de una vida saludable para todas las personas que están pasando por este proceso, incluidas aquellas que son frágiles, físicamente discapacitadas y requieren cuidados (BRASIL, 2014).

Por otro lado, existe un escenario nacional diferente al recomendado por la OMS, que se puede evidenciar en un estudio de series temporales realizado entre 2000 y 2019, en el que los autores identificaron una tendencia creciente en las tasas de mortalidad por caída entre los ancianos en Brasil. Estos hallazgos sugieren la importancia de definir una línea de atención para este grupo etario, centrándose en la promoción de la salud en los ancianos y la prevención de los riesgos de caídas, con el objetivo de reducir el número de muertes por esta causa y favorecer la calidad de vida de estas personas (GONÇALVES *et al.*, 2022).

Un objetivo de seguridad que requiere especial atención es la correcta higiene de las manos realizada por profesionales y cuidadores formales o formales de las personas mayores, en la prevención de Infecciones Relacionadas con la Atención de Salud (IRAS). Silva y Cardoso (2021) señalan que un ambiente con alta circulación de personas, muchas con inmunidad natural suprimida, como los residentes de ILEA, debe existir vigilancia para garantizar el cumplimiento adecuado de tal práctica, a fin de garantizar una atención de salud de calidad para los ancianos.

La prevención de caídas es otro objetivo de gran relevancia en cuanto a la seguridad de la persona mayor, ya que este grupo etario tiene una mayor incidencia de este evento con complicaciones severas. Corroborando esta afirmación, un estudio de análisis temporal de datos sobre mortalidad en ancianos que fueron víctimas de caída en Brasil, en una serie histórica de 2000 a 2019, mostró 135.209 muertes motivadas por la caída. Este resultado sugiere la definición de una línea de atención, centrada en la promoción de la salud en el sano y la prevención de los riesgos de caídas, previendo la reducción en el número de muertes por esta causa (GONÇALVES *et al.*, 2022).

En esta perspectiva, la longevidad causada por la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas trajo consigo otro factor preocupante para la población anciana. Los cambios fisiológicos causados por el envejecimiento y el sedentarismo adoptado, debido a la facilidad urbana, pueden desencadenar la aparición de enfermedades crónicas adquiridas a lo largo de la vida y la alteración patológica, caracterizadora y epidemiológica de transición, y llevando a las personas mayores a ser el

público con mayor incidencia de polipatologías, y que más necesita atención médica, especialmente relacionado con el uso de medicamentos (NARDE; LOURES, 2022).

Estos mismos autores señalan que, en las personas mayores, los riesgos son mayores debido a sus condiciones somáticas, como cambios en los receptores de medicamentos y una menor eficiencia de los mecanismos homeostáticos del cuerpo que pueden aumentar la sensibilidad a ciertos medicamentos al aumentar los efectos adversos y las interacciones medicamentosas.

Ante esta preocupación, la Organización Panamericana de la Salud (OPAS) lidera la propuesta de Envejecimiento Saludable 2021-2030, declarada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2020. Se basa en directrices anteriores como la Estrategia Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud de la OMS, el Plan de Acción Internacional de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento Madrid (2002) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas. Las personas mayores están en el centro del plan, que reúne los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, las agencias internacionales, los profesionales, los medios de comunicación y el sector privado para mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y comunidades (OPAS, 2020). Esta propuesta propone cuatro ámbitos de actuación, según el Tabla 1.

Tabla 1. Las cuatro áreas de acción de la década: “Envejecimiento Saludable 2021-2030”, OPAS, 2020.

AREAS	METAS
I- Cambiar la forma en que pensamos, sentimos y actuamos sobre la edad y el envejecimiento	Garantizar: la independencia y autonomía de los ancianos; consentimiento informado en relación con la salud; igual reconocimiento de la ley; seguridad social, accesibilidad y movilidad personal; muchos otros derechos humanos fundamentales.
II- Asegurar que las comunidades promuevan las capacidades de los ancianos	Garantizar: asistencia técnica a los países para crear entornos acogedores para las personas de edad, asegurando la inclusión de los más vulnerables; oportunidades para conectar ciudades y comunidades; intercambiar información y experiencias y facilitar el aprendizaje a través de líderes en países, ciudades y comunidades sobre lo que funciona para promover el envejecimiento saludable en diferentes contextos; herramientas y apoyo para que los países, ciudades y comunidades monitoreen y evalúen el progreso en la creación de entornos que acojan a los ancianos; e identificar prioridades y oportunidades para la acción colaborativa y el intercambio entre redes y otras partes interesadas.
III - Brindar atención integrada y servicios de atención primaria de salud centrados en la persona y adecuados para la salud	Proporcionar atención médica de buena calidad a las personas mayores, integrada entre proveedores y servicios, con énfasis en la prestación sostenible de atención a largo plazo. Integrar los sectores sanitario y social en un enfoque centrado en la persona e implementar servicios orientados al mantenimiento y mejorar la capacidad funcional esencial para lograr un envejecimiento saludable

IV - Proporcionar acceso a cuidados de larga duración para los jóvenes necesitados	Promover el acceso de las personas mayores a una atención de larga duración de buena calidad, con el fin de mantener la capacidad funcional, disfrutar de los derechos humanos básicos y vivir con dignidad. Apoyar a los cuidadores para que puedan proporcionar una atención adecuada y también cuidar de su propia salud.
--	--

Fuente: Adaptado de la OPAS, 2020.

Con base en las recomendaciones de los objetivos internacionales de la OMS y otras iniciativas, como la propuesta de las cuatro áreas de acción de la década de la OPAS “Envejecimiento Saludable 2021-2030”, es posible desarrollar planes de atención más participativos, con la participación activa de la persona mayor/cuidador, siempre que sea posible, en acciones y actividades capaces de prevenir eventos adversos relacionados con la atención de salud y, mantener la capacidad funcional y promover una mejor calidad de vida.

CONSIDERACIONES FINALES

Las personas mayores que viven en ILEA están constantemente expuestas a factores que causan daños a la atención médica. En este escenario, los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente son pautas fundamentales para mejorar la calidad de la salud y para la atención libre de riesgos para las personas mayores institucionalizadas.

Por lo tanto, es importante transformar tales pautas en herramientas operativas basadas en comportamientos y tecnologías que promuevan una cultura de seguridad y un ambiente efectivo en el cuidado de la salud, específicamente en el cuidado de la salud de la persona sana.

Vale la pena mencionar que, para lograr estos objetivos, las estrategias efectivas insertadas dentro de un plan de acción son esenciales. Sin embargo, es fundamental que estas acciones sean siempre individualizadas y adaptadas a las necesidades y características intrínsecas de este público, considerando, principalmente, las limitaciones funcionales y cognitivas que impone el envejecimiento.

Finalmente, destacamos que el trabajo del equipo multidisciplinario es fundamental para fortalecer una cultura de seguridad, siempre con el objetivo de mitigar los riesgos para las personas mayores institucionalizadas y mantener un ambiente armónico durante la rutina de atención.

REFERENCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, Seção 1, Pág. 36. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 12 fev. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA. **Resolução - RDC nº 502, de 27 de maio de 2021.** Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 maio. 2021. Seção 1, p. 110. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf. Acesso em: 12 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso.** 3ª ed. Brasília: MS, Disponível em: 2013. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 11 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 13 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS:** proposta de modelo de atenção integral - XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 11 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 29:** Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2014 a 2022. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletins-e-relatorios-das-notificacoes-de-irras-e-outros-eventos-adversos-1/BR_2014__2022.pdf Acesso em: 13 fev. 2023.

ESCORSIM, S. M. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. **Serviço Social e Sociedade.** n. 142, p. 427-446, set./dez., 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/KwjLV5fqvw6tWsfWVvczcMn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C.. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Col,** v. 26, n. 1, p. 77-88, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4nH53DFx39SRCC3FkHDyzy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2023.

GONÇALVES, I. C. M. *et al.* Tendência de mortalidade por quedas em idosos, no Brasil, no período de 2000–2019. **Rev Bras Epidemiologia**, v. 25, 2022. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rbepid/2022.v25/e220031/pt>. Acesso em: 10 fev. 2023.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Políticas de apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. **Ciências & Saúde Col**, v. 26, n. 1, p. 137-146, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/c8BbYnbBswyVxf7cMNQWXkR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2023.

NARDE, V. L. C.; LOURES, S. L. C. S. Prevalência da polifarmácia em idosos de uma instituição de longa permanência. **Rev Cient Faminas**, v. 17, n. 1, 2022. Disponível em: https://periodicos.faminas.edu.br/index.php/RCFaminas/article/view/670/pdf_73. Acesso em: 10 fev. 2023.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento**, 2003. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, v. 1, 2003. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030)**. OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>. Acesso em: 11 fev. 2023.

PROQUALIS. Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde - FIOCRUZ. **Sistemas de notificação e aprendizagem a partir de incidentes de segurança do paciente**: relatório técnico e orientações. 2022. Disponível em: <https://proqualis.net/.../sistemas-de-notifica%C3%A7%C3>. Acesso em 21.fev 2023.

SILVA, V. H. R.; CARDOSO, A. M. A importância da higienização das mãos dos acompanhantes de pacientes. **Rev Cient Esc Est de saúde Púb Goiás – “Candido Santiago”**. v. 7, 2021. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/283/178>. Acesso em: 10 fev. 2023.

SLAWOMIRSKI, L.; AURAAEN, A.; KLAZINGA, N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. **OECD Health Working Papers**, 96, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>. Acesso em: 21 fev. 2023.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciências & Saúde Col**, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>. Acesso em: 11 fev. 2023.

Capítulo 4

Correcta identificación en el cuidado de los ancianos institucionalizados

Irla Milena de Albuquerque Biegging, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Paulo Henrique do Nascimento, José Felipe Costa da Silva, Adriana Catarina de Souza Oliveira, Gilson de Vasconcelos Torres, Vilani Medeiros de Araújo Nunes e Thaiza Teixeira Xavier Nobre.

PRESENTACIÓN

En los últimos años, el mundo entero ha estado observando la tendencia al envejecimiento de la población. En Brasil, según la Encuesta Nacional por Muestreo de Hogares (ENMH) realizada en 2018, el segmento de población que más aumenta es el de las personas mayores, que ha mantenido la tendencia de envejecimiento de los últimos años y ha ganado 4,8 millones de ancianos desde 2012, superando la marca de 30,2 millones en 2017, con tasas de crecimiento de más del 4% anual para la década de 2012 a 2022, representando, en el mismo período, un aumento promedio de más de un millón de personas mayores/año. Las proyecciones indican que, para 2030, el número de personas mayores superará en aproximadamente 2,28 millones al de niños y adolescentes de cero a 14 años. En 2050, la población anciana representará alrededor del 30% de la población brasileña, mientras que los niños y adolescentes, el 14% (IBGE, 2018).

El anciano tiene características peculiares en cuanto a la presentación, instalación y resultado de los problemas de salud, traducidas por una mayor vulnerabilidad a los eventos adversos, que requieren intervenciones multidimensionales y multisectoriales centradas en el cuidado (BRASIL, 2014). Dada esta mayor vulnerabilidad y riesgos de eventos adversos, algunos elementos conforman la construcción del tema de la seguridad del paciente y la complejidad de los procesos de trabajo en las diversas instituciones que prestan atención a la población. La identificación del paciente es integral y de responsabilidad multidisciplinaria, ya que involucra aspectos de estructura, diseño de procesos de trabajo, cultura organizacional, práctica profesional y participación de los usuarios, y su norte tiene como objetivo minimizar los riesgos para la salud y como objetivo asegurar que reciba la atención correcta.

En el contexto de las Instituciones de Atención a Largo Plazo para la Salud (ILEA), el proceso de identificación es esencial para garantizar la seguridad y la calidad de la atención médica. Sin embargo, los factores culturales, organizativos, materiales y humanos contribuyen a su no conformidad, induciendo errores o conduciendo a eventos adversos (TASE *et al.*, 2013).

Aunque no se caracteriza oficialmente como una institución de salud en Brasil, los ILEA brindan atención médica y atención a residentes que generalmente tienen muchas comorbilidades. Es importante mapear los riesgos relacionados con posibles errores derivados del proceso de correcta identificación de ancianos residentes con el fin de verificar los factores causales, permitiendo así proponer acciones de mejora para reducir los riesgos y así garantizar una atención segura y de calidad.

En el caso de la población anciana residente en ILEAs, es importante que al ingreso y durante el cuidado diario se verifique y revise cuidadosamente toda la información sobre medicamentos prescritos, alimentación, exámenes solicitados y todas las actividades en las que los residentes participarán dentro de la institución e incluso cuando sea necesario enviar para realizar exámenes fuera del LSIE y antes de que se deba realizar cualquier procedimiento. Comprobación de los datos de la persona mayor. Con estas medidas, se garantizará la seguridad de estas personas y la experiencia de la calidad de la atención se convierte en la mejor posible, minimizando las posibilidades de errores y daños a la salud.

CUIDADOS EN LA IDENTIFICACIÓN DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

La identificación correcta es el proceso de combinar correctamente a un individuo con las intervenciones previstas y comunicar información sobre su identidad de manera precisa y confiable durante todo el proceso de atención (ERCI, 2016). La correcta identificación en el cuidado de la persona mayor no se limita al entorno hospitalario. Ayuda a reducir los errores y daños en la prestación de atención en todos los niveles de atención.

Una de las principales razones de la importancia de realizar una identificación correcta se debe a errores resultantes de una identificación incorrecta, y estos son evitables (ERCI, 2016). Además, la identificación incorrecta de la persona mayor puede afectar negativamente el tratamiento ofrecido y dar lugar a resultados adversos, como el aumento de la demanda de atención y gastos de salud (RIPLINGER; PIERA-JIMÉNEZ; DOOLING, 2020).

Se debe realizar una identificación correcta en todos los servicios donde se accede o registra la información de un residente de ILEA. Esto se debe a que los errores en la identificación del residente pueden conducir a intervenciones erróneas, retrasos en el tratamiento, daños graves e incluso la muerte (THE JOINT COMMISSION, 2018).

Sabiendo que los errores cometidos en la identificación conducen a fallas en la seguridad de la persona mayor y se reflejan negativamente en los de los servicios ofrecidos, cabe señalar que los factores que contribuyen a la identificación incorrecta de estas personas incluyen la duplicación de registros médicos, el uso de registros médicos de una persona con un nombre similar y solo la confirmación verbal de los datos de la persona mayor (RIPLINGER; PIERA-JIMÉNEZ; DOOLING, 2020). Estos factores pueden hacer que la persona mayor se someta a tratamientos que no corresponden a sus necesidades de salud y, en lugar de mejorar su calidad de vida y salud, las empeoren.

La duplicación de información en las carpetas o registros de los residentes es un punto crucial a observar en los ILEA. Debido a la inexactitud y la falta de disponibilidad de datos, la existencia de registros duplicados del mismo residente puede conducir a la duplicación de tratamientos y pruebas. Se plantearon algunas razones para este problema, como la falta de estandarización de los datos y la

finalización incompleta de la información (JUST *et al.*, 2016), que afectan directamente la atención dirigida a las personas mayores.

En los ILEA, puede haber puntos críticos que dificulten la identificación correcta de la persona mayor. Factores como personas con nombres, fechas de nacimiento y nombres de madres similares, transcripción incorrecta de nombres, ausencia de estandarización de la identificación e identificación incompleta pueden contribuir a la identificación incorrecta de ancianos institucionalizados (BRASIL, 2018). La estandarización de los protocolos debe ser adoptada por las instituciones para contribuir a la correcta identificación de las personas.

Además, la sobrecarga de trabajo también puede contribuir a la identificación incorrecta de la persona mayor (ALVES *et al.*, 2018). Contar en el ILEA con el número adecuado de profesionales es fundamental para la calidad y seguridad de la atención ofrecida a los residentes. Además, la necesidad de capacitar a estos profesionales con respecto a las prácticas de cuidado seguro y la importancia de identificar correctamente a la persona mayor.

La confirmación de la identificación de la persona mayor es responsabilidad de todos los profesionales directa o indirectamente involucrados en el proceso de cuidado, incluidos los profesionales de los sectores administrativos y que trabajan para apoyar a estas personas (ANVISA, 2018).

MECANISMOS PARA LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

La identificación del anciano debe realizarse en su ingreso en la ILEA mediante la correcta y completa cumplimentación de sus datos en la historia clínica. Las fallas en la correcta identificación de los residentes pueden llevar a varios problemas.

De acuerdo con *las recomendaciones de The Joint Commission (2022a)*, es necesario utilizar al menos dos identificadores al brindar atención, realizar algún tratamiento o procedimiento, administrar medicamentos o tomar muestras de materiales biológicos para exámenes clínicos de personas mayores institucionalizadas. Solo el número o la ubicación de la habitación de la persona mayor no es suficiente para identificarlos.

La participación activa del paciente en el proceso de identificación segura, que no debe limitarse solo a la verbalización del nombre del paciente, es un aspecto importante a considerar para obtener este objetivo internacional de seguridad del paciente. Sin embargo, en el contexto de la atención a los ancianos, aparecen deficiencias cognitivas y patologías neurodegenerativas, y en este contexto, tanto a nivel nacional como internacional, las organizaciones de referencia recomiendan el uso de otras estrategias, como el reconocimiento facial (ANVISA, 2018; THE JOINT COMMISSION, 2022a),

especialmente cuando la persona mayor tiene alguna limitación que le impide involucrarse en el proceso de confirmación de su identificación.

Algunas estrategias pueden ser adoptadas por los ILEAs para contribuir a la identificación de sus residentes, como el uso de una foto actualizada en las historias clínicas, la verificación periódica de los documentos de identificación de la persona mayor y el uso de tecnología como la identificación por biometría o reconocimiento facial. Es importante recordar que la correcta identificación del anciano institucionalizado es fundamental para garantizar su seguridad en el entorno institucional.

Aunque la tecnología puede contribuir a la correcta identificación de la persona mayor, por sí sola puede no ser precisa (THE JOINT COMMISSION, 2018). Esta acción requiere un enfoque amplio y paciente, considerando los identificadores disponibles, especialmente cuando se trata de personas homónimas, es decir, con el mismo nombre, y la necesidad de verificar cuidadosamente la información disponible antes de someter a la persona mayor a cualquier intervención.

Además, el ILEA puede, y debe, desarrollar e implementar protocolos para la identificación de sus residentes a seguir por todos los que trabajan en la institución, asegurando así que se sigan todos los mecanismos de identificación y se identifique correctamente a los residentes cuando reciben alguna intervención, como la administración de medicamentos o recibir la dieta adecuada a sus necesidades.

Es importante reforzar que la persona mayor también está incluida en este proceso de identificación, asegurando la autonomía y la participación activa. Informarles sobre los riesgos que conlleva la identificación incorrecta y la necesidad de confirmar sus datos los convierte en agentes activos y colaborar con la verificación de su información antes de recibir cualquier intervención, ya sea farmacológica o terapéutica, pudiendo ser utilizada como identificador para su diagnóstico clínico. Esto contribuirá a la reducción de posibles daños y errores resultantes de la identificación incorrecta de este individuo.

PRÁCTICAS DE SEGURIDAD UTILIZADAS PARA LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Para la identificación de pacientes, órganos y servicios de salud elaborar e implementar instrumentos como guías y protocolos. En este escenario, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) identifica prácticas de seguridad recomendadas y confiables para esta identificación que pueden ser incorporadas por los equipos de ILEA para garantizar una identificación correcta y efectiva.

El desarrollo e implementación de procesos de identificación de pacientes requiere la debida atención para evitar errores, lo que requiere planificación y calificación del equipo, incluso desde una perspectiva continua (THE JOINT COMMISSION, 2022a). Para ello, se utilizan prácticas de seguridad a partir de identificadores que se pueden encontrar con el uso de la tecnología.

Desde esta perspectiva, el requisito principal es identificar de manera confiable a la persona a la que está destinado el servicio o tratamiento y corresponder el servicio o tratamiento a esa persona. Instrumentos como las directrices abordadas por el Manual de Atención Domiciliaria definen el concepto de identificador de paciente como información directamente asociada con un individuo que tiene como objetivo identificar de manera confiable a la persona a la que está destinado el servicio o tratamiento (THE JOINT COMMISSION, 2022b).

Los identificadores aceptables se pueden usar el nombre del individuo, un número de identificación asignado, número de teléfono, fecha de nacimiento u otro identificador específico del paciente, como su diagnóstico clínico. Los identificadores pueden clasificarse como aceptables y no aceptables, que son tecnológicos y no tecnológicos, como se ejemplifica en la Tabla 1.

Tabla 1. Clasificación de identificadores aceptables utilizados en la correcta identificación de ancianos institucionalizados. Fortaleza, CE, 2023

CLASIFICACIÓN	IDENTIFICADORES
No tecnológico	Nombre completo
	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
	Nombre completo de la madre
	Foto en las historias clínicas
	Diagnóstico clínico
	Intervención nutricional individualizada
	Uso de nombre o alias temporal*
Tecnológico	Reconocimiento facial
	Biometría
	Registros médicos electrónicos

* Se utiliza cuando existe la necesidad de proteger el anonimato de la persona mayor.

CONSIDERACIONES FINALES

La correcta identificación del anciano institucionalizado es fundamental para minimizar errores y daños en la prestación de atención integral a la salud, con el objetivo de garantizar una atención segura y de calidad. Por lo tanto, es necesario mejorar las estrategias utilizadas en el proceso de identificación en los ILEAs, especialmente cuando se somete al anciano a alguna intervención, con el fin de evitar eventos adversos para su salud.

Esta acción es responsabilidad de todos los que trabajan en los ILEA y que están en contacto directo o indirecto con los ancianos. Por lo tanto, la adopción de protocolos y la calificación de los empleados puede ayudar a estos profesionales a actuar de manera estandarizada y garantizar que la identificación del residente sea precisa.

REFERENCIAS

ALVES, K. Y. A. *et al.* Identificação do paciente nos registros dos profissionais de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 79-86, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800012>. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 13 fev. 2023.

BRASIL. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Módulo 2: Protocolos de Segurança do Paciente I. ANVISA**; 2018. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6383/4/Unidade%201%20-%20Mecanismos%20de%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pacientes%20Servico%20Saude.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2023.

ECRI. The Emergency Care Research Institute. **ECRI Institute PSO Deep Dive: Patient Identification: Executive Summary**. ECRI Institute; 2016. Disponível em: https://www.ecri.org/Resources/Whitepapers_and_reports/PSO%20Deep%20Dives/Deep%20Dive_PT_ID_2016_exec%20summary.pdf. Acesso em: 13 fev. 2023.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 21 fev. 2023.

JUST, B. H. *et al.* Why Patient Matching Is a Challenge: Research on Master Patient Index (MPI) Data Discrepancies in Key Identifying Fields. **Perspectives in health information management**, v. 13, abr. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4832129/>. Acesso em: 13 fev. 2023.

RIPLINGER, L.; PIERA-JIMÉNEZ, J.; DOOLING, J. P. Patient Identification Techniques - Approaches, Implications, and Findings. **Yearbook of Medical Informatics**, v. 29, n. 1, p. 81-86, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1055%2Fs-0040-1701984>. Acesso em: 13 fev. 2023.

TASE, T. H. *et al.* Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 3, set. 2013.

THE JOINT COMMISSION. Quick Safety: People, processes, health IT and accurate patient identification. **The Joint Commission**, v. 45, out. 2018. Disponível em: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/newsletters/qs_hit_and_patient_id_9_25_18_finalpdf.pdf. Acesso em: 13 fev. 2023.

THE JOINT COMMISSION. National Patient Safety Goals. **Effective January 2023 for the Nursing Care Center Program**. 2022a. Disponível em: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2023/npsg_chapter_ncc_jan2023.pdf. Acesso em: 13 fev. 2023.

THE JOINT COMMISSION. **Two Patient Identifiers - Understanding The Requirements**: What are the key elements organizations need to understand regarding the use of two patient identifiers prior to providing care, treatment or services?. The Joint Commission, 2022b. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/standards/standard-faqs/home-care/national-patient-safety-goals-npsg/000001545/>. Acesso em: 13 fev. 2023.

Capítulo 5

Comunicación efectiva en el cuidado del anciano institucionalizado

Moniky Keuly Marcelo Rocha Lima, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Vilani Medeiros de Araújo Nunes, José Felipe Costa da Silva, Luciana Araújo dos Reis, Kamilla Sthefany Andrade de Oliveira e Thaiza Teixeira Xavier Nobre.

PRESENTACIÓN

El envejecimiento de la población trajo cambios en el perfil demográfico y epidemiológico en Brasil y en el mundo, lo que llevó a adaptaciones y nuevas formas de atención a la salud, produciendo demandas que requieren respuestas de políticas sociales que involucran al Estado y a la sociedad. Esta realidad global implica nuevas formas de atención médica, especialmente la atención en las Instituciones de Largo Plazo para la Salud (ILEAs) (OLIVEIRA, 2019).

En los ILEA existen cuidados especiales y específicos que deben ofrecerse diariamente a las personas institucionalizadas. En este espacio, pueden ocurrir errores en la prestación de cuidados y servicios, como ocurren en unidades hospitalarias o ambulatorias (ALVES-SILVA; SCOSOLINI-COMINI; SANTOS, 2013).

Los mayores errores de salud ocurren debido a la falta de comunicación efectiva entre un equipo de diferentes unidades de salud o con los pacientes (LEMOS *et al.*, 2018). Esto puede generar tanto pequeños conflictos administrativos, como diagnósticos y procedimientos incorrectos, ya que los problemas de comunicación pueden interferir con la continuidad y la calidad del trabajo y en la satisfacción de las necesidades de profesionales y pacientes (MOREIRA, 2019). Por lo tanto, la comunicación efectiva es esencial para la calidad del servicio prestado y para la seguridad en la prestación de atención a las personas.

En Brasil, la importancia de la comunicación efectiva en los servicios de salud se difundió después de la publicación del Decreto Ministerial n° 529/2013, que consagró la comunicación efectiva como un objetivo de la seguridad del paciente (BRASIL, 2013). La comunicación efectiva requiere escuchar con cualificación, comprender un mensaje y unirse a todos los miembros del equipo (MOREIRA, 2019). Cuando se trata de humanización en la atención de salud brindada a los ancianos, se asume la agregación de actitudes de comunicación, afecto, confianza y empatía (SILVA, 2019).

En los ILEA existe una gran necesidad en la calificación de los servicios y la implementación de una comunicación efectiva, pero para que esto ocurra, son necesarios varios cambios organizativos y asistenciales. Entre algunas características que deben observarse como una gestión acogedora, los recursos humanos y los materiales de asistencia suficientes para las demandas locales, el ambiente

armonioso y los profesionales involucrados en el cuidado pueden percibir sus potencialidades y debilidades (FARIAS *et al.*, 2018).

LA COMUNICACIÓN EFECTIVA COMO OBJETIVO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS INSTITUCIONES DE LARGA ESTANCIA PARA PERSONAS MAYORES (ILEAs)

En los procesos de atención médica, pueden ocurrir problemas que proporcionan riesgos para la salud de las personas que necesitan atención, los llamados eventos adversos. Estos eventos se caracterizan como todas las circunstancias médicas que causan complicaciones no deseadas en la atención al paciente y no son atribuibles a la progresión de la enfermedad subyacente, sino más bien a un evento impredecible, no deseado u ofensivo para la salud del paciente en los servicios de salud (PENA; MELEIRO, 2018). Como estrategia para mitigar estos problemas, se pueden mejorar las formas de comunicación entre el equipo de salud y con los pacientes.

En general, los eventos adversos se relacionan con fallas en el paso de información entre los profesionales que componen el equipo interdisciplinario, asociadas a largas jornadas de trabajo y registros de salud realizados de manera ilegible e incompleta (SOUSA *et al.*, 2020). La comunicación efectiva es uno de los determinantes de la calidad ofrecida y la seguridad del paciente en los servicios de salud (OLINO *et al.*, 2019). En las ILEA, las fallas de comunicación pueden acarrear serios problemas con la salud de los residentes en vista de la mayor vulnerabilidad que presentan estos individuos, lo que requiere una gran atención por parte de los profesionales que trabajan en ellas.

Se enfatiza que las consecuencias resultantes de la falta de comunicación generalmente están relacionadas con eventos adversos, como la dispensación incorrecta de medicamentos, caídas, accidentes con pacientes o con equipos médicos y la aparición de infecciones (CARLESI *et al.*, 2017). Tales eventos son en su mayoría evitables si se adoptan medidas de seguridad como la comunicación efectiva, lo que proporciona mejoras en la atención brindada a los ancianos.

La política de seguridad del paciente surge como una estrategia, o herramienta, que puede estandarizar la atención prestada a los usuarios de los servicios de salud, minimizando la incidencia de lesiones y eventos adversos. La comunicación efectiva, como uno de los objetivos, es un ítem de mayor atención, debido a la extrema necesidad de una comunicación precisa, clara y objetiva entre profesionales, sectores y paciente/familia/cuidador, para continuar a los servicios de salud con mayor seguridad (SOUSA *et al.*, 2020).

La efectividad de la comunicación ocurre cuando los involucrados en el proceso de atención comparten información de manera precisa y completa, registrándola y revisándola entre ellos para verificar la exactitud de los datos (OLINO *et al.*, 2019). La comunicación es esencial para garantizar la seguridad del paciente, independientemente del ámbito en el que esté siendo atendido. Sin embargo, en

los ILEAs, la comunicación entre el equipo que actúa directa e indirectamente con los residentes es fundamental, y no debe limitarse a los profesionales de la salud debido a aspectos que comprenden estas instituciones, que están vinculadas a la asistencia social, pero también ofrecen atención de salud.

En los procesos de trabajo, los profesionales de la salud tienen dificultades para mantener una comunicación que favorezca el trabajo en equipo y la continuidad de la atención dentro y fuera de los servicios. Una de las características que influyen en este resultado puede ser la falta de estandarización, la incompetencia o la falta de conciencia de la importancia de la comunicación afectiva como predictor de la calidad en la atención (BAGNASCO *et al.*, 2013). La capacidad de comunicarse de manera efectiva, transmitiendo información precisa, oportuna, clara e inequívoca, y comprensible por el receptor, ayuda a reducir la ocurrencia de estos errores. Para ello, es necesario implementar protocolos en los ILEAs con el fin de reducir incidentes y errores resultantes de fallas en la comunicación entre el equipo multidisciplinario.

Por lo tanto, es necesario que cada profesional reconozca sus debilidades y esté emocionalmente preparado para actuar en el cuidado de la salud. Además, buscar un lenguaje claro es fundamental para una relación respetuosa, sugiriendo el fortalecimiento del vínculo del equipo interdisciplinario y los pacientes. El desempeño profesional requiere, entonces, humanización, habilidad, responsabilidad, compromiso y por parte de la gerencia, educación permanente para la salud (SOUSA *et al.*, 2020).

COMUNICACIÓN EFECTIVA EN LA RELACIÓN DEL EQUIPO CON EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

En el cuidado de la persona mayor, especialmente aquellas que se encuentran en situaciones más vulnerables, debe estar dirigido a promover y estimular su independencia, participación, autoestima y autocuidado. Sin embargo, para cuidar, es necesario tener una buena comunicación, ya que, en sus diferentes formas, sirve para legitimar comportamientos y acciones. La comunicación es un proceso dinámico, verbal o no verbal, que permite que dos personas se vuelvan accesibles entre sí y puedan compartir sentimientos, opiniones, experiencias e información (PROCHET; SILVA, 2012).

La mejora en la comunicación durante la atención ofrecida en las ILEA es un tema que debe involucrar a todos los profesionales directa o indirectamente involucrados en el cuidado del anciano. Esto se debe a posibles alteraciones en esta comunicación debido a cambios de turno, horarios de trabajo, información incorrecta e incompleta sobre el uso de medicamentos, tipo de dieta, alergias, entre otros. Esta situación puede comprometer el seguimiento, la correcta administración de medicamentos y también la observación sobre el cambio en las prescripciones en relación con la suspensión o reemplazo de medicamentos. Estos cambios deben ser informados a los cuidadores, a un equipo multidisciplinario y, cuando sea posible, a la familia (MUNHOZ *et al.*, 2022).

Además de la comunicación interprofesional, existe la necesidad de comunicación interpersonal entre cuidadores, personas institucionalizadas y sus familias. La familia es un gran punto de apoyo en el cuidado de los ancianos, mejorando o aumentando los vínculos afectivos a través de estrategias institucionales, fortaleciendo los vínculos y mejorando la comunicación, que es una variable de la calidad de la atención (CREUTZBERG *et al.*, 2019).

Por otro lado, la comunicación no efectiva, especialmente con los ancianos, puede presentar ruido, poniendo en riesgo la calidad de la atención prestada, porque el cuidado de la población anciana tiene particularidades, en vista de la singularidad del proceso de senescencia. Por lo tanto, es esencial fortalecer la comunicación efectiva en las ILEA, ya que la seguridad de las personas mayores depende del intercambio de información precisa y clara para evitar posibles resultados adversos para la salud.

La calidad de la atención dirigida a estas personas requiere una disminución en la incidencia de estos eventos, incluyendo la reducción de errores evitables, como la reducción del riesgo de caídas y enfermedades iatrogénicas. Esto se debe a que el cuidado de la persona mayor debe ser más intenso, dado el factor edad, lo que la hace más vulnerable a los eventos adversos (SOUSA *et al.*, 2016). Además, la falta de una comunicación clara y oportuna puede resultar en confusión y frustración por parte de los residentes y sus familias, lo que puede disminuir la confianza en el equipo de salud y dar lugar a quejas y demandas.

La comunicación efectiva es uno de los objetivos que apoyan la seguridad de la persona mayor en ILEAs, su ineficiencia puede resultar en graves daños a la salud de estas personas. Implica comunicación verbal y no verbal y debe hacerse de manera clara, precisa y oportuna entre todos los profesionales que trabajan en estas instituciones. Esto ayuda a garantizar que todos sean conscientes de las necesidades y demandas de los ancianos y puedan trabajar juntos para proporcionar una atención coordinada y efectiva.

CONSIDERACIONES FINALES

La comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y los pacientes es esencial para evitar eventos adversos y es un enfoque primario para la calidad y seguridad del servicio prestado en el cuidado de los individuos. Además de ser un proceso que tiene como objetivo garantizar la comprensión y el intercambio de los mensajes enviados y recibidos, la comunicación requiere una buena gestión de las emociones, porque los sentimientos y posturas de sensibilidad, empatía, confianza y respeto mutuo ayudan en la toma de decisiones.

En la atención de salud prestada a las personas mayores, la comunicación merece aún más prominencia, en vista de las peculiaridades del proceso de envejecimiento. Además de las dificultades y barreras de comunicación resultantes de posibles limitaciones físicas, psíquicas y cognitivas, o incluso como resultado de la diversidad cultural y las diferentes experiencias de vida de esta población. En este

sentido, la claridad y la coherencia son fundamentales para una relación de cooperación, que garantice resultados positivos tanto para el equipo como para las personas mayores, sea cual sea el contexto en el que se encuentren.

Los ILEA deben priorizar la comunicación clara y precisa e implementar protocolos de comunicación estandarizados para garantizar que toda la información se comparta de manera consistente y confiable. Es importante que los profesionales de la salud reciban capacitación regular en técnicas de comunicación efectivas, como la escucha activa, para garantizar que la comunicación sea una prioridad en todos los aspectos de la atención a los ancianos institucionalizados.

REFERENCIAS

ALVES-SILVA, J. D.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 26, p. 820-830, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/qqS5Cdp9JcWBgW4Q84MDwsD/>. Acesso em: 14 fev. 2023.

BAGNASCO, A. *et al.* Identifying and correcting communication failures among health professionals working in the Emergency Department. **International Emergency Nursing**, v. 21, n. 3, p. 168-172, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.07.005>. Acesso em: 21 fev. 2023.

CREUTZBERG, M. *et al.* A comunicação entre a família e a Instituição de Longa Permanência para Idosos. **Rev Bras Geriat Gerontol**, v. 10, p. 147-160, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10022>. Acesso em: 20 fev. 2023.

FARIAS, E. S. *et al.* Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Cad Grad - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - SERGIPE**, v. 4, n. 3, p. 139-139, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5168>. Acesso em: 21 fev. 2023.

LEMOS, G. C. *et al.* A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Rev Enferm Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>. Acesso em: 14 fev. 2023.

MOREIRA, F. T. L. S. *et al.* Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>. Acesso em: 20 fev. 2023.

MUNHOZ, N. C. *et al.* A importância do farmacêutico na adesão e conciliação medicamentosa de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev Terra & Cultura: Cad Ensino e Pesquisa**, v. 38, n. especial, p. 377-388, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/2785>. Acesso em: 20 fev. 2023.

OLINO, L. *et al.* Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>. Acesso em: 20 fev. 2023.

OLIVEIRA, A.S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia-Rev Bras Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia153248614>. Acesso em: 18 fev. 2023.

PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. **Rev Enferm UFSM**, v. 8, n. 3, p.616–625, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769225432>. Acesso em: 18 fev. 2023.

PROCHET, T. C.; SILVA, M. J. P. Fatores ambientais como coadjuvantes na comunicação e no cuidar do idoso hospitalizado. **Rev Bras Enferm**, v. 65, p. 488-494, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000300014>. Acesso em: 17 fev. 2023.

SILVA, J. P. A. **Humanização e cuidados de enfermagem à saúde da pessoa idosa**. Monografia. Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2019. Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/285>. Acesso em: 20 fev. 2023.

SOUSA, J. A. V. *et al.* Risco para quedas e fatores associados em idosos institucionalizados. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 3, p. 416-421, 2016. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300016>. Acesso em: 20 fev. 2023.

SOUSA, J. B. A. *et al.* Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: Desafio na segurança do paciente. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 6467-6479, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-195>. Acesso em: 20 fev. 2023.

Capítulo 6

Seguridad de los medicamentos para ancianos institucionalizados: un enfoque multiprofesional

Alcides Viana de Lima Neto, Allyne Costa Siqueira, Gabriella Xavier Barbalho Mesquita, Jaiane Fabiola Medeiros Silva e Silva, Kamilla Sthefany Andrade de Oliveira, Livia Maria de Azevedo e Vilani Medeiros de Araújo Nunes

PRESENTACIÓN

En 2017, reconociendo que los medicamentos tienen un alto riesgo de daño a los usuarios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso el tercer desafío global de seguridad del paciente, llamado medicación no dañada. Este desafío presentó el objetivo de reducir en un 50% los daños graves y evitables relacionados con el uso de medicamentos durante los próximos cinco años (OMS, 2017).

Por lo tanto, la seguridad de los medicamentos corresponde a la adopción de procesos basados en la seguridad del paciente. Se refiere a rutinas y mecanismos que aseguran la reducción de riesgos, daños evitables, así como la probabilidad de errores y su impacto, en todas las etapas que involucran el sistema de medicamentos, a saber: prescripción, revisión o validación, distribución / dispensación, preparación, administración hasta el monitoreo de reacciones que pueden afectar al usuario (MEDEIROS; SANTOS, 2019; OMS, 2021).

Específicamente en las Instituciones de Atención a Largo Plazo para Ancianos (ILPI), la atención a estas prácticas debe ser implementada. Estos sitios representan contextos en los que los ancianos residentes pueden utilizar diferentes medicamentos para el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, lo que requiere un cuidado especial por parte de todos los trabajadores involucrados en las acciones. Por lo tanto, este capítulo tiene como objetivo discutir la seguridad de los medicamentos para las personas mayores institucionalizadas.

PRÁCTICAS SEGURAS EN LA PRESCRIPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA PERSONA MAYOR

La vejez no es una enfermedad, pero se sabe que la longevidad, el aumento de la esperanza de vida y el proceso de envejecimiento de la población están asociados con cambios en el perfil epidemiológico de las enfermedades, incluyendo el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas degenerativas, discapacidades físicas y mentales, y un mayor consumo de medicamentos (PAGNO *et al.*, 2018). En los últimos años, la población anciana ha sufrido una falta de integración y centralización de la atención que tiene como consecuencia la atención de diversas especialidades médicas y el uso de múltiples medicamentos.

Considerando que los ancianos a menudo hacen uso de diversos medicamentos y la complejidad de los procesos relacionados con ellos, la inclusión de prácticas seguras en los ILPI, incluyendo la participación del equipo de salud, incluyendo el profesional farmacéutico, posiblemente implicará mejoras tanto en la estructura organizativa de estos procesos como en el mejor manejo de la farmacoterapia de los residentes, a través del trabajo colaborativo con el equipo multidisciplinario, con impactos positivos para las ILPI, los ancianos y, en consecuencia, el sistema de salud (CRF-SP, 2021).

El uso de múltiples drogas por parte de los ancianos desencadena una serie de complicaciones físicas y mentales, lo que conduce a problemas de salud y daños a la calidad de vida. Además, la polifarmacia está relacionada con el empeoramiento de la adhesión a la farmacoterapia; iatrogénico y mayor riesgo de caídas (PAGNO *et al.*, 2018). También existe una asociación entre la polifarmacia y el desarrollo del síndrome de fragilidad, una condición que puede llevar a los ancianos a un estado de mayor vulnerabilidad, asociado con un mayor riesgo de deterioro funcional, hospitalización, institucionalización y muerte (AUGUSTI; FALSARELLA; COIMBRA, 2018).

Al evaluar la incidencia de polifarmacia en 304 ancianos institucionalizados, un estudio identificó que la mayoría de los medicamentos asociados con la polifarmacia en este grupo eran aquellos con acción sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) y los antipsicóticos y antidepresivos eran los medicamentos más prescritos (MOREIRA *et al.*, 2020). En otro estudio similar, se encontró que los ansiolíticos de la clase de las benzodiazepinas fueron los medicamentos más prescritos y frecuentemente asociados con la polifarmacia (ALVES; CEBALLO, 2017)

Resulta que los psicofármacos se consideran inapropiados para su uso por parte de la población geriátrica, porque actúan sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) modificando su funcionamiento, lo que puede causar cambios en el estado de ánimo, percepciones, comportamientos y estados de conciencia o funciones psíquicas (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2019). Además, su uso puede causar un mayor riesgo de lesiones por caídas y hospitalizaciones de los ancianos, aumentar el riesgo de delirio y puede causar dependencia física y psicológica (YU *et al.*, 2017; OLIVO; SANTOS, 2016).

En este sentido, la OMS, basándose en el documento titulado "Global Challenge for Patient Safety" (2017) aconseja sobre la necesidad de estandarizar políticas, procedimientos y protocolos para la adecuación de la polifarmacia; Además, enfatiza que es esencial en este proceso, la inclusión de acciones relacionadas con el análisis inicial de las prescripciones y la revisión periódica continua de los medicamentos en uso. Por lo tanto, la prescripción de medicamentos para ancianos requiere planificación y monitoreo para evitar la polifarmacia y la cascada iatrogénica, y es prudente que los médicos reevalúen a los pacientes que usan psicofármacos cada dos meses (SARMENTO; SANTOS, 2019). Además, los medicamentos son parte del tratamiento y no permiten, de forma aislada, la solución o cura de enfermedades (BRASIL, 2018).

El cuidado en la prescripción, preparación y administración de medicamentos es fundamental para la seguridad de los cuidados prestados al anciano, considerando que muchos están clasificados como

polifarmacia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la polifarmacia es el uso rutinario y concomitante de cuatro o más medicamentos, lo que deja espacio para el riesgo de interacciones medicamentosas, cuando dos o más medicamentos interactúan entre sí, interfiriendo con los efectos del otro, ya sea potenciando (aumentando el efecto) o antagonizando (reduciendo) su efecto. Además de los errores en la administración, conducen a eventos adversos, que consiste en un efecto dañino, no intencional o no deseado de un medicamento, según el Frente Nacional para el Fortalecimiento del ILPI (2021).

En el contexto asistencial, los errores en la administración de medicamentos han sido considerados eventos evitables que pueden o no causar daño a los usuarios (BRASIL, 2013). Por lo tanto, para aumentar la seguridad y la prevención de errores en la administración de medicamentos, se recomiendan los 9 ciertos que deben seguirse antes de administrar cualquier medicamento, adaptados en este capítulo para una persona mayor (BRASIL, 2020):

1. Derecho ancianos:

- a. Compruebe si el medicamento que se administrará será a la persona mayor a la que se le ha recetado el medicamento.
- b. A diferencia de un entorno hospitalario, los ancianos no usarán un brazalete de identificación, por lo que es esencial verificar con la persona su nombre. En caso de que esta verificación no sea posible debido a cambios en el estado cognitivo, confirme la identidad en documentos personales, registros médicos o documentos similares en el LSIE.

2. Medicina correcta:

- a. Compruebe que el nombre del medicamento en la etiqueta es el mismo que el recetado.
- b. Verifique si la persona mayor es alérgica al medicamento recetado. Si es alérgica, no administre el medicamento y hable con el médico para realizar el reemplazo.
- c. Registrar siempre en las historias clínicas de las personas mayores o documento similar las alergias que presenta y señalar a los profesionales, especialmente a los cuidadores de estas alergias.

3. Momento adecuado:

- a. Asegúrese de que la administración del medicamento se realiza siempre en el mismo momento correcto, con el fin de lograr la respuesta terapéutica.

4. Ruta derecha:

- a. Identificar la vía de administración prescrita
- b. Desinfecte sus manos con agua y jabón o solución alcohólica antes de administrar el medicamento. Así como realizar antisepsia del sitio de aplicación cuando se trata de la vía parenteral.

- c. Identificar en los ancianos la conexión correcta con la vía de administración, en caso de administración por sonda nasogástrica, vía nasoenteral o parenteral.
- d. Si es necesario, aclare todas las dudas con una enfermera o prescriptor de la receta. Si hay dificultad en la legibilidad de la receta, aclare directamente con el prescriptor de la receta.

5. Dosis correcta:

- a. Compruebe cuidadosamente la dosis prescrita y la unidad de medida del medicamento; En caso de duda, consultar al prescriptor.
- b. Los medicamentos para uso "si es necesario" deben, cuando se prescriben, ir acompañados de dosis, dosis y condiciones de uso.

Importante: No se deben administrar medicamentos en casos de recetas vagas como: "hacer si es necesario", "de acuerdo con la orden médica" o "a discreción médica". Sólo administrar si la dosis descrita está disponible.

6. Registro correcto:

- a. Realizar el documento de control interno del ILPI el tiempo de administración. Además, registre cualquier ocurrencia relacionada con el medicamento, como: aplazamiento, cancelación, falta de medicación, rechazo de los ancianos y posibles eventos adversos.

7. Proporción / orientación correcta:

- a. Asegúrese de que la razón por la cual se indica el medicamento, su dosis o cualquier otra información sea consistente con la indicada para la necesidad de la persona mayor. Siempre aclara cualquier duda con el prescriptor.
- b. Guiar e instruir a la persona mayor que recibirá el medicamento, sobre el nombre del medicamento que se administrará, cuál es su indicación, los efectos esperados por ese medicamento y sus posibles efectos adversos que deben ser monitoreados.
- c. Asegurar el derecho de la persona mayor a tener conocimiento sobre aspectos (color y formato) de los medicamentos que está recibiendo, su frecuencia de administración, además de la justificación de su indicación. Esto hace que la persona mayor se alía a la prevención de errores de administración.

8. Forma correcta:

- a. Evaluar si el medicamento contiene la forma farmacéutica y la vía de administración prescrita; Si es necesario, moler el medicamento para su administración por sonda nasogástrica o nasoentérica.

9. Respuesta correcta:

- a. Tenga cuidado de identificar, cuando sea posible, si el medicamento tuvo el efecto deseado. Para hacer esto, se debe mantener una comunicación clara con la persona mayor, cuando sea posible, y / o observar signos de patrón de respuesta habitual.
- b. Registre cualquier respuesta inusual en los registros de control interno del LSIE.

NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES

De acuerdo con la RDC n° 36/2013 de ANVISA, todos los eventos adversos, incluidos los errores de medicación en los servicios de salud del país, deben ser notificados, por el Centro de Seguridad del Paciente, al Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS), a través del sistema de notificación de notificación (NOTIVISA) (BRASIL, 2013b).

Sin embargo, según la RDC No. 502/2021 de ANVISA, las ILPI se clasifican como instituciones gubernamentales o no gubernamentales, de carácter residencial, destinadas al domicilio colectivo de personas de 60 (sesenta) años o más, con o sin apoyo familiar, en condición de libertad y dignidad y ciudadanía (BRASIL, 2021). En otras palabras, las ILPI no están clasificadas como instituciones de salud, a pesar de que son un servicio que tiene como objetivo la promoción de la salud, protegiéndolas de enfermedades y sus lesiones.

ACCIONES PARA EVITAR ERRORES

Teniendo en cuenta lo que ya se ha discutido sobre los errores de medicamentos, se cree en la importancia de adoptar medidas preventivas como la promoción de buenas prácticas en todas las etapas del proceso de uso de medicamentos con el fin de proporcionar barreras que reduzcan los riesgos y, en consecuencia, una mayor seguridad para los pacientes (MIEIRO *et al.*, 2019).

Algunas recomendaciones para evitar los errores más comunes relacionados con los medicamentos se encuentran a continuación (ISMP, 2019):

- a) retirar o limitar las existencias de medicamentos de alto riesgo de los armarios cercanos al alcance de las personas mayores;
- b) confirmar y actualizar el registro de alergias en cada transición de atención;
- c) adoptar *una lista de verificación de alergias* antes de la administración del medicamento;
- d) involucrar y educar al anciano y a sus cuidadores en el proceso de prescripción y administración de medicamentos para que puedan contribuir a la conferencia y al seguimiento;

INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Como ya se mencionó, el proceso de envejecimiento está marcado por la aparición de enfermedades crónicas, lo que se refleja en el aumento del consumo de drogas. El uso simultáneo de dos o más medicamentos en muchos casos es necesario, pero trae la posibilidad de interacción entre ellos. La interacción farmacológica se define como el evento clínico cuyos efectos de un fármaco se alteran en función de otro (MOREIRA *et al.*, 2017). Las interacciones pueden interferir con la etapa de absorción, distribución, metabolización y excreción del fármaco. Algunas de estas interacciones tienen el potencial

de causar daño y son responsables del deterioro clínico de los ancianos, mientras que otras son leves y no requieren medidas especiales (NEVES; SILVA; COSTA JUNIOR, 2018). Sin embargo, una parte significativa de estos eventos adversos se puede evitar mediante la realización de un proceso de administración segura del fármaco.

Algunos estudios realizados en ILPIs han concluido que la interacción farmacológica es común en pacientes que utilizan polifarmacia y existe una alta prevalencia de interacciones consideradas graves y con repercusiones clínicas significativas (CAVALCANTE *et al.*, 2020; NISHIDA *et al.*, 2017). Identificar y evaluar estas interacciones es esencial para el establecimiento de medidas preventivas de seguridad en farmacoterapia, contribuyendo a una atención sanitaria eficaz y de calidad para los ancianos.

Además, para que la atención ocurra de manera efectiva y segura, se deben considerar los diversos cambios fisiológicos resultantes del proceso de senescencia en sí. Considerando la complejidad del tratamiento farmacológico en ancianos y su fragilidad causada por la multimorbilidad, es necesario evaluar continuamente la calidad de la terapia prescrita a ancianos institucionalizados, con el fin de identificar posibles reacciones adversas y/o efectos secundarios que perjudiquen su calidad de vida (CAVALCANTE *et al.*, 2019).

Además de la interacción medicamentosa, los ancianos están expuestos a la interacción entre medicamentos y nutrientes, que ocurre cuando un nutriente o componente presente en los alimentos interfiere con el mecanismo de acción de un medicamento en el cuerpo. Algunos alimentos pueden reducir o aumentar el efecto de un medicamento en particular y viceversa. Los ancianos institucionalizados son un grupo de riesgo en el escenario de interacción fármaco-nutriente, considerando que en el envejecimiento las diversas funciones fisiológicas y metabólicas se alteran y se reflejan en el estado nutricional del anciano en su conjunto (PEIXOTO *et al.*, 2012; SANTOS; ARCHIVO; SILVA, 2021).

En vista de la larga estadía de los ancianos en los ILPI, una evaluación cuidadosa es indispensable no solo sobre los múltiples medicamentos administrados, sino también en relación con la prescripción dietoterapéutica, que se basa en los horarios de los medicamentos y las comidas ofrecidas. El equipo multidisciplinario debe considerar buenas condiciones nutricionales y asistencia farmacéutica para garantizar la calidad de vida de los ancianos, ya que la alimentación y las condiciones en que se ofrecen a los ancianos son factores esenciales para mantener el estado de salud de esta población.

MEDICAMENTOS CON RIESGO POTENCIAL DE CAÍDAS

La caída es considerada en la vida del anciano como un evento común, debido a la degeneración fisiopatológica de la senilidad, sin embargo, su incidencia es un problema de salud pública en cuanto a que sus consecuencias pueden generar fracturas, disminución de la calidad de vida, el deseo de realizar actividades de la vida diaria y su autonomía (REIS; JESÚS, 2017).

Se asocia con condiciones multifactoriales, y el uso de medicamentos es una de ellas. Por lo tanto, debe haber un manejo del uso de medicamentos que aumenten el riesgo de caídas. Estos causan efectos como hipotensión ortostática, disfunción cognitiva, trastornos del equilibrio, mareos, somnolencia, disfunción motora, cambios visuales y parkinsonismo (ISMP, 2017).

Las clases de fármacos más comúnmente asociadas a episodios de caídas son, según su grado de riesgo: opioides, psicofármacos (incluyendo antipsicóticos, sedantes hipnóticos y antidepresivos), medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, antihipertensivas, antiarrítmicas y diuréticas y agentes hipoglucemiantes que incluyen insulina. También se deben considerar las interacciones medicamentosas entre agentes antidiabéticos + inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) o betabloqueantes. (ISMP, 2017).

El uso concomitante de una combinación de tres o más agentes del sistema nervioso central (SNC) o psicoactivos (antidepresivos, antipsicóticos, benzodiazepinas, agonísticos hipnóticos de receptores no benzodiazepinas, antiepilépticos y opioides) es otro factor de riesgo significativo (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2019).

Se recomienda prescribir medicamentos benzodiazepínicos (por ejemplo, alprazolam, lorazepam, clonazepam, diazepam) para los ancianos solo si es indispensable y evitar su uso a largo plazo. Si no hay alternativas más seguras disponibles, reduzca el uso de otros medicamentos activos del SNC que aumentan el riesgo de caídas (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2019).

COMUNICACIÓN SEGURA EN LA PRESCRIPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

La comunicación de manera clara y asertiva es un factor primordial para la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Las fallas de comunicación, que involucran el proceso farmacológico, han sido uno de los principales factores que contribuyen a la ocurrencia de eventos adversos. Se relacionan con la comunicación escrita o no verbal, a través de prescripciones y formularios, y la comunicación verbal, a través de relaciones interpersonales y profesionales (SILVA *et al.*, 2007; DISTRITO FEDERAL, 2019).

Se utilizan algunas estrategias para reducir el riesgo de estos fracasos, especialmente la comunicación con la persona mayor, ya sea *mediante la técnica de readback, talkback* en comunicación verbal o comunicación no verbal, que es el caso de dibujos como el sol y la luna para indicar el momento de administración del fármaco. Además, una herramienta importante para la transición de la atención entre los profesionales involucrados es la herramienta *Situación-Antecedentes-Evaluación-Recomendación* (SBAR), que resume la comunicación en: Situación, Historia Breve, Evaluación y Recomendación, haciéndola sistemática y objetiva.

CONSIDERACIONES FINALES

Teniendo en cuenta lo que se ha expuesto, es notorio la importancia de adherirse a prácticas seguras con respecto a la asistencia farmacológica en ILPI y se cree que aún queda mucho por hacer para garantizar una buena adhesión a estas prácticas.

Aunque no existe la obligación de implementar el Centro de Seguridad del Paciente en estas instituciones, es necesario sensibilizar a los profesionales involucrados en el cuidado de los ancianos institucionalizados, especialmente de alta gerencia, trabajando la cultura de seguridad institucional y educación continua con el fin de mitigar errores y ofrecer atención con mayor calidad y seguridad para los ancianos.

REFERENCIAS

ALVES, N. M. C.; CEBALLOS, A. G. C. Polifarmácia em idosos do programa universidade aberta à terceira idade. **Revista Saúde e Ciências Biológicas**, v. 6, n. 4, p.412-18, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1910>. Acesso em: 12 fev. 2023.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 67, n. 4, p. 674–94, 2019. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.15767>. Acesso em: 14 fev. 2023.

AUGUSTI, A. C. V.; FALSARELLA, G. R.; COIMBRA, A. M. V. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - Estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1353>. Acesso em: 23 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução -RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 11 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de medicamentos e medicalização da vida: Recomendações e estratégias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Práticas seguras para prevenção de erros na administração de medicamentos**. Brasília: ANVISA, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/cartaz_12-ggtes_web.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução -RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. **Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial**. Ministério da saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf. Acesso em: 14 fev. 2023.

CAVALCANTE, M. L. S. N. *et al.* Segurança medicamentosa em idosos institucionalizados: potenciais interações. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 1, p. e20190042, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/TGrJpLkFCn6C7tcDNh5KN5C/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2023.

CRF-SP. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Grupo Técnico de Trabalho de Cuidado Farmacêutico ao Idoso. **Manual de Orientação ao Farmacêutico: A atuação do farmacêutico em instituições de longa permanência para idosos**. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo – São Paulo: CRF-SP. v. 22, n. 5, 22p. 2021. Disponível em: [cm.http://www.crfsp.org.br/documentos/materiaistecnicos/manual-orientacao_ilpi.pdf](http://www.crfsp.org.br/documentos/materiaistecnicos/manual-orientacao_ilpi.pdf). Acesso em 22 fev.2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde Segurança do paciente: comunicação efetiva**. Portaria SES-DF Nº 31 de 16.01.2019 , publicada no DODF Nº 17 de 24.01.2019. 14f. Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Seguran%C3%A7a+do+paciente+comunica%C3%A7%C3%A3o+efetiva.pdf/ca225b6f-7758-7067-4935-62ea715d12ed?t=1648647952152>

ISMP. Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos. **Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar**. v. 4, n. 3, 2019. Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/12/V4N3.pdf>. Acesso em: 25 de janeiro de 2022.

ISMP. Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos. **Medicamentos associados à ocorrência de quedas**. Boletim ISMP Brasil. v. 6, n.1, p. 1-6, 2017. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/02/615-boletim-ismp-fevereiro-2019.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2023.

MEDEIROS, S. G.; SANTOS, V. E. P. Sistema de medicação e segurança do paciente à luz da teoria da complexidade. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 35, n. 2, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2214>. Acesso em: 10 fev. 2023.

MIEIRO, D. B. et al. Estratégias para minimizar erros de medicação em unidades de emergência: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 320-7, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gMgPrLkFvyq3VvCz6KJhKH/?lang=en>. Acesso em: 16 fev. 2023.

MOREIRA, F. S. M. *et al.* Uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2073-82, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mqWgy8Q6GsC5XDrvkmMCbJs/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.

MOREIRA, M. B. *et al.* Potenciais interações de medicamentos intravenosos em terapia intensiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, n. 1, e03233, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/sXTqnYnKBDR39mC5Q4CYCyM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2023.

NEVES, E. A. O.; SILVA, N. C. H.; COSTA JUNIOR, C. E. O. Idosos, automedicação e o risco da interação medicamentosa: uma breve discussão a partir da literatura. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-PERNAMBUCO**, v. 3, n. 3, p. 71-71, 2018.

NISHIDA, F. P. *et al.* Interação medicamentosa em instituição de longa permanência para idosos do sul de Minas Gerais. **Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia**, v. 2, n. 3, p. 7-11, 2017. Disponível em: <https://www.ojs.jaff.org.br/ojs/index.php/jaff/article/view/54/27>. Acesso em: 14 fev. 2023.

OLIVEIRA, L. P. A.; SANTOS, S. M. A. Uma revisão integrativa sobre o uso de medicamentos por idosos na atenção primária à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 1, p. 167-79, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/bWPGJkRXG8wNtnc3Rds8jC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Sistemas de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança do paciente**. Leme, SP: Editora Mizuno, 2021. 91 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334323/9786555261950-por.pdf>. Acesso em: 30 mar 2023.

PAGNO, A. R. *et al.* A terapêutica medicamentosa, interações potenciais e iatrogenia como fatores relacionados à fragilidade em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 5, p.

610-19, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/gmCSJ5bcDCMjqH5bXHddLGF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.

PEIXOTO, J. S. *et al.* Riscos da interação droga-nutriente em idosos de instituições de longa permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 156-64, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/Y4bjPcphxkTxGhbYKbvqjcm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.

REIS, K. M. C.; JESUS, C. A. C. Relação da polifarmácia e polipatologia com a queda de idosos institucionalizados. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, e3040015, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/pxpbpth8WyWPkTtWcX9Y5ML/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023

SANTOS, M. R. T.; LIMA, A. P. R.; SILVA, R. C. Potenciais interações fármaco nutriente em idosos institucionalizados de Campo Mourão-PR. **SaBios-Revista de Saúde e Biologia**, v. 16, n. 1, e021008, 2021. Disponível em: <https://revista2.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios/article/view/2919/1203>. Acesso em: 10 fev. 2023.

SARMENTO, G. A.; SANTOS, S. D. Perspectiva do usuário sobre o acompanhamento e o uso de psicotrópicos na atenção básica. **Essentia - Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA**, v. 20, n. 2, p. 52-60, 2019. Disponível em: <https://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/281>. Acesso em: 14 fev. 2022.

SILVA, A. E. B. C. et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 272-6, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/DqXMFD6MkDnQWWGzZ7qLsQP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2023.

WHO. World Health Organization. **Medication without harm** – Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2017/05/WHO-Brochure-GPSC_Medication-Without-Harm-1.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

YU, Nan-Wen *et al.* Association of benzodiazepine and Z-drug use with the risk of hospitalisation for fall-related injuries among older people: a nationwide nested case-control study in Taiwan. **BMC Geriatrics**, v. 17, n. 140, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-017-0530-4>. Acesso em: 11 fev. 2023.

Capítulo 7

Seguridad y prevención de caídas en ancianos institucionalizados

Ana Elza Oliveira de Mendonça, Ângelo Máximo Soares de Araújo Filho, Maria Aline Gomes de Oliveira, Maria Eduarda Silva do Nascimento, Vilani Medeiros de Araújo Nunes

PRESENTACIÓN

Las caídas se consideran eventos adversos frecuentes en la población anciana y su ocurrencia induce el desarrollo de complicaciones fisiopatológicas con variaciones en la gravedad y el riesgo potencial de muerte, lo que resulta en costos adicionales para los servicios de salud relacionados con el número de hospitalizaciones, cirugías y otros tratamientos (BRASIL, 2021). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), las caídas se definen como la locomoción involuntaria del cuerpo a un nivel inferior a la posición inicial, asociada a la imposibilidad de rectificación de manera oportuna. Las personas con edad avanzada tienen más probabilidades de experimentar caídas debido a cambios relacionados con el deterioro funcional, la restricción de las actividades diarias y los cambios en la movilidad corporal (SEGG, 2021).

La ocurrencia de caídas en ancianos en Instituciones de Larga Estancia (LSI) denota brechas en la seguridad del paciente y favorece la disminución de las condiciones de salud. Las caídas influyen negativamente en la calidad de vida y las ILPI están relacionadas con la insuficiencia de las condiciones estructurales que denotan la necesidad de adaptaciones del medio ambiente, según la Ley Federal N° 10.098/2000 (SOUZA FILHO *et al.*, 2022; BRASIL, 2000). En línea, la causa de las caídas en individuos institucionalizados generalmente se justifica por la ocurrencia de confusión mental, problemas relacionados con el equilibrio, dificultades para caminar y vértigo (BRASIL, 2009).

Entre 2000 y 2009, hubo 135.209 caídas en enfermos y enfermos con muertes en Brasil (GONÇALVES *et al.*, 2022). Según la OMS, se reportaron un millón de fracturas femorales en ancianos en todo el mundo, de las cuales hubo 600.000 registros en Brasil y 90,0% correspondieron a accidentes relacionados con caídas (BRASIL, 2021). Paralelamente, los individuos de 75 años o más presentan muertes en el 70% de los casos de fracturas secundarias a caídas (SEGG, 2021).

En esta perspectiva, es esencial evaluar a los ancianos y el reconocimiento de los riesgos potenciales que conducen a la ocurrencia de esta enfermedad a través de clasificaciones y/o escalas de predicción de riesgos, que deben ser adoptadas por las instituciones para la planificación de actividades y acciones preventivas de educación permanente en salud con miras a elevar la percepción de los ancianos sobre los riesgos (SÁ *et al.*, 2022; SOARES *et al.*, 2022).

Se sabe que la ocurrencia de caídas en los ancianos genera costos más allá de la salud física. Según los datos disponibles en el Protocolo de Prevención de Caídas del Ministerio de Salud de Brasil

(BRASIL, 2013) "entre los pacientes que sufrieron caídas hay informes de mayor incidencia en pacientes que se transfieren a entornos de atención a largo plazo". La implicación de las caídas a este colectivo conlleva diversos costes sociales, económicos y psicológicos que favorecen su dependencia colectiva, además de contribuir a la situación de institucionalización (ROSA; CAPPELLARI; URBANETTO, 2019).

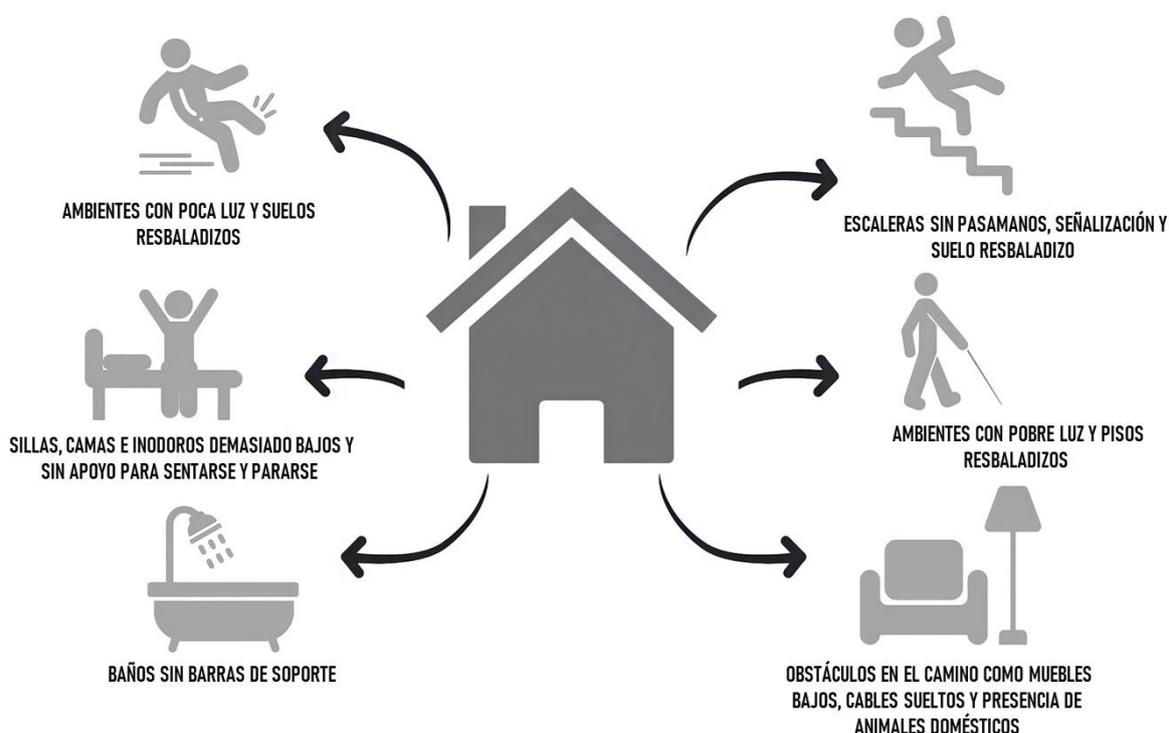
Hay varios factores de riesgo que contribuyen a la aparición de caídas en las personas mayores. Entre los principales factores se encuentran la edad, la debilidad muscular, los antecedentes de caída, el déficit cognitivo, el desequilibrio, los mareos, el uso de psicofármacos y la polifarmacia, además de, como se mencionó anteriormente, la situación de institucionalización. Para una mejor comprensión, tales factores de riesgo se pueden dividir en dos categorías: factores intrínsecos y extrínsecos, de acuerdo con la tabla 1 y la figura 1 a continuación, respectivamente (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Tabla 1. Factores de riesgo intrínsecos para la ocurrencia de caídas en el viejo, Natal-RN, 2023.

FACTORES INTRÍNSECOS		
relacionados con el proceso de envejecimiento cronológico, constitutivo e individual.		
Situación sociodemográfica:	Condiciones	Situación sociodemográfica:
Edad, sexo femenino, ausencia del cónyuge, caída anterior, miedo a caerse.	Síndrome de Parkinson, diabetes, artrosis, incontinencia urinaria, vértigo, hipotensión ortostática, deficiencia de vitamina D.	Cambio de marcha, problemas de movilidad, cambio de equilibrio, debilidad muscular, limitación funcional, alteración de la propiocepción, dolor.
Polifarmacia:	Sistema nervioso:	Actividad física:
Uso de cinco o más medicamentos, causado por polimorbilidad o administración irracional por parte de los ancianos.	Situaciones que implican deterioro cognitivo y depresión.	Actividad física excesiva o riesgo.

Fuente: adaptado de Oliveira et al., 2019.

Figura 1. Factores de riesgo extrínsecos para caídas en el viejo. Natal- RN, 2023.



Fuente: adaptado de Oliveira *et al.*, 2019.

Buscando el progreso constante en la identificación de tales factores de riesgo para la prevención de caídas, se deben adoptar métodos de prevención primaria y secundaria. La prevención primaria consiste en una serie de acciones dirigidas a eliminar los factores de riesgo para una enfermedad o condición con el objetivo de reducir su incidencia en general, mientras que la prevención secundaria desempeña el papel de identificar y corregir estos factores individualmente para reducir su incidencia. Por lo tanto, siempre será necesaria una reevaluación y vigilancia periódicas con respecto a los posibles eventos adversos (ROSA; CAPPELLARI; URBANETTO, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

Tanto en el extranjero como en Brasil, el uso de escalas de evaluación de riesgos ha ido creciendo y extendiéndose, impulsando el desarrollo de mejores prácticas basadas en evidencia. Estas escalas identifican los factores de riesgo para la ocurrencia de caídas y ayudan en el desarrollo de la planificación de la intervención. Entre los instrumentos de evaluación del riesgo de caídas disponibles en la literatura internacional, dos escalas pasaron por el proceso de adaptación transcultural para su uso en Brasil, la *Morse Fall Scale* y la *Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JH-FRAT)*, utilizadas con mayor frecuencia en instituciones hospitalarias (MARTINEZ *et al.*, 2019).

La Escala JH-FRAT fue desarrollada por *profesionales e investigadores del Hospital Johns Hopkins* y la Escuela de Enfermería de la *Universidad Johns Hopkins* en los Estados Unidos, basada en factores de riesgo para prevenir daños relacionados con caídas y dirigiéndose a intervenciones que sean compatibles con las necesidades identificadas. Debido a que es un instrumento confiable, con validez de contenido ya destacada en 2014 en un hospital de gran complejidad en la ciudad de São Paulo, con un costo relativamente bajo para la aplicabilidad y la operacionalización simple ya demostrada en la versión brasileña, optamos por usarlo en este capítulo (MARTINEZ *et al.*, 2019).

La escala consta de ocho áreas de evaluación con clasificación de cada factor de riesgo: (1) situaciones previas definitorias de riesgo: inmovilidad (bajo riesgo), antecedentes de caída (alto riesgo), antecedentes de caída durante la hospitalización (alto riesgo) y el paciente es considerado de alto riesgo según protocolo (alto riesgo); (2) Edad; (3) historial de caídas; (4) eliminaciones; (5) medicación; (6) equipo de cuidado; (7) movilidad; (8) cognición. La suma de los puntos proporciona una puntuación que se categoriza como de bajo riesgo, riesgo moderado y alto riesgo definido a medidas preventivas directas (PARAIZO; IWAMOTO, 2018).

El mapeo del riesgo de caída a través de la escala de Johns Hopkins (JH-FRAT) es una práctica de atención aplicada en pacientes adultos hospitalizados, y también puede ser utilizada para evaluar el riesgo de caída en ancianos institucionalizados, donde el porcentaje de caída ha ido aumentando y afectando la calidad de vida y el bienestar de estos individuos. Esta herramienta de estratificación del riesgo es altamente efectiva cuando se combina con un protocolo integral de productos y tecnologías para prevenir caídas (FERREIRA *et al.*, 2019; ALMEIDA; MEUCI, DUMITH, 2019; HOPKINS, 2011).

En este contexto, es necesario priorizar el cuidado diario para la prevención de caídas, haciendo uso de herramientas como la escala JH-FRAT para la identificación temprana del riesgo de caída y prevención de futuras complicaciones y su uso es un instrumento de gran importancia para los enfermeros en instituciones de atención a largo plazo (ILPI).

Tabla 2. Escala de evaluación del riesgo de caídas de Johns Hopkins - JH-FRAT. Natal-RN, 2023.

Seleccione una de las siguientes situaciones, si corresponde.

Si alguno de ellos está presente, ignore el resto de la escala y marque la categoría de riesgo correspondiente (bajo o alto).

() Parálisis completa o inmovilización completa (condición clínica de parálisis completa o inmovilidad, excepto por el uso de restricción/restricción). Implementar intervenciones básicas de seguridad (bajo riesgo de caídas).

() Paciente con antecedentes de dos o más caídas en los seis meses anteriores al ingreso. Implementar intervenciones de alto riesgo de caídas durante todo el período de hospitalización.

() El paciente presentó una caída durante la hospitalización actual. Implementar intervenciones para el alto riesgo de caídas durante el período de hospitalización.

() El paciente se considera en alto riesgo de caída de acuerdo con protocolos específicos. (p. ej., riesgo de sangrado, fragilidad ósea, procedimientos quirúrgicos por menos de 48 horas). Implementar intervenciones para el alto riesgo de caídas de acuerdo con el protocolo.

Complete la secuencia y calcule la puntuación de riesgo de caída. Si no se marca ninguna opción, es 0.	Puntos
Edad <input type="checkbox"/> 60-69 (1 punto) <input type="checkbox"/> 70-79 (2 puntos) <input type="checkbox"/> 80 años y más (3 puntos)	
Historial de colocación (seleccione solo la siguiente opción, si corresponde) <input type="checkbox"/> Una caída en los seis meses anteriores a la admisión (5 puntos)	
Eliminaciones: intestinales y urinarias (seleccione solo una opción) <input type="checkbox"/> Incontinencia (2 puntos) <input type="checkbox"/> Urgencia o aumento de la frecuencia (2 puntos) <input type="checkbox"/> Urgencia/aumento de la frecuencia e incontinencia (4 puntos)	
Uso de drogas de alto riesgo de caídas: opioides, anticonvulsivos, antihipertensivos, diuréticos, hipnóticos, laxantes, sedantes y psicotrópicos (seleccione solo una opción) <input type="checkbox"/> Uso de una droga de alto riesgo de caída (3 puntos) <input type="checkbox"/> Uso de dos o más medicamentos de alto riesgo (5 puntos) <input type="checkbox"/> Procedimiento bajo sedación en las últimas 24 horas (7 puntos)	
Equipo de cuidado: cualquier equipo que comprometa la movilidad del paciente (por ejemplo, sondas, drenajes, catéteres, compresores neumáticos y otros) (seleccione solo una opción) <input type="checkbox"/> Un equipo (1 punto) <input type="checkbox"/> Dos equipos (2 puntos) <input type="checkbox"/> Tres o más equipos (3 puntos)	
Movilidad (elija todas las opciones aplicables y agregue puntos) <input type="checkbox"/> Requiere asistencia o supervisión para la movilización, transferencia o deambulación (2 puntos) <input type="checkbox"/> Marcha inestable (2 puntos) <input type="checkbox"/> Discapacidad visual o auditiva que afecta a la movilidad (2 puntos)	
Cognición (elija todas las opciones aplicables y agregue puntos) <input type="checkbox"/> Percepciones alteradas de un entorno físico desconocido (1 punto) <input type="checkbox"/> Impulsividad (comportamiento impredecible o de riesgo) (2 puntos) <input type="checkbox"/> Falta de comprensión de sus limitaciones físicas y cognitivas (4 puntos)	
Suma de puntos	
Bajo riesgo: puntuación de 0-5 puntos Riesgo moderado: puntuación de 6 a 13 puntos Alto riesgo: puntuación superior a 13 puntos	

Copyright © 2007 by The Johns Hopkins Health System Corporation. All rights reserved.

El uso de la escala debe ocurrir siempre que haya un cambio en el estado de salud del paciente/anciano, deterioro cognitivo, cambio de ambiente (como cambio de habitación o mobiliario) y después de la ocurrencia de una caída, preferiblemente por una enfermera capacitada, de acuerdo con la

rutina institucional. Frente al riesgo-riesgo identificado por la persona mayor, el equipo multidisciplinario desarrollará acciones preventivas universales para prevenir caídas como se ilustra en el Gráfico 2.

Quadro 2. Cuidados universais da equipe multidisciplinar para prevenção de queda. Natal-RN, 2023

ATENCIÓN UNIVERSAL PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS		
Equipo multidisciplinar	Infraestructura	Educación y sensibilización
<p>Satisfacer las necesidades de ayuda de las personas mayores con respecto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ir al baño, cambiar pañales, usar un loro o comadre; - Movimiento de cama al con sillón (realizar en doble); - Deje el alcance del paciente del teléfono y otros artículos de uso frecuente; - Evaluar constantemente la posibilidad de retirada del dispositivo; 	<p>Proporcionar un entorno seguro mediante la adopción de iniciativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener el área libre para la deambulación; - Mantenga altas las rejillas superiores de la cama; - Mantenga la cama baja y cerrada; - Permitir una iluminación adecuada y utilizar "luz nocturna"; - Mantenga los pisos limpios y secos; - Mantener el ambiente organizado; 	<p>Informe a los ancianos y cuidadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qué riesgos y cuidados se necesitan para prevenir caídas; - El uso de zapatos y ropa de talla adecuada; - Mover a los ancianos en parejas; - Evite dejar solos a los ancianos;;

Fuente: PARAIZO *et al.*, 2018.

Estas acciones deben ocurrir en el momento de la admisión y durante la estancia del anciano en el hospital, el hogar y la LSI. Además de las medidas universales para prevenir caídas, puede ser necesario implementar acciones preventivas según el grado de riesgo y/o individualizar acciones, ya que los factores contribuyentes pueden ser diferentes según las particularidades de cada persona mayor.

Las intervenciones descritas en el Gráfico 3 se clasifican como de bajo costo y cumplen con la evidencia internacional. Sin embargo, es necesario considerar todos los predictores de caída en los ancianos para planificar intervenciones efectivas para prevenir su ocurrencia, considerando las características físicas, clínicas y cognitivas. Además, los recursos materiales disponibles deben utilizarse e invertirse adecuadamente en la formación de profesionales y empleados que trabajan en ILPI (DOURADO JÚNIOR *et al.*, 2022).

Tabla 3. Intervenciones preventivas según el riesgo de caída. Natal, RN, 2023.

<p>Riesgo de caída BAJO (JH-FRAT 0 a 5 PUNTOS):</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atención universal para la prevención de caídas; - Evaluar la comprensión de las directrices para la prevención de caídas en los ancianos;
--	---

<p>Riesgo de caída MODERADA (JHF-RAT 6 a 13 PUNTOS):</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar medidas de bajo riesgo; - Realizar "rondas" cada 3 horas para evaluar la comodidad y seguridad de los ancianos o de acuerdo con la rutina institucional; - Mantenga las 4 rejillas altas si RASS ≠0;
<p>Riesgo de caída ALTA/DAÑO GRAVE (JH-FRAT >13 PUNTOS):</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar medidas de riesgo bajo y moderado; - Guiar al paciente para que no se levante sin la presencia del cuidador o de la enfermería; - Mover al paciente en cama siempre en 2 profesionales; - Se recomienda utilizar el cinturón de seguridad en el equipo de transporte interno (silla de ruedas); - Evaluar diariamente la posibilidad de retirada de dispositivos invasivos, si se tiene; - Orientación diaria a los ancianos y cuidadores sobre la prevención de caídas; - Señalización de riesgo de caída según protocolo institucional de seguridad del paciente (uso de pulsera, placa de cabecera).

Fuente: PARAIZO *et al.*, 2018.

CONSIDERACIONES FINALES

El mejor enfoque para el evento de otoño es la prevención. Así, el riesgo debe conocerse a través de la evaluación mediada por el uso de escalas validadas y de fácil aplicación, señalar el riesgo de caída, planificar las acciones más adecuadas respetando las necesidades individuales, adaptar el entorno y promover actividades educativas y de sensibilización de las personas mayores, familiares y profesionales del LSIE.

Además, la ocurrencia de caídas es un marcador importante de la calidad de la atención de salud en las instituciones, por lo tanto, debe ser monitoreada como un indicador de atención segura en las instituciones de atención a largo plazo. En esta perspectiva, se deben elaborar medidas y estrategias con miras a mejorar la práctica de la atención segura y, en consecuencia, mejorar la calidad de vida de esta población a través de acciones de educación para la salud de los ancianos y la calificación profesional de los trabajadores.

REFERENCIAS

ALMEIDA, L. M. da S.; MEUCI, R. D.; DUMITH, S. C. Prevalence of falls in elderly people: a population based study **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 65, n. 11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/9pnFVHM8jk8dQTzSprxY3zy/?lang=en>. Acesso em: 13 fev. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Protocolo Prevenção de Quedas**. Rio de Janeiro: ANVISA, 2013. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf. Acesso em: 13 fev. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - ABGG. **Dia mundial de prevenção de quedas**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://sbgg.org.br/dia-mundial-de-prevencao-de-quedas/>. Acesso em: 13 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). Dicas de Saúde. **Quedas em Idosos**. 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/184queda_idosos.html. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.098, de 19 de Dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília - DF, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110098.htm. Acesso em: 15 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dia Mundial de Prevenção de Quedas alerta para importância das medidas de prevenção**. Brasília - DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/comunicacao/noticias/dia-mundial-de-prevencao-de-quedas-alerta-para-importancia-das-medidas-de-prevencao>. Acesso em 13 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice**. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo - SP. 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf. Acesso em: 15 fev. 2023.

DOURADO JÚNIOR, F. W. *et al.* Interventions to prevent falls in older adults in Primary Care: a systematic review. **Acta Paul Enferm.** v. 35, eAPE02256, 2022. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002022000100519&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2023.

FERREIRA, L. M. B. M et al. Artigo: Quedas recorrentes e fatores de risco em idosos institucionalizados. **Ciênc. saúde colet.** v. 24, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yWrZ8Nt9jdwzXTjfrkVhDhM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 de fev. 2023.

GONÇALVES et al. Tendência de mortalidade por quedas em idosos, no Brasil, no período de 2000–2019. **Rev bras epidemiol.** v. 25, e220031, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220031.2>. Acesso em: 15 fev. 2023.

JOHNS H. H. **Fall risk assessment, prevention and management, adult**. In: Nursing practice and organization manual vol II: clinical protocols and procedures. Baltimore, MD: The Johns Hopkins Hospital; 2011.

MARTINEZ, M. C. et al. Validade e confiabilidade da versão brasileira da Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool para avaliação do risco de quedas. **Rev bras Epidemiol**, v. 22, 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rbepid/2019.v22/e190037/pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.

OLIVEIRA, S. L. F. *et al.* Risk factors for falls in elderly homes: a look at prevention. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 3, p. 1568–95, 2019. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1390>. Acesso em: 12 fev. 2023.

PADILHA, R. C. S.; MARTINS, W. O profissional enfermeiro no processo de cuidar de idosos institucionalizados: uma visão singular e humanística. **RECISATEC-revista científica saúde e tecnologia**, v. 2, n. 12, e212227, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.53612/recisatec.v2i12.227>. Acesso em 13 fev. 2023.

PARAIZO, V. M. C.; IWAMOTO, V. E. Protocolo de prevenção de quedas. **Diretriz Clínica QPS 004/2018 VERSÃO 2**. 2018. Disponível em: <https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-estadual-do-piaui/fundamentos-de-enfermagem/protocolo-prevencao-de-quedas/42931484>. Acesso em: 12 fev. 2023.

ROSA, V. P. P.; CAPPELLARI, F. C. B. D.; URBANETTO, J. S. Analysis of risk factors for falls among institutionalized elderly persons. **Rev bras geriatr gerontol**, v. 22, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180138>. Acesso em: 12 fev. 2023.

SÁ, G. G. M. *et al.* Effectiveness of an educational video in older adults' perception about falling risks: a randomized clinical trial. **Rev esc enferm USP**. v. 56, e20210417, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0417>. Acesso em: 13 fev. 2023.

SOARES, C. R. *et al.* Adherence and barriers to drug therapy: relationship with the risk of falls in older adults. **Texto & contexto Enferm**. v. 31, e20200552, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0552>. Acesso em: 13 fev. 2023.

SOUSA FILHO, A. E. et al. Instituições de longa permanência para idosos: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, e531111537573, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37573>. Acesso em: 13 fev. 2023.

Capítulo 8

Prevención de lesiones por presión en ancianos institucionalizados

Ana Elza Oliveira de Mendonça, Ângelo Máximo Soares de Araújo Filho, Maria Eduarda Silva do Nascimento, Rita de Cássia Azevedo Constantino

PRESENTACIÓN

La piel se considera el órgano más grande del cuerpo humano y representa del 12% al 15% de todo el peso corporal. Su composición incluye tres capas principales: epidermis, dermis e hipodermis. Junto con las branquias (glándulas, uñas y pelo) constituyen un sistema de protección que cubre todo el cuerpo y paraliza el ambiente interno de los agentes externos, además de ser un importante regulador de la temperatura corporal y del receptor táctil (HALL; HALL, 2021).

Con el avance de la edad, la piel se vuelve más frágil y seca debido a la disminución de la producción de sudor y sebo por las glándulas, así como a la atenuación de la presencia de fibroblastos en la dermis, que son células responsables de la producción de colágeno y elastina. Además, el proceso de envejecimiento del órgano ocurre simultáneamente de manera extrínseca, causada por razones ambientales como la exposición al sol, el tabaquismo, los hábitos nutricionales y la profesión (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2019).

Para las personas mayores, especialmente aquellas que tienen movilidad reducida, los largos períodos en la misma posición o decúbito, sumados a los factores intrínsecos y extrínsecos, contribuyen a la aparición de lesiones por presión (LPP) (BÔTO *et al.*, 2022). Según la Guía de consulta rápida preparada por el European Pressure Ulcer Advisory Panel, *National Pressure Injury Advisory Panel* y *Pan Pacific Pressure Injury Alliance*, la lesión tiene el mayor potencial para formarse en lugares de prominencia ósea, ya sea por presión o fricción, relacionados o no con el uso de dispositivos médicos (EPUAP; NPIAP; PPIA, 2019). La evaluación se realiza clasificándola en 4 etapas, según el tabla 1.

Tabla 1. Clasificación de la LPP según la Guía de Consulta Rápida. Natal/RN, Brasil, 2023. Classificação da LPP conforme o Guia de Consulta Rápida. Natal/RN, Brasil, 2023.

CLASIFICACIÓN	FUNCIONES
Etapa 1	Piel sana con eritema no blanqueable
Etapa 2	Pérdida del grosor parcial de la piel con la exposición de la dermis. Tejido adiposo y óseo no visible. Sin tejido de granulación, separación o cicatrización.
Etapa 3	Pérdida total del grosor de la piel, con tejido adiposo visible. Posible presencia de shesing, desprendimiento y túnel.

Etapa 4	Pérdida total del grosor de la piel. Músculo, tendón, ligamento, cartílago o hueso visible. Posible presencia de shesing.
No clasificable	Lesión cubierta por separación o cicatrización, lo que hace imposible su evaluación.

Fuente: EPUAP; NPIAP; PPPIA, 2019.

El estadio de la lesión varía de 1 a 4, clasificando la integridad de la piel desde el estadio menos deteriorado hasta el más deteriorado, seguido de la lesión no clasificable (EPUAP; NPIAP; PPPIA, 2019.). El tratamiento varía según la etapa, la necesidad y los insumos disponibles, desde el uso de tecnologías como la terapia láser hasta el uso de productos naturales, que son una forma alternativa de cobertura ampliamente difundida en Brasil (BASTOS *et al.*, 2022).

La evaluación de la lesión por parte del equipo multidisciplinario debe prestarse atención a la causa, además de realizarse diariamente desde la perspectiva de la prevención y la identificación temprana, es decir, LPP en las etapas 1 y 2 (BASTOS *et al.*, 2022). En esta circunstancia, el enfermero es el técnico responsable de la evaluación holística del anciano con LPP, prescripción de cobertura adecuada y evolución diaria, así como supervisión del equipo de enfermería e interacción con los demás miembros del equipo multidisciplinario (BÔTO *et al.*, 2022).

El plan terapéutico adoptado para el tratamiento es discutido entre el equipo multidisciplinario y genera costos directamente proporcionales a la etapa de la lesión, debido a la necesidad de cubiertas especiales y cambios más frecuentes de apósitos de acuerdo con la cantidad de exudados y la especificidad de los productos utilizados. Un punto a destacar sobre el cuidado con LPP, tanto para la prevención como para el tratamiento, es la importancia de la inversión en la educación del equipo, porque la prevención es un método más eficiente y económico en comparación con la compra de materiales para apósitos (BASTOS *et al.*, 2022).

En el contexto de las Instituciones de Atención a Largo Plazo (LSI), el riesgo de ocurrencia de LPP está presente en al menos el 80% de los ancianos institucionalizados, por lo que es esencial utilizar herramientas adecuadas para optimizar la atención (SARDELLI *et al.*, 2021). Teniendo en cuenta la escasez de recursos que enfrentan muchas personas, una forma menos costosa de prevención es el desarrollo de protocolos para llevar a cabo procedimientos e incluir el uso de escalas de predicción de riesgos en la vida diaria, con el fin de promover una atención más adecuada a las necesidades individuales de cada anciano (BASTOS *et al.*, 2022).

Con el fin de proporcionar calidad de vida y bienestar a ancianos hospitalizados y/o institucionalizados, los profesionales de enfermería utilizan habitualmente escalas predictivas para identificar aspectos que favorecen el desarrollo de afectación cutánea. Inicialmente, la toma de conductas y recomendaciones relacionadas con la LPP se establecen en la admisión de individuos a instituciones de

salud, considerando los aspectos biopsicosociales y las condiciones de salud individuales (SOUSA, 2021; JANSEN; SILVA; MOURA, 2020).

La LPP es un problema de salud persistente en ancianos postrados en cama y residentes de instituciones de atención a largo plazo (LSI), sin embargo, la mayoría de las lesiones se pueden evitar mediante la implementación de la atención, lo que hace que el monitoreo de LPP sea un indicador importante de la calidad de la atención. Entre los aspectos que contribuyen a la incidencia de este incidente, se encuentra la movilidad deteriorada y el alto grado de dependencia como factores que interfieren directamente en la estadificación de esta enfermedad (BARBOSA; FAUSTINO, 2021; CABRAL; VALENCIA; OLIVEIRA, 2021; CONCEPCIÓN; SANTOS; MACIEL, 2021).

La población con edad avanzada presenta un mayor riesgo para el desarrollo de lesiones, y se evidencia la necesidad de ampliar las acciones dirigidas a la educación para la salud y actualizar los conocimientos aplicados a los profesionales. El entrenamiento explora la profilaxis de LPP y también debe involucrar a los ancianos, cuidadores y miembros de la familia (SARDELI *et al.*, 2021; JANSEN; SILVA; MOURA, 2020).

Además de los impactos no deseados en la salud de la persona sana, la ruptura de la integridad de la piel estimulada por la presión resulta en el aumento exponencial de los costos, la sobrecarga de los servicios de salud y un aumento en el número de muertes. Por lo tanto, es evidente la necesidad de mitigar la frecuencia de este problema en LSIE y otras áreas de atención (SOUSA, 2021).

La fisiopatología responsable de inducir la afectación cutánea es la que eleva los criterios de evaluación establecidos en la escala de Braden. En esta perspectiva, el instrumento presenta subescalas que analizan aspectos relacionados con la percepción sensorial, la humedad, la actividad, la movilidad, la nutrición, la fricción y el cizallamiento. La clasificación se atribuye a partir de la estratificación de individuos en etapas que van de 6 a 23 puntos, se considera: "riesgo muy alto" (puntaje igual o menor a nueve), "alto riesgo" (igual o entre 10 y 12), "riesgo moderado" (puntaje 13 o 14) y "bajo riesgo" (puntaje 15 a 18) (BRASIL, 2022).

Tabla 2. Clasificación de riesgo para desarrollar LPP según la Escala de Braden y las recomendaciones sanitarias. Natal/RN, Brasil, 2023.

CLASIFICACIÓN ESCALA DE BRADÉN	RECOMENDACIONES
→ BAJO RIESGO 15-18 puntos	Horario de cambio de decúbito; Optimización de la movilización; Protección del talón; Gestión de la humedad, nutrición, fricción y cizallamiento, así como uso de superficies de redistribución de presión.
→ RUESGO MODERADO 13-14 puntos	Continuar las intervenciones de bajo riesgo; Cambio de decúbito con posicionamiento de 30°.

→ RUESGO ALTO 10-12 puntos	Continuar las intervenciones de riesgo moderado; Cambio frecuente de decúbito; Uso de cojines de espuma para facilitar la lateralización de 30°.
→ RUESGO DEMASIADO ALTO ≤ 9 puntos	Continuar las intervenciones de alto riesgo; Uso de superficies de apoyo dinámicas con pequeña pérdida de aire, si es posible; Manejo del dolor.

Fuentes: BRASIL, 2022.

El uso de escalas de predicción de riesgo ayuda en la identificación de algunos factores de riesgo para la participación de LPP en la persona mayor. La importancia de reconocer algunos de estos factores específicos que ponen en riesgo a este grupo es apoyar el análisis y la definición de intervenciones apropiadas, además de ayudar en la planificación e implementación de acciones centradas en la prevención (FARIAS; QUEIROZ, 2022).

El cuidado general incluye evaluación diaria de la piel, buena higiene para mantenerla seca e hidratada, y cambios periódicos de posición según las necesidades de cada persona. Sin embargo, el análisis y la elección de métodos preventivos requiere la comprensión de que algunos factores que contribuyen a la aparición de LPP están relacionados con las condiciones ambientales (FARIAS; QUEIROZ, 2022).

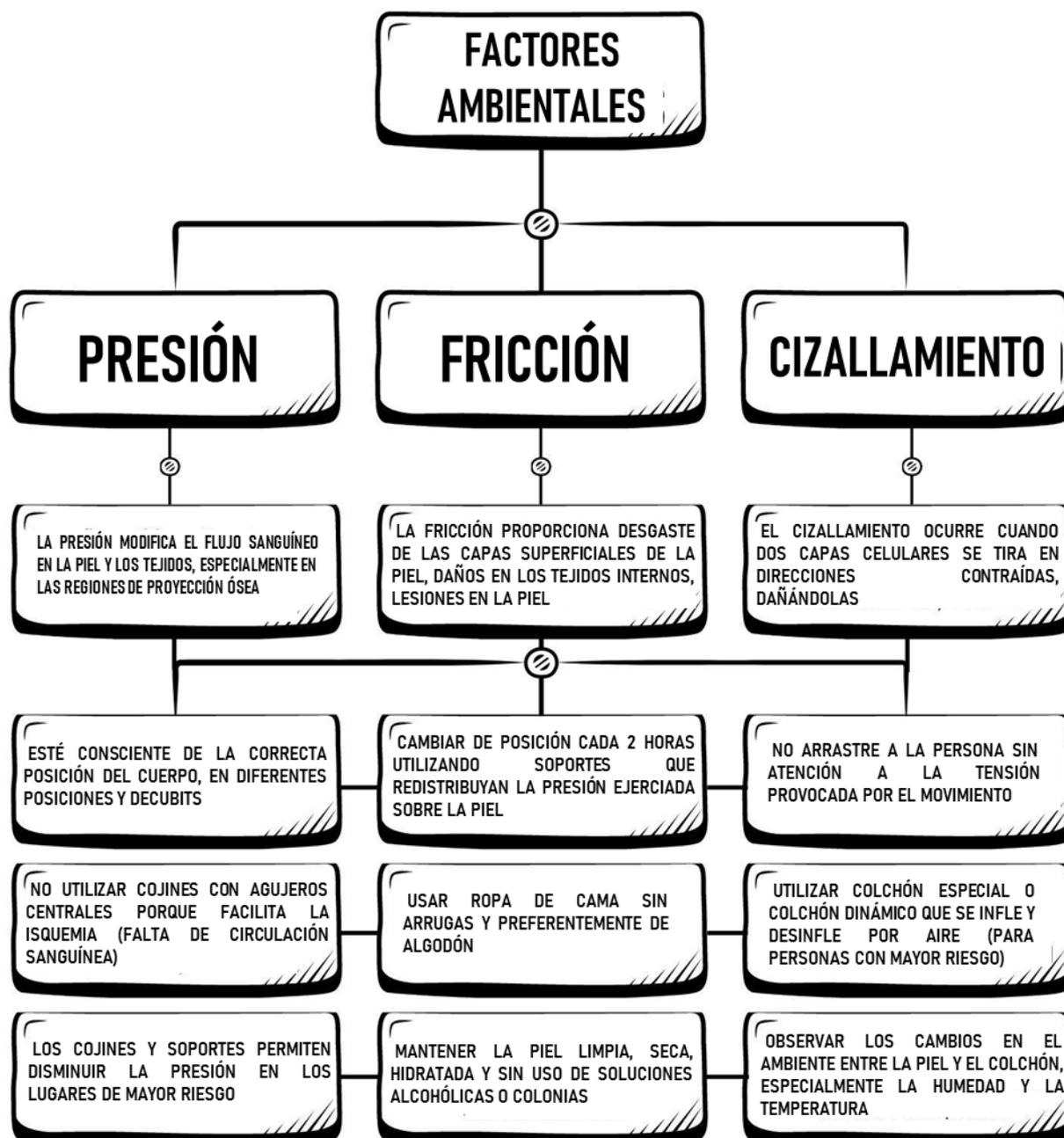
Entre el grupo de factores que contribuyen a esta condición, existen riesgos ambientales. En las personas restringidas a la cama, la formación de LPP resulta de uno o más de los siguientes fenómenos físicos: presión, fricción y cizallamiento (RIBEIRO *et al.*, 2022). Comprender los mecanismos implicados en cada uno de estos fenómenos tiene una serie de precauciones a tomar para su prevención (Figura 1).

La comprensión de los mecanismos es importante para desarrollar la atención preventiva con el fin de mantener la integridad de la piel y evitar la participación de LPP en los ancianos, como el uso de materiales y equipos adecuados, y la atención completa y de calidad se pone a disposición de los ancianos en esta condición. A partir de este conocimiento, contribuye al estímulo y autonomía del equipo responsable de emplear los medios preventivos disponibles y que pueden utilizarse en la prevención de la LPP (RIBEIRO *et al.*, 2022).

Además de los factores de riesgo ya descritos, existen factores institucionales que interfieren en la prevención de la lesión por presión dentro de la ILSP, como la falta de motivación de los cuidadores, la falta de capacitación, la falta de planificación de la atención preventiva y la ausencia o insuficiencia de la aplicación de medidas de prevención (RIBEIRO *et al.*, 2022). Con el entendimiento de que la prevención es la mejor estrategia para evitar la LPP y que el cuidado debe ser implementado por todos los miembros del equipo, se recomienda especial atención para ancianos con movilidad física deteriorada o que tienen limitación física, por la necesidad de descompresión (cambio de posición o decúbito para aliviar la

presión y mejorar la irrigación sanguínea de la piel a intervalos de tiempo regulares). También se recomienda utilizar recursos materiales adecuados como espumas multicapa en zonas de prominencias óseas, higiene de la piel e hidratación y control de la humedad (cambio de pañales, sábanas, mantenimiento de ambiente aireado).

Figura 1. Factores de riesgo ambientales para la participación de lesiones por presión en la persona mayor y formas de prevención para dicha condición. Natal/RN, Brasil, 2023.



Fuente: adaptado de Brasil, 2022.

En Brasil, la necesidad de recursos humanos motivó el surgimiento de una nueva ocupación, llamada "cuidador de ancianos". Desarrollan actividades de manera integral o intercalada, para el seguimiento y desempeño de cuidados que antes se atribuían solo a los miembros de la familia, como la higiene básica, la alimentación y el cuidado del bienestar (SILVEIRA *et al.*, 2023).

En Brasil, con el propósito de fomentar una atención más segura, el Ministerio de Salud (MS) instituyó un proyecto de ley (No. 76 de 2020), que está en curso y establece y regula la profesión de cuidador, con miras a promover la atención médica segura y los procedimientos legales para el desarrollo de esta ocupación (BRASIL, 2020). Dado el panorama de la prestación de servicios, se destaca la importancia de la articulación entre profesionales de salud y cuidadores en el monitoreo y/o planificación de acciones relacionadas con la promoción, prevención de lesiones y mantenimiento de la capacidad funcional del individuo que recibe atención (NUNES *et al.*, 2022).

Se sabe que el equipo responsable del cuidado de los ancianos institucionalizados necesita actualizar sus conocimientos técnico-científicos, a través de programas educativos y seminarios relacionados con el tema, por ejemplo. La capacitación del equipo responsable de la atención genera confianza en los individuos involucrados en este proceso y, consecuentemente, la mejora de la calidad de la atención necesaria para prevenir la participación de LPP (FARIAS; QUEIROZ, 2022; RIBEIRO *et al.*, 2022).

La falta de capacitación adecuada para los cuidadores fue reportada en un estudio realizado en ILEAs, en el que los autores encontraron que la mayoría de los trabajadores en esta función sólo tienen educación médica completa. La capacitación continua permite al cuidador informal una gestión más segura de sus actividades diarias, con miras a mejorar el cuidado brindado a la persona anciana institucionalizada que requiere una mirada aguda y holística (FERREIRA *et al.*, 2021).

CONSIDERACIONES FINALES

Comprender los factores que favorecen la ocurrencia de lesión por presión en el anciano institucionalizado, posibilita la planificación y adopción de medidas de prevención por parte de la institución y los profesionales, como acciones esenciales para la prestación de cuidados de calidad. La comprensión de los factores biológicos y ambientales permite cambios sutiles en la rutina que pueden ser de gran utilidad para proporcionar una disminución considerable en el riesgo de LPP.

Además, existe la necesidad de una inversión constante en capacitación sobre el tema para los profesionales que trabajan en ILSP. Con más conocimiento sobre el manejo adecuado, todo el equipo, especialmente los cuidadores, contribuyen de manera más segura a la prevención de la LPP.

REFERENCIAS

BARBOSA D. S. C.; FAUSTINO, A. M. Lesão por pressão em idosos hospitalizados: prevalência, risco e associação com a capacidade funcional. **Enferm Foco**. v. 12, n. 5, p.1026-1032, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4689>. Acesso em: 11 fev. 2023.

BASTOS, D. M. et al. Prevenção e terapêutica no tratamento de lesões por pressão: uma revisão integrativa. In: CARVALHO JUNIOR, Fábio Ferreira; SILVA, Daniel Augusto. **Ciências da saúde: desafios e potencialidades em pesquisa**. 1 ed. Editora Científica Digital, 2022, p. 262-275, cap 24. Disponível em: <https://www.editoracientifica.com.br/artigos/prevencao-e-terapeutica-no-tratamento-de-lesoes-por-pressao-uma-revisao-integrativa>. Acesso em: 10 fev. 2023

BÔTO, A. J. S. *et al.* A importância da avaliação de lesão por pressão para a escolha da melhor cobertura: um relato de experiência. In: KLAUSS, Jaisa. **psicologia e saúde: pesquisa, aplicações e estudos interdisciplinares**. 1 ed. Editora Científica Digital, 2022, p. 24-31, cap 2. Disponível em: <https://www.editoracientifica.com.br/artigos/a-importancia-da-avaliacao-de-lesao-por-pressao-para-a-escolha-da-melhor-cobertura-um-relato-de-experiencia>. Acesso em: 10 fev. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Lei nº 76, de 2020**. Cria e regulamenta as profissões de Cuidador de Pessoa Idosa, Cuidador Infantil, Cuidador de Pessoa com Deficiência e Cuidador de Pessoa com Doença Rara e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 2020. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8061698&ts=1675352043158&disposition=inline>. Acesso em: 12 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Protocolo ulcera por pressão**. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/protocolo-ulcera-por-pressao.pdf/view?_ga=2.113894852.2141359600.1676245692-1808900134.1676126053. Acesso em: 12 fev. 2023

CABRAL, J. V. B.; VASCONCELOS, L. M.; OLIVEIRA, M. M. Conhecimentos dos enfermeiros e uso da escala de braden em unidade de terapia intensiva: análise da produção científica brasileira. **Rev Bras Multidisciplinar**. v. 14, n. 1, p. 166-174, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2021.v24i1.782>. Acesso em: 11 fev. 2023.

CONCEIÇÃO, A. N.; SANTOS, I. V. R.; MACIEL, R. P. Proposta de uma cartilha educativa para pacientes acamados sobre medidas preventivas de lesão por pressão. **Research, Society and Development**. v. 10, n.16, e468101624167, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i16.24167>. Acesso em: 11 fev. 2023.

EPUAP/NPIAP/PPPIA. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevenção e tratamento de lesões/úlceras por pressão: Guia de consulta rápida**. Diretriz reduzida. Portugal: Emily Haesler, 2019. Disponível em: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-portuguese.pdf>

FARIAS, A. P. E. C.; QUEIROZ, R. B. Risk factors for the development of pressure injury in the elderly: integrative review. **Rev Pesq Cuidado é Fundamental Online**, v. 14, p. e-11423, 2022. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/11423>. Acesso em: 11 fev. 2023.

FERREIRA, Clara Jéssica Silva et al. O cuidado ao idoso institucionalizado: perspectivas dos cuidadores e da equipe de enfermagem. **Revista eletrônica Acervo Saúde**, v.13, 5, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e7230.2021>. Acesso em: 11 fev 2023.

HALL, J. E.; HALL, M. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. 1120 p.

JANSEN, R. C. S.; SILVA, K. B. A.; MOURA, M. E. S. Braden Scale in pressure ulcer risk assessment. **Rev bras enferm**. v. 73, n. 6, p. e20190413, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0413>. Acesso em: 11 fev. 2023.

NPUAP. National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Pressure Injury Stages**, 2016. Disponível em: <https://npiap.com/page/PressureInjuryStages>. Acesso em: 12 fev. 2023.

NUNES, D. P. *et al.*; **Cuidadores de idosos acamados residentes na cidade de Palmas: principais achados**. - Palmas, TO: UFT/Curso de Enfermagem, 2022. 40 p. Disponível em: <https://repositorio.uft.edu.br/bitstream/11612/3920/1/Cuidadores%20de%20idosos%20acamados%20residentes%20na%20cidade%20de%20Palmas%20-%20principais%20achados.pdf>. Acesso em 20 fev.2023.

RIBEIRO, W.A. et al. Fatores de riscos para lesão por pressão x estratégias de prevenção: Interfaces do cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar. **Revista Pró-UniverSUS**. v. 13, n. 1, p. 02-06.

SARDELI, K. M. et al.; Lesão por pressão em instituições de longa permanência para idosos: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**. v.7, n.2, p.12127-12139, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/24143/19328>. Acesso em: 11 fev. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Cuidados com a pele do idoso**. Rio de Janeiro, 2019. 20p. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/publicacoes/cartilha-sobre-os-cuidados-com-a-pele-do-idoso/>. Acesso em: 10 fev. 2023.

SOUSA, L. A. M. **Avaliação do impacto clínico da lesão por pressão em idosos institucionalizados no município de Botucatu**. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho. Botucatu, 2021. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/204552/sousa_lam_me_bot.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 11 fev. 2023.

Capítulo 9

Importancia de la higiene de manos en el cuidado de la salud de ancianos institucionalizados

Diana Karla Muniz Vasconcelos, Francisca Brunna de Carvalho Costa Vasconcelos, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Rita de Cássia Azevedo Constantino, Zamir Vidal de Negreiros Filho e Viviane Peixoto dos Santos Pennafort.

PRESENTACIÓN

Históricamente, el lavado de manos durante mucho tiempo no ha sido una práctica frecuente en los servicios de salud y entre la población en general, teniendo como inicio de implantación en el área médica sólo a finales del siglo 19. disminución de la incidencia de infecciones posparto en las clínicas obstétricas en ese momento (Fiocruz, 2020).

Durante mucho tiempo, se utilizó el término "lavado de manos", sin embargo, luego se amplió y se reemplazó por "higiene de manos" debido al mayor alcance del procedimiento que incluye higiene simple, higiene antiséptica, fricción antiséptica y antisepsia quirúrgica de las manos (MEDEIROS *et al.*, 2012).

La higiene de las manos es reconocida mundialmente como una medida primaria, pero muy importante en el control de las infecciones relacionadas con la atención médica. Por esta razón, ha sido considerado como uno de los pilares de la prevención y el control de infecciones dentro de los servicios de salud, incluyendo los resultantes de la transmisión cruzada de microorganismos multirresistentes (BRASIL, 2009).

Desde 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha llamado a la higiene de las manos uno de los objetivos internacionales de seguridad del paciente destinados a reducir las infecciones asociadas con la atención médica, así como los incidentes que resultan en daño a los pacientes, también conocidos como eventos adversos (EA). En este sentido, la prevención de la contaminación de los pacientes por el contacto manual de los profesionales es una prioridad para el Ministerio de Salud (MS), y la higiene de las manos es una práctica recomendada en los centros de salud e instituida por el Programa Nacional de Seguridad del Paciente (PNSP) a través de la Ordenanza MS/GM n.º529/2013 (BRASIL, 2014).

Algunos programas en el contexto de la gestión de la calidad y la seguridad del paciente en los servicios de salud tratan como prioridad el tema de la higiene de las manos, considerando que las infecciones relacionadas con la atención de salud (IRAS) son actualmente una preocupación importante en todas las esferas de las autoridades públicas, creciendo cada vez más como un problema de salud, no solo, sino de orden social y ético, perjudicando la vida de pacientes, profesionales y otros colaboradores, agravando los riesgos a los que están sometidos estos individuos. Estas infecciones, además de comprometer a los pacientes, también amenazan a los profesionales de la salud, equipos de servicio de

apoyo, acompañantes y otros usuarios de los servicios, como puede suceder en la población anciana que vive en instituciones de larga duración.

Es necesario un gran esfuerzo y atención de los gestores y profesionales de los servicios para fomentar la práctica de la higiene de manos, tan importante y reconocida desde hace muchos años en la prevención y control de infecciones en los servicios de salud. Se enfatiza que ponerlo en práctica es una tarea compleja, ya que insertar el hábito en la rutina diaria aún es insuficiente (ANVISA, 2009).

El cumplimiento de los profesionales de la salud con las prácticas de higiene de manos es uno de los principales indicadores de desempeño para la prevención y el control de infecciones, la seguridad del paciente y la calidad de los servicios de salud en todo el mundo. Sin embargo, pocas instituciones cuentan con los recursos necesarios para este seguimiento (OMS, 2021).

Las manos son la principal vía de transmisión de microorganismos durante la atención sanitaria. La epidermis es un reservorio de varios microorganismos que pueden transferirse de una superficie a otra, a través del contacto directo o indirecto, a través del contacto con objetos y superficies contaminadas. Así, la higiene de manos consiste en una medida individual, sencilla, menos costosa y eficaz en la prevención y control del SIA. La higiene de las manos es reconocida mundialmente como una medida primaria, sin embargo, muy importante en el control de IRAS. Por esta razón, se considera uno de los pilares de la prevención y el control de infecciones dentro de los servicios de salud (OMS, 2017).

En esta perspectiva, es esencial enfatizar esta práctica en los servicios de salud, en todos los niveles de atención, especialmente en las Instituciones de Larga Estadía para Ancianos (ILEAs) en un intento de mejorar el tratamiento de la higiene de manos entre profesionales de la salud y cuidadores, ya sean formales o formales, lo que puede resultar en la prevención de AIS y la reducción de los costos asociados con la hospitalización y el tratamiento de condiciones infecciosas.

HIGIENIZACIÓN DE LAS MANOS DE LOS CUIDADORES EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD DE LA PERSONA ANCIANA

Las infecciones relacionadas con la atención de salud (IA) son un factor agravante en la situación de salud pública, tanto en Brasil como en otros países. Este problema está intrínsecamente relacionado con la ausencia de higiene de manos por parte de los profesionales de la salud.

La incidencia de pacientes que desarrollan infecciones durante el contacto directo con profesionales de la salud está aumentando, se estima que cada día, más de 1,4 millones de personas en todo el mundo son diagnosticadas con infecciones prevenibles relacionadas con la atención de la salud y, en Brasil, alrededor del 3% al 15% de las personas que son hospitalizadas tienen alguna infección relacionada con la atención médica, que puede agravar la salud del paciente, prolongar la estancia hospitalaria, aumentar los costos del

tratamiento y provocar la muerte. Las tendencias actuales, la conciencia pública y el aumento de los costos de atención médica han aumentado la importancia de prevenir y controlar las infecciones que son esenciales para crear un entorno de atención médica seguro para los clientes, familiares y empleados, donde el equipo de atención desempeña un papel primordial en la prevención y el control de estas infecciones (SOUZA *et al.*, 2015).

Poco a poco, la búsqueda para conocer, prevenir y controlar EL SAR se ha intensificado, volviéndose cada vez más relevante y los servicios de salud de la población se han preocupado por el bienestar y la seguridad de los pacientes. Y uno de los grandes desafíos es la reducción de la tasa de estas infecciones, ya que no se limitan solo al entorno hospitalario, sino que se pueden adquirir en cualquier lugar de atención médica, como clínicas de atención dental, servicios de hemodiálisis, LSI, sistemas de atención domiciliaria, etc. Así, los AS se definen como infecciones adquiridas después de la admisión del paciente en una unidad de salud, y pueden manifestarse en el período de hospitalización o después del alta hospitalaria, convencionalizando como IRAS cualquier manifestación clínica de infección que se presente a partir del procedimiento, ya sea que el paciente esté hospitalizado o no (BRASIL, 2013; ANVISA, 2021b).

AIS afecta a millones de pacientes en todo el mundo y también impacta significativamente las arenas en los sistemas de salud, siendo uno de los eventos adversos más frecuentes en los servicios que brindan atención médica. Vale la pena señalar que el problema está intrínsecamente relacionado con la ausencia de higiene de manos por parte de los profesionales de la salud.

En los últimos años, ha habido una mayor preocupación entre los organismos e instituciones de salud con el fin de controlar y prevenir el riesgo de estas infecciones y, al mismo tiempo, mejorar y garantizar una atención segura y de calidad, ya que representa un desafío global para la seguridad del paciente.

ANA se define como "una infección que ocurre durante el proceso de atención / atención en el hospital u otro servicio adquirido durante la atención médica en los servicios. A partir de la definición, se entiende bien que la ocurrencia de estas infecciones está vinculada a la prestación de atención de salud y que puede surgir, aunque no siempre, como consecuencia de la falla del sistema y los procesos de prestación de atención, así como del comportamiento humano. Por lo tanto, esto plantea un importante problema de seguridad del paciente. La implementación de medidas de prevención es capaz de prevenir la mayoría de estas infecciones, lo que resulta en una mejor calidad de la atención, disminución de la morbilidad y mortalidad y reducción de los costos directos, porque es una lesión que afecta a millones de personas, aumentando la morbilidad y la mortalidad, aumentando la resistencia a los antimicrobianos y el gasto excesivo en los sistemas de salud, que podrían prevenirse con precauciones básicas, como Higiene de manos (ANVISA, 2021a).

La atención a la seguridad del paciente, que incluye el tema "Higiene de las manos", se ha tratado como una prioridad, como la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente", una iniciativa de la OMS.

La creación de esta alianza destaca el hecho de que la seguridad del paciente es reconocida como un problema global. Las manos son la principal vía de transmisión de microorganismos durante la atención prestada a los pacientes y la higiene de manos se considera la práctica más eficaz para reducir el IRAS. Las manos son las principales herramientas de los profesionales que actúan en los servicios de salud, porque son los ejecutores de las actividades realizadas. Por lo tanto, la seguridad del paciente en estos servicios depende de la higiene cuidadosa y frecuente de las manos de estos profesionales (MEDEIROS *et al.*, 2012; BRASIL, 2017).

Entre los seis objetivos recomendados por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la higiene de las manos se considera una medida preventiva primaria, de acuerdo con las directrices actuales de la OMS y el Centro para el Control de Enfermedades. Dentro de los 5 elementos del primer desafío global para la seguridad del paciente está la higiene de manos (Fiocruz, 2018).

En el contexto de AIS en personas mayores que residen en ILEA, la higiene de las manos está en el centro de las precauciones estándar y es la medida de control de infecciones más efectiva. Las precauciones estándar proporcionan un ambiente limpio y promueven la seguridad del paciente a un nivel muy básico. Los SIA se consideran una de las principales causas de muerte de personas de todas las edades, especialmente entre las personas más vulnerables (OMS, 2009). En este sentido, la población anciana es considerada como un ejemplo de vulnerabilidad biológica y mayor susceptibilidad a IRAS (LOPES, 2018).

La incorporación de cuidadores informales en el cuidado de la persona que no es acomodada, especialmente en el cuidado de la persona mayor es una realidad. Estos cuidadores participan en la asistencia y contribuyen al equipo multidisciplinario. Por otro lado, los autores señalan que estos cuidadores generalmente tienen limitaciones relacionadas con el conocimiento sobre medidas importantes para la prevención de IRAS, como medidas de aislamiento, eliminación adecuada de desechos e higiene de manos (NERI *et al.*, 2022; HAMMERSCHMIDT; MANSER, 2019). Por lo tanto, las acciones dirigidas a mejorar la comprensión de los cuidadores informales sobre la prevención de AIS, especialmente la higiene de las manos, son fundamentales.

A pesar de ser una acción de bajo costo para las instituciones, la higiene de manos tiene una baja asociación entre los profesionales de la salud. La causa de este evento varía desde la falta de conocimiento sobre su importancia, hasta la falta de dominio de la práctica, así como la ausencia de insums y sobrecarga de trabajo. Para quienes lo realizan con frecuencia, aún existen otros puntos de mejora, como el uso del tiempo correcto en la técnica y el hábito de retirar los adornos en el momento de la asistencia, para no convertirlos en reservorio de microorganismos patógenos (GURGEL *et al.*, 2022; ALVES *et al.*, 2019).

En el equipo multidisciplinario, los cuidadores constituyen una parte importante del cuerpo profesional de una institución y son un agente importante del cuidado diario de las personas mayores institucionalizadas (AGUIAR *et al.*, 2022). Un estudio realizado en ILEA observó que la mayoría de estos profesionales tienen sólo la escuela secundaria completa, y es necesario implementar cursos y

capacitaciones para la alineación y optimización de la atención, que a su vez se vuelve compleja, considerando que la mayoría de los ancianos institucionalizados tienen un nivel considerable de dependencia funcional (FERREIRA *et al.*, 2021).

En el contexto de la prevención de AIS, la falta de conocimiento técnico por parte del cuidador puede causar la facilidad de aparición de puertas de entrada para la enfermedad (AGUIAR *et al.*, 2022). El énfasis en la formación de estos profesionales para practicar la higiene de manos influye directamente en la reducción de los casos de infección. La adopción de la educación continua del equipo es un método de precaución eficiente (ALVES *et al.*, 2019).

Se hace hincapié en que las recomendaciones de la OMS (2014) sobre buenas prácticas y estrategias para mejorar la higiene de las manos son reglas de oro para la salud mundial. En los últimos años, se han implementado en miles de servicios de salud, así como a nivel nacional en muchos países. Aunque estas recomendaciones fueron elaboradas principalmente para el ambiente hospitalario, se hizo un gran interés en su posible implementación en la atención primaria y otras unidades extrahospitalarias, como las ILEA.

INVOLUCRAR AL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO Y AL ANCIANO EN LA HIGIENE DE LAS MANOS: ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El equipo multidisciplinario es directamente responsable de la seguridad de los ancianos institucionalizados, siendo fundamental garantizar el cuidado de esta porción poblacional especialmente en relación con la lucha contra el TAB. Según el estudio propuesto por Gurgel *et al.*, (2022), la práctica de la higiene de manos es un fracaso entre los profesionales de la salud debido principalmente a la aplicación incorrecta de las recomendaciones propuestas por la OMS, así como a la falta de medidas educativas dirigidas al proceso de educación continua, así como al estímulo y la sensibilización del equipo de salud. Así, se enfatiza la necesidad de una acción efectiva de gestión en la búsqueda de estrategias y recursos materiales recomendados para que la higiene de manos sea una práctica implementada, valorada y ejecutada adecuadamente por los profesionales de la salud en la prevención de IRAS.

Varias razones diferentes pueden llevar a un profesional a no realizar sus funciones adecuadas. Uno de los factores que pueden conducir a prácticas y actos negligentes es la desmotivación. Además, también es posible mencionar fallas en la técnica recomendada, además de mitos, costumbres, insatisfacción profesional, falta de insumos necesarios y/o estructura mínima (COSTA; 2020).

La OMS recomienda que la higiene de manos en la atención sanitaria en entornos extrahospitalarios, especialmente en LSIE, se implemente en base a estrategias y pasos que involucren esta práctica. La estrategia multimodal propuesta por la OMS comprende medidas para una mejor comprensión de las prácticas relacionadas con la mejora de la higiene de las manos en la atención de salud, dividiéndose en componentes que comprenden una infraestructura adecuada; calificación profesional en relación con el

tema durante y después de la graduación en un grado continuo; evaluación y supervisión periódicas de las prácticas incautadas; recordatorios y la creación de un entorno seguro para que la higiene de las manos sea una prioridad en el lugar de trabajo (OMS, 2014).

La Figura 1 ilustra los cuatro momentos recomendados por la OMS para la higiene de manos adaptados para profesionales de la salud y cuidadores que trabajan en los ILEA: Antes de tocar al anciano; Antes de realizar un procedimiento limpio / aséptico; Después del riesgo de exposición a fluidos corporales y Después de tocar a la persona mayor. Sin embargo, en las ILEA, la adhesión a la práctica de la higiene de manos sigue siendo baja, especialmente en lo que respecta a la indicación de realizarse antes de tocar a la persona mayor y cuando el profesional usa guantes (SANDBEKKEN *et al.*, 2022).

En este contexto, se considera que para lograr una atención sanitaria segura es necesario que los pacientes/ancianos sean informados, involucrados y tratados como socios en su propio cuidado. La seguridad del paciente depende de su plena participación siempre que sea posible y apropiado, mientras que los usuarios y las personas están más familiarizados con su propio viaje. Desde este entendimiento, las personas mayores y sus familias deben participar en todos los niveles de la atención de salud, desde la formulación de políticas y la planificación, hasta la supervisión del desempeño, el consentimiento plenamente informado y la toma de decisiones compartida en la atención de salud (OMS, 2021).

Dada la relevancia del tema y los beneficios de su práctica, hay una fecha, instituida por la OMS, correspondiente al 5 de mayo, Día Mundial de la Higiene de las Manos, para recordar a los profesionales e instituciones de salud la importancia de esta acción tan simple y al mismo tiempo tan eficiente en el control de THERS. En los últimos años, el tema ha sido tratado con mayor frecuencia, entre los profesionales de la salud y los usuarios de los servicios, y el 5 de mayo ha adquirido una importancia más integral debido a la pandemia de COVID-19, donde una de las medidas más efectivas para prevenir la transmisión del nuevo coronavirus es exactamente la práctica de la higiene de manos (OPAS, 2021).

Figura 1- Momentos para la higiene de manos: cuidado de la salud en el cuidado a largo plazo para los sanos. Natal, RN, 2023.



Fuente: Adaptado OMS, 2014.

La capacitación del equipo multidisciplinario de salud, los cuidadores formales y formales, así como la persona mayor y sus familias en el tratamiento de la higiene de las manos requiere estrategias de educación para la salud creativas, fáciles de aprender que puedan sensibilizar a los involucrados en el cuidado sobre la importancia de esta práctica en la prevención del TAR.

Valim *et al.* (2019) refuerzan que la educación para la salud ha demostrado ser efectiva para elevar y mantener las tasas de higiene de manos, siempre que permita a los sujetos resignificar comportamientos y asimilar información relevante. Por lo tanto, los métodos innovadores deben reemplazar los comportamientos conservadores para trascender el dominio individual y considerar los componentes estructurales, organizacionales, educativos y de gestión.

Además de estos, otros elementos deben ser considerados en la *planificación* y ejecución de esta estrategia para aumentar el cumplimiento de esta práctica y asegurar su sostenibilidad, como la participación y el compromiso de la dirección con las acciones de seguridad y la creación de una cultura continua de mejora, retroalimentación individual y/o colectiva y el uso de metodologías activas y permanentes para la educación para la salud (VALIM *et al.*, 2019).

CONSIDERACIONES FINALES

La higiene de manos es una práctica simple y efectiva para reducir las infecciones asociadas con el cuidado de la salud. Sin embargo, su adhesión sigue siendo baja en las ILEA y se observa la falta de conocimiento de los profesionales y cuidadores en su correcta ejecución. Es necesario fortalecer la cultura de seguridad dentro de los ILEA, empoderando a los profesionales con respecto a prácticas seguras como esta, así como informar a los residentes y otros grupos en capacitación sobre su papel en el proceso de atención.

Las actividades de educación para la salud sobre el tema se intensificaron aún más en el período de la pandemia de COVID-19, especialmente dirigidas a los ancianos, hospitalizados en los servicios de salud y sus cuidadores, ya que constituyen un grupo de riesgo para la enfermedad.

Vale la pena señalar que la participación de la alta dirección, especialmente en las instituciones a largo plazo, es extremadamente importante para la participación del equipo multidisciplinario en acciones permanentes de educación para la salud. Además, la gerencia debe asegurar el suministro de suministros y la estructura mínima para favorecer la práctica de la higiene de las manos del equipo de atención.

Con el aumento de la esperanza de vida en los últimos años, una realidad constante es el crecimiento en el número de cuidadores de personas mayores que está surgiendo en el mercado laboral. En este sentido, vale la pena mencionar que estas personas necesitan estar bien capacitadas y capacitadas para la función, siendo primordial su comprensión del impacto que la práctica de la higiene de manos puede traer a la calidad de vida de este grupo más vulnerable.

En este contexto y de acuerdo con los estudios más actuales sobre el tema, la práctica de la higiene de manos salva vidas y debe ser realizada correctamente por los equipos de atención médica, pero también en toda la sociedad, desde los niños hasta los mayores.

REFERENCIAS

AGUIAR, J. A. *et al.* Atividades desempenhadas pelo cuidador destinadas ao idoso institucionalizado: revisão integrativa. **Kairós Gerontologia**, v. 25 n. 1, set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2022v25i1p137-150>. Acesso em: 11 fev. 2023.

ALVES, M. M. *et al.* Educação em saúde: conhecimento de profissionais de saúde sobre IRAS e higienização das mãos. **Revista EDaPECI**, v. 19. n. 3, p. 73-84, set./dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.29276/redapeci.2019.19.312225.73-84>. Acesso em: 11 fev. 2023.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília: Anvisa, 2009. 105p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Prevenção de infecções por microrganismos multirresistentes em serviços de saúde: Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. 2021a. Disponível em: <https://pncq.org.br/wpcontent/uploads/2021/03/manual-prevencao-de-multirresistentes7.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2023.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional De Prevenção e Controle De Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025**. 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf. Acesso em: 20 fev.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC, nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jul. 2013b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=3507945&_101_type=document. Acesso em: 23 fev. 2023.

COSTA, G. S.; BRASILEIRO, M. E. Percepção dos profissionais da saúde sobre a higienização das mãos no Pronto Socorro. **Rev Cient Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v.10, n.5, p. 71-82. 2020. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/higienizacao-das-maos>. Acesso em: 10 fev. 2023.

FERREIRA, C. J. S *et al.* O cuidado ao idoso institucionalizado: perspectivas dos cuidadores e da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, maio de 2021. DOI: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7230>. Acesso em: 11 fev. 2023.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Higienização das mãos para prevenção de IRAS e emergência de bactérias multirresistentes**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/higienizacao-das-maos-para-prevencao-de-iras-e-emergencia-de-bacterias-multirresistentes/>. Acesso em: 20 fev. 2023.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Ignaz Semmelweis**: as lições que a história da lavagem das mãos ensina. 2020. Disponível em: <https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1771-ignaz-semmelweis-as-lico-es-que-a-historia-da-lavagem-das-maos-ensina.html>. Acesso em: 10 fev. 2023.

GURGEL, M. C. et al. Higienização das mãos e sua relevância para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, e303111537103, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37103>. Acesso em: 11 fev 2023.

HAMMERSCHMIDT, J.; MANSER, T. Nurses' knowledge, behaviour and compliance concerning hand hygiene in nursing homes: a cross-sectional mixed-methods study. **BMC Health Serv Res**, v. 19, 547, 2019. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4347-z>. Acesso em 12 fev. 2023.

LOPES, N. A. P. **Adesão à higienização das mãos**: impacto de uma intervenção educativa em unidade de terapia intensiva neonatal. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2019. DOI:10.11606/T.22.2019.tde-20052019-195634. Acesso em: 2023-02-22.

MEDEIROS, A. *et al.* Segurança do paciente: adesão à higienização das mãos pelos profissionais de saúde, um grande desafio institucional. **Resid Pediatr**. v. 2, n. 1, p. 32-34, 2021.

NERI, M. F. S. *et al.* Determinantes de higienização das mãos de cuidadores informais em hospitais sob a perspectiva de Pender. **Rev bras Enferm**, v. 75, n. 1, e20210012, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0012>. Acesso em 10 de fevereiro de 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Guidelines on Hand Hygiene in Health Care**: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Genebra: OMS, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>. Acesso em: 15 fev. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Salve vidas: Higiene das Mãos na Assistência à Saúde Extra-hospitalar e domiciliar e nas Instituições de Longa Permanência**. Um Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos e da Abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos”. Brasília: OPAS; ANVISA, 2014. 73p. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/vigilancia-em-saude/ceciss/manuais-e-formularios/manuais-ceciss/9519-higiene-das-maos-na-assistencia-a-saude-extra-hospitalar-e-domiciliar-e-nas-instituicoes-de-longa-pe/file>. Acesso em: 10 fev. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Global Priority List of Antibiotic-Resistant Bacteria To Guide Research, Discovery, and Development of New Antibiotics**. Genebra: OMS, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/medicines/publications/global-priority-list-antibiotic-resistant-bacteria/en/>. Acesso em: 15 fev. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030**: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra: OMS; 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/11/document.pdf>. Acesso em 16 fev. 2023.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **OMS pede melhor higienização das mãos e outras práticas de controle de infecções**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2021-oms-pede-melhor-higienizacao-das-maos-e-outras-praticas-controle-infeccoes#:~:text=A%20OMS%20tamb%C3%A9m%20declarou%202021,as%20infec%C3%A7%C3%B5es%20durante%20o%20atendimento>. Acesso em: 10 fev. 2023.

SANDBEKKEN, I. H. *et al.* Students' observations of hand hygiene adherence in 20 nursing home wards, during the COVID-19 pandemic. **BMC Infect Dis**, v. 22, 156, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07143-6>. Acesso em: 12 fev. 2023.

SOUZA, L. M. *et al.* Adesão dos Profissionais de Terapia Intensiva aos Cinco Momentos da Higienização das Mãos. **Rev Gaúcha Enferm**, n. 36, v. 4, p. 21-28, 2015.

VALIM, M. D. *et al.* Eficácia da estratégia multimodal para adesão à Higiene das Mãos: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 2, p. 578-92, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0584>. Acesso em: 10 fev. 2023.

Capítulo 10

Desafíos y perspectivas de la salud bucal en el cuidado del anciano institucionalizado

Allyne Costa Siqueira, Georgia Costa de Araújo Souza, Zamir Vidal de Negreiros Filho e Vilani Medeiros de Araújo Nunes

PRESENTACIÓN

En Brasil, la búsqueda de la mayoría de la población por servicios de salud bucal está relacionada con la resolución de problemas existentes, lo que refuerza el modelo de atención dental. Este modelo es diferente del contexto biopsicosocial recomendado por la integralidad en el Sistema Único de Salud (SUS), que tiene en cuenta los aspectos físicos, psicológicos y sociales del paciente. El modelo biomédico, también llamado asistencial, sigue siendo predominante hoy en día y se asocia con limitaciones en los servicios dentales ofrecidos en la red pública de salud y perpetúa la visión mutiladora de la odontología.

En los últimos años, el envejecimiento de la población mundial se ha convertido en un tema muy común en las ruedas de la conversación, en los sistemas de salud y en los sistemas de seguridad social, merecedor de una atención especial cuando se trata de las necesidades de la población mayor y la calidad de vida de este envejecimiento. Por lo tanto, es necesario valorar el esfuerzo del área técnica de salud de los ancianos del Ministerio de Salud (MS) en las administraciones que siguen la Política Nacional del Adulto Mayor cuando buscan garantizar la inclusión del tema de salud de los ancianos en los diversos foros de la institución. Vale la pena destacar la agenda estratégica del Ministerio de Salud para el período 2011-2015, que contempló, textualmente, en el objetivo estratégico 6, el cuidado de la población anciana en "garantizar la atención integral de salud para los ancianos en todos los niveles de atención, a través del SUS" (BRASIL, 2013b, p. 21).

En cuanto al frente a las debilidades en la salud de las personas sanas, en mayo de 2014, durante el XXX Congreso Nacional de Departamentos Municipales de Salud, se publicó el documento: Directrices para el cuidado de los sanos en el SUS: propuesta de un modelo de atención integral (BRASIL, 2014).

Según la Ley N° 14.423, del 22 de julio de 2022 del Estatuto de la Persona Mayor, el envejecimiento digno y saludable se caracteriza como un derecho a la vida, siendo inherente a todo ciudadano brasileño. En este sentido, el SUS, como componente constitucional y representado por el equipo odontológico, es una herramienta importante en la promoción del cuidado de la salud bucal para los ancianos y, en consecuencia, la garantía de un envejecimiento saludable (BRASIL, 2022). Así, la promoción del cuidado de la salud de este público, incluida la salud bucal, comprende la integralidad y articulación intersectorial de los equipos de salud del SUS. Por lo tanto, se espera que la promoción de la salud se lleve a cabo en todos los niveles de atención, así como la prevención de las debilidades presentadas por esta porción de la población para transponer la mentalidad esencialmente curativa (OLIVEIRA *et al.*, 2023).

En el proceso de envejecimiento saludable, las necesidades de atención que deben extenderse a lo largo de la vida aumentan. Aunque el envejecimiento no es sinónimo de enfermar, las enfermedades crónicas no transmisibles como la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) y la Diabetes Mellitus (DM) pueden conducir a una mayor vulnerabilidad, con una capacidad funcional reducida que interfiere con las funciones sociales y la autonomía del sujeto (CRUZ; RAME BELT; DALLACOSTA, 2019).

Dadas las necesidades emergentes de los ancianos en Brasil, se ha observado la expansión de la demanda de Instituciones de Larga Estancia para el Anciano (ILPI), donde deben recibir atención centrada en sus necesidades, con la presencia de profesionales que son atentos y cuidadosos en las limitaciones, pero que estimulan sus potencialidades y el mantenimiento de una vida saludable. Por lo tanto, considerando la importancia de la atención de salud para los ancianos institucionalizados, se convierte en acciones esenciales para prevenir enfermedades y lesiones, así como la promoción de la salud en el entorno del ILPI, así como la atención especial a la salud bucal.

SALUD BUCAL EN EL ENVEJECIMIENTO

Los cambios que ocurren durante el proceso de envejecimiento no solo se limitan al cuerpo, sino que también cubren la cavidad oral. Así, el término se conoce como "fragilidad oral" con respecto a una serie de fenómenos y procesos que conducen a cambios en las condiciones orales asociadas con el envejecimiento, como el número de dientes, la higiene bucal y las funciones orales, acompañándose de una disminución del interés en la salud oral, reducción de la capacidad física y mental y disfunción dietética (TANAKA *et al.*, 2018).

Entre las alteraciones percibidas en la cavidad oral del anciano, la enfermedad periodontal, el edentulismo, la xerostomía, la hiposalivación, la caries dental y las lesiones de tejidos blandos son las de mayor prevalencia en esta población. Además, la deficiencia nutricional y las manifestaciones sistémicas también son condiciones negativas que impregnan la salud de la persona mayor cuando se relacionan con una mala condición de salud bucal (LOPES *et al.*, 2021).

La enfermedad periodontal es considerada una de las patologías orales más frecuentes, caracterizándose por la inflamación de los tejidos gingivales y puede evolucionar, en casos más avanzados, a pérdida de tejido óseo, afectando al soporte dental (LUNA; CARDOSO, 2022). Esta enfermedad puede estar relacionada con la pérdida de dientes en la población anciana debido a una higiene inadecuada, ya sea por dificultades motoras, así como por la atención inadecuada recibida por los miembros de la familia y / o cuidadores. Además, es importante destacar que las condiciones periodontales tienen una relación directa con enfermedades crónicas, como la DM y la HAS, lo que hace que el cuidado de la salud bucal sea aún más fundamental en las personas mayores (MELO *et al.*, 2022).

El edentulismo se caracteriza por la pérdida total o parcial de dientes y se considera un problema de salud oral, y puede ser un reflejo de la negligencia del cuidado de la cavidad oral durante el curso de la vida (PENA *et al.*, 2019). La pérdida de dientes tiene numerosos impactos en el bienestar y la salud de las personas mayores, causando problemas nutricionales al mantener una dieta más pastosa rica en carbohidratos debido a la dificultad de masticar y como consecuencia el desarrollo de enfermedades sistémicas como la obesidad, la HAS y la DM. Además, puede causar problemas del habla debido a la ausencia de estructura dental relacionada con cambios en la fonética e incluso la pérdida de autoestima debido a la naturaleza estética y anatómica que los dientes y los componentes estructurales que los impregnan proporcionan en la cara (RAPHAEL, 2017).

La hiposalivación es reconocida en la literatura como una condición muy presente en los ancianos, siendo verificada por la disminución de la producción de saliva. Esta condición se vuelve desagradable y causa dificultad en acciones simples del día a día (tragar, hablar, masticar), además de dificultar el uso de prótesis y contribuir a la aparición de caries dentales e infecciones por hongos. Además, la hiposalivación, además de ser algo común en personas mayores debido a procesos fisiológicos que implican reducción salival, también se debe al uso de medicamentos como antihipertensivos, antidepresivos, ansiolíticos y anticolinérgicos utilizados para comorbilidades muy comunes en este grupo de edad de la población (SILVA *et al.*, 2016).

Aunque la pérdida de dientes es un componente que acompaña al envejecimiento, es en el imaginario popular que el envejecimiento oral implica necesariamente la pérdida de dientes, que expresa un cuerpo marcado con un valor negativo e indeseable (BITENCOURT; AISA; TOASSI, 2019). Además de la pérdida, otras afecciones orales están asociadas con el envejecimiento, como la exposición de la raíz dental, el aumento de la sensibilidad y el dolor, la presencia de lesiones orales cariosas y no cariosas, las enfermedades periodontales, la movilidad dental, la modificación de la oclusión, la disminución de la fuerza muscular, la resorción ósea, la disminución de la retención de prótesis dentales, entre otras (WATANABE *et al.*, 2020).

Dadas las condiciones presentadas, el envejecimiento es un proceso natural y puede mantenerse de manera saludable, pero la presencia de comorbilidades y el uso concomitante de medicamentos, la pérdida funcional y el abandono de los cuidadores hacen que la atención con la salud bucal sea esencial.

SALUD BUCAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN BRASIL

El cuidado de la salud bucal es una construcción gradual a lo largo de la vida y la formulación de políticas públicas debe implementarse a través de la implementación de acciones en la perspectiva del envejecimiento saludable, respetando plenamente las demandas de todos los ciclos de vida.

La organización del cuidado de la salud bucal en la rutina diaria de los servicios de salud sigue centrada en modelos biomédicos. Estos modelos, en el área de odontología, se centran en la atención

enfocada principalmente a la caries y la enfermedad periodontal, siendo las enfermedades más prevalentes en la población general. Para hacer frente a estos problemas, las acciones colectivas de salud, como el cepillado y las conferencias educativas, se utilizan ampliamente. Las prácticas justificadas en este modelo, como una supuesta promoción de la salud bucal asociada a la prevención de enfermedades, suelen ser puntuales e ineficientes a largo plazo, ya que no consideran factores más amplios como los hábitos alimentarios y las condiciones socioeconómicas.

En esta perspectiva, en 2004, el Ministerio de Salud lanzó la Política Nacional de Salud Bucal (PNSB), denominada Programa Brasil Sonriente, que constituyó una serie de medidas destinadas a garantizar acciones para promover y recuperar la salud bucal de los brasileños con el fin de reorganizar la práctica y calificación de las acciones y servicios ofrecidos, a través de la expansión e inclusión de procedimientos como la rehabilitación protésica, cuya necesidad es alta en la población, dirigida a ciudadanos de todas las edades, con una expansión del acceso al tratamiento dental gratuito para los brasileños a través del SUS (BRASIL, 2016).

El PNSB pretende posibilitar la prestación de atención secundaria a través de los Centros de Especialidades Odontológicas (DSC), que son establecimientos especializados en salud bucal, con énfasis en el diagnóstico de cáncer oral, periodoncia especializada, cirugía oral menor de tejidos blandos y duros, endodoncia y atención a personas con necesidades especiales (CHAVES *et al.*, 2010). Además, los Laboratorios Regionales de Prótesis Dental (LRPD) forman parte de un conjunto que tiene como objetivo la rehabilitación oral, asegurando la dinámica de la dentición mediante el retorno de las funciones masticatorias, estéticas y fonéticas.

En vista del compromiso de la política con la integralidad de la atención y con la Atención Primaria de Salud (APS), se ampliaron los Equipos de Salud Bucal (eSB) (Dentista, Técnico en Salud Bucal y/o Asistente de Salud Bucal), de manera que se articularon a los Equipos de Salud de la Familia (Médico, Enfermera, Auxiliar de Enfermería, Agente de Salud Comunitaria) y se distribuyeron en todo el territorio nacional. La atención se realiza en la Unidad Básica de Salud (UBS) y los casos más complejos son referidos a los CD (BRASIL, 2016).

De acuerdo con las directrices de la Política Nacional de Salud de la Persona Sana (PNSPI), es importante que exista integración entre la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y las ILPI en el territorio de las UBS que conforman la ESF. Esto significa que los equipos de salud de la UBS tienen un papel importante en la prestación de apoyo y seguimiento de todos los ancianos que residen en estas instituciones, utilizando el Folleto de Salud de la Persona Sana (CSPI), proporcionado por el Ministerio de Salud. El CSPI es un instrumento propuesto para ayudar a la conducta en el anciano, como instrumento orientador para los ancianos, su familia, cuidadores y el equipo de salud, buscando calificar el cuidado de los ancianos en el SUS (BRASIL, 2018a).

La evaluación de la salud bucal también es propuesta por el cspi, que puede ser utilizado para registrar hábitos nocivos, presencia de lesiones mucosas, caries, enfermedad periodontal, consultas clínicas en el consultorio o en el hogar, uso y necesidad de prótesis dentales y derivación a especialidades dentales (BRASIL, 2018).

Sin embargo, a pesar de comprender los beneficios para la atención integral de la salud de la persona sana y el mejor desempeño del SUS, la realización y el uso del seguimiento del CSPI no es una práctica rutinaria de los profesionales de la salud, que demuestran dificultad para adherirse al uso de este instrumento en la atención. Este hecho se ve agravado por el hecho de que los ancianos no reciben orientación sobre la importancia del uso por parte de los profesionales y la falta de difusión de su importancia por parte del Ministerio de Salud (RAMOS; OSORIO; SINÉSIO NETO, 2019).

Por lo tanto, el cuidado efectivo de la persona mayor requiere la implementación de políticas públicas que valoren la ciudadanía y el establecimiento de una conducta adecuada. Para lograr este objetivo, es crucial invertir en formación profesional y educación continua, permitiendo a los profesionales capacitados actuar de acuerdo con los preceptos de la humanización, promoviendo así una mejora real en la calidad de vida de la población anciana.

CUIDADO DE LA SALUD BUCAL EN EL CUIDADO DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

El enfoque de salud bucal dirigido a la población anciana está rodeado de particularidades y difiere de la población general. Además de la diversidad biopsicosocial, existe la complejidad clínica asociada con el envejecimiento. Sin embargo, no siempre hay una atención prioritaria en los servicios dentales a este grupo de edad, que considera sus singularidades y valora los cuidados que este público requiere dentro y fuera del consultorio dental. Esto se destaca con respecto a los ancianos institucionalizados, señalando que los servicios de salud ofrecidos en el ILPI se centran en la curación y rehabilitación, no ofreciendo recursos de promoción de la salud para mantener la capacidad funcional de los ancianos (FONSECA, 2022).

En el caso de los que viven en ILPI, existe un problema creciente con respecto a la condición de salud bucal de esta población en Brasil, ya sea por la baja frecuencia de cepillado dental, cuidado dental insuficiente o debido a la antigua forma de tratamiento predominante en las oficinas, en las que se priorizó la extracción de dientes cariados, en lugar de priorizar la realización de procedimientos restaurativos (MELO *et al.*, 2022). En este contexto, estudios muestran que la salud bucal de los ancianos institucionalizados presenta mayor fragilidad en comparación con aquellos que viven con familiares, y puede ser justificada por la situación de número insuficiente de cuidadores para esta población (COSTA; M; SOUZA, 2020).

La Resolución de la Junta Colegiada - RDC No. 502/2021, cita que las ILPI son instituciones gubernamentales o no gubernamentales, destinadas a la vivienda colectiva de personas de 60 (sesenta) años

o más, con o sin apoyo familiar (BRASIL 2021). En otras palabras, las ILPI no están clasificadas como instituciones de atención médica. Así, la presencia asidua de eSB en el ILPI puede ayudar a los cuidadores en las directrices y conductas para desarrollar la mejor atención para el anciano, la detección precoz de enfermedades bucales, con el tratamiento más rápido y oportuno, para no agravar la salud de esta población.

Con miras a desarrollar estrategias que promuevan la salud de la población anciana institucionalizada, es necesario conocer la situación real de salud bucal de la larga distancia. Los determinantes de la incorporación de prácticas de higiene bucal en la ILPI deben ser evaluados para dirigir acciones para promoverlas, ya que favorecen el logro y mantenimiento de buenas condiciones de salud. Se deben incorporar métodos de monitoreo y evaluación de resultados para medir el impacto de las acciones de promoción y rehabilitación de la salud y sus efectos en la calidad de vida de los ancianos (CAYETANO *et al.*, 2019).

Además, es en la atención integral que los cuidadores y profesionales de la salud deben apoyar sus actividades, enfatizando la importancia del trabajo del equipo interprofesional en el ILPI, que debe estar atento a las condiciones de salud oral, para que no afecten otras condiciones sistémicas en los ancianos, atentos a las ocurrencias de signos y síntomas que llaman la atención y que pueden indicar la necesidad de evaluación dental en los ancianos (BRASIL, 2016; NUNES *y otros*, 2021).

Por lo tanto, la práctica de promoción de la salud y educación para ancianos institucionalizados es efectiva y debe orientarse desde la realidad y la necesidad del grupo a ser asistido, permitiendo el acceso a la información, promoviendo la educación en salud bucal y motivando el autocuidado (ALVES *et al.*, 2017).

CONSIDERACIONES FINALES

En vista de la información en este capítulo, es posible observar los numerosos desafíos y perspectivas frente a la salud bucal del anciano institucionalizado. Por lo tanto, es necesario involucrar a todos los profesionales de la ILPI para estar atentos a los signos de alteraciones en la cavidad oral y buscar seguimiento con los servicios ofrecidos en las Unidades de Salud del territorio para la programación y evaluación del equipo de salud oral. Además, es importante crear conciencia sobre la relación directa entre las enfermedades crónicas, como la HAS, la DM y las afecciones periodontales, con el fin de fomentar las prácticas preventivas y la atención integrada a la salud general.

Es importante monitorear las condiciones epidemiológicas de salud bucal de la población anciana residente en Brasil, a través de encuestas estandarizadas de la Organización Mundial de la Salud, que presenta datos no estandarizados y desactualizados. Por lo tanto, la atención debe incluir a los ancianos institucionalizados, especialmente aquellos que no tienen cuidado familiar. Con estas medidas, surge una nueva perspectiva de mejora futura de la salud bucal de la población anciana.

La implementación de políticas públicas es un proceso complejo, que requiere la participación de diferentes actores, incluyendo gestores, profesionales de la salud, investigadores, sociedad civil y gestores de las ILPI para que se puedan lograr acciones dirigidas a esta población vulnerable.

Se recomienda agilidad en la organización y estructuración de una red en los diferentes niveles de atención, incluyendo medidas para promover la salud, prevención y tratamiento de enfermedades y lesiones en una lógica de acción interdisciplinaria que contempla el ILPI. La red de salud bucal todavía se presenta de manera inicial y desplazada de otras redes de atención en el cuidado de ancianos institucionalizados. Sin embargo, el fortalecimiento de la atención primaria de salud, con el eSB y la continuidad de la atención a través de los DSC, ha contribuido a esta estructuración. Además, es importante destacar el uso del CSPI como un instrumento que puede contribuir a la integración de la información de las personas mayores atendidas en la red, permitiendo un seguimiento y evaluación longitudinal más completa y eficaz de la atención sanitaria.

REFERENCIAS

ALVES, T. S. *et al.* Relato de Experiências Educativas em Saúde Bucal para Idosos Institucionalizados. **Rev Bras Extensão Universitária**, v. 8, n. 3, p. 167-174, 2017. Disponível em <https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/RBEU/article/view/5235/4430>. Acesso em: 19 fev. 2023.

BITENCOURT, F. V.; CORRÊA, H. W.; TOASSI, R. F. C. Experiências de perda dentária em usuários adultos e idosos da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 169 -180, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/vHXvCZHrsjJsCtJdCL8KTJH/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 19 fev.2023.

BRASIL. **Lei nº 14.423, de 22 de Julho de 2022**. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm#art1 Acesso em 19 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf. Acesso em: 19 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria Colegiada. **Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021**. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Ministério da Saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 41 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm. Acesso em: 19 fev. 2023.

BRASIL. **Passo a passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 20 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Passo_a_Passo_Saude_Bucal_final.pdf. Acesso em: 11 fev. 2023.

BRASIL. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015**: resultados e perspectivas. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2013b. 160 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf. Acesso em 19 fev.2013.

CAYETANO, M. H. et al. Política Nacional de Salud Bucal Brasileña (Brasil Sonriente): Un rescate de la historia, el aprendizaje y el futuro para ser compartidos. **Universitas Odontologica**, v. 38, n. 80, 2019.

CHAVES, S. C. L. et al., Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. Rev. Saúde Pública, 2010 44(6), dez. 2010. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/xdGYhm6GFVwcXg45q6DGyfM/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 19 fev.2023.

COSTA, M. J. F.; MACEDO, L. P. V.; SOUZA, M. C. **Condições de saúde bucal de idosos institucionalizados no Brasil: revisão sistemática.** *Archives Of Health Investigation*, [S. l.], v. 9, n. 3, 2020. DOI: 10.21270/archi.v9i3.4786. Acesso em: 19 fev. 2023.

CRUZ, R. R.; BELTRAME, V.; DALLACOSTA, F. M. **Aging and vulnerability: an analysis of 1,062 elderly persons.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 22, n. 3, 2019. Disponível em <https://search.bvsalud.org/gim/resource/en/biblio-1042290>. Acesso em 19 fev.2023.

FONSECA, L. B. **Perfil da pessoa idosa institucionalizada e a assistência odontológica.** 2022. 68 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro Universitário Christus, Fortaleza, 2022. 39p. Disponível em <https://repositorio.unichristus.edu.br/jspui/handle/123456789/1473>. Acesso em 19 fev.2023.

LOPES, E. N. R. *et al.*, Prejuízos fisiológicos causados pela perda dentária e relação dos aspectos nutricionais na Odontogeriatria. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, e45810111730, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11730>. Acesso em 19 fev. 2023.

LUNA, A. A. S. P.; CARDOSO, R. L. C. Inter-relação do tratamento ortodôntico com a doença periodontal. **Braz J of Implantology and Health Sciences**, v. 4, n. 5, p. 29-41, 2022. DOI: 10.36557/2674-8169.2022v4n5p29-41. Acesso em: 20 fev. 2023.

MELO, C. B. *et al.*, Saúde Bucal de Idosos Institucionalizados: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, e476111133771, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33771>

NUNES, V. M. A. **Boas práticas na gestão do cuidado e da segurança da pessoa idosa.** Natal/RN: EDUFRN, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/32540/1/Boas%20pr%C3%A1ticas%20na%20gest%C3%A3o%20do%20cuidado%20e%20da%20seguran%C3%A7a%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em 19 fev. 2023.

OLIVEIRA SILVA, I. J. *et al.*, Hipossalivação: etiologia, diagnóstico e tratamento. **Journal of Dentistry & Public Health**, v. 7, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/odontologia/article/view/856>. Acesso em: 20 fev. 2023.

OLIVEIRA, L. M. *et al.*, Saúde bucal e promoção da saúde no envelhecimento: revisão narrativa. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 1, e4412139420, 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/366911052_Saude_bucal_e_promocao_da_saude_no_envelhecimento_revisao_narrativa. Acesso em: 20 fev. 2023.

PENA A. C. A. *et al.* Edentulismo parcial: consequências biopsicossociais em adultos e idosos em rio branco–acre em 2019. **DêCiência em Foco**, v. 3, n. 2, p. 26-46, 2019. Disponível em: <https://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/319>. Acesso em: 19 fev.2023.

RAPHAEL, C. Oral health and aging. **American journal of public health**, v. 107, n. S1, p. S44-S45, 2017.

TANAKA, T. *et al.* Oral frailty as a risk factor for physical frailty and mortality in community-dwelling elderly. **The Journals of Gerontology: Series A**, v. 73, n. 12, p. 1661-1667, 2018.

WATANABE, Y. *et al.*, Oral health for achieving longevity. **Geriatrics & gerontology international**, v. 20, n. 6, p. 526-538, 2020.

Capítulo 11

Crerios de seguridad para la implementación de un núcleo de prácticas integradoras en instituciones de larga estancia para ancianos

Ana Tânia Lopes Sampaio e Joyce Wadna Rodrigues de Souza.

PRESENTACIÓN

Los nuevos paradigmas en el campo de la salud y el cuidado de los ancianos han generado discusiones en todo el mundo sobre diferentes estrategias para garantizar la seguridad y la calidad dentro del alcance de su atención.

En Brasil, con la implementación del Sistema Único de Salud (SUS), el derecho a la salud fue conquistado de manera universal y equitativa, y sus servicios se basan en el principio de atención integral (BRASIL, 1988). Junto con el SUS, se están elaborando las políticas estructurantes del nuevo modelo de atención. Entre ellas, destacamos la Política Nacional de Humanización (PNH) - HUMANIZASUS (BRASIL, 2013), la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias de Salud (PNPIC) (BRASIL, 2006a) y la Política Nacional de Salud del Anciano - (PNSPM) (BRASIL, 2006b).

El PNH fue establecido en 2003 para hacer efectivos los principios del SUS en las prácticas diarias de atención y gestión, calificando la salud pública en Brasil, fomentando intercambios solidarios entre gerentes, trabajadores y usuarios. El PNIC y el PNSPM fueron instituidos en 2006, respectivamente, mediante las Ordenanzas DM/MS n° 971 de 3 de mayo y la Ordenanza DM/MS n° 2.528, de 19 de octubre de 2006 (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c).

El PNH y el PNPIC señalan, desde el punto de vista de la atención integrativa y humanista, que es imperativo cambiar las formas de producción de salud y, en consecuencia, en el proceso de atención a las personas y evaluación de los servicios. Los actores que promueven la atención y el cuidado - gestores y profesionales - deben ejercer el pensamiento crítico y reflexivo, para una praxis sensible, segura, transformadora y de calidad (BRASIL, 2013).

El PNSPM sigue estas demandas, en el contexto específico de las Personas Mayores, ante el escenario de transición por edades experimentado en nuestro país, donde la población está envejeciendo rápida e intensamente, exigiendo para estos profesionales y gestores el reto de estructurar servicios específicos de atención a las Personas Mayores. Entre los compromisos del PNSPM está la implementación de una política de atención integral para ancianos residentes de Instituciones de Atención a Largo Plazo para Ancianos (ILEA) (BRASIL, 2006b).

Según una encuesta realizada por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), la población brasileña ha mantenido la tendencia de envejecimiento de los últimos años y ha ganado

4,8 millones de personas mayores desde 2012, superando la marca de 30,2 millones en 2017. En 2012, la población de 60 años o más era de 25,4 millones. Los 4,8 millones de nuevos ancianos en cinco años corresponden a un aumento del 18% de este grupo de edad, que se ha vuelto cada vez más representativo en Brasil (IBGE, 2018).

Como consecuencia de este escenario, tenemos un crecimiento considerable de las instituciones de larga estadía para ancianos (ILEA) en Brasil. En 2010 hubo 3.548 registrados, llegando a 7.292 en 2021, es decir, un aumento del 105,52% en el número de ILEA (ACCIOLY, 2021). Por lo tanto, promover la atención de manera integral, humana y segura a la persona mayor en ILEA, cumple con los lineamientos de las tres políticas señaladas.

En este sentido, el presente estudio presenta criterios de seguridad para la implementación de un Centro de Prácticas Integrativas y Complementarias de Salud (NUPICS) en el contexto de las Instituciones de Larga Estancia, teniendo como norte criterios de seguridad y calidad para la estandarización y garantía de la experiencia de cuidado para el anciano.

Los criterios adoptados se basan en resoluciones de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), en investigaciones realizadas en el Laboratorio de Prácticas Integrativas y Complementarias de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (Lapics/UFRN) y en la implementación del 1er Núcleo de Prácticas Integrativas y Complementarias (NUPICS) de Brasil, en un ILEA, realizado a fines de 2022, en el Instituto Juvino Barreto, ciudad de Natal/RN (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

CONTEXTO DE LAS PRÁCTICAS INTEGRADORAS Y COMPLEMENTARIAS EN SALUD

Las prácticas naturales e integradoras han ganado notoriedad en todo el mundo, principalmente a partir de la implementación de nuevos paradigmas con enfoque en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Además, hoy existe una mayor conciencia de las opciones de atención disponibles por los usuarios del servicio de salud, priorizando la calidad y seguridad de la atención.

Las prácticas de salud integrativas y complementarias (PICS), como parte de la medicina tradicional y complementaria, tienen su implementación dentro de los sistemas de salud pública cada vez más alentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las primeras recomendaciones para la implementación de estas prácticas fueron difundidas globalmente con la Primera Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (Alma Ata, Rússia, 1978), donde la OMS creó el Programa de Medicina Tradicional, con el fin de fomentar el compromiso de formular políticas públicas en el segmento de Medicina Tradicional, Complementaria y Alternativa, así como el desarrollo de investigaciones sobre su seguridad, eficacia y calidad.

LAS PICS EN EL ESCENARIO DE SALUD BRASILEÑO

En el escenario brasileño, la legitimidad y la institucionalización de PICS se consolidaron con la publicación del PNPIC en 2006. Inicialmente, con sólo seis modalidades de Prácticas. En 2017 se publicó la Ordenanza DM/MS no. 849/2017, que comenzó a contemplar 19 prácticas más, entre ellas: homeopatía; medicina tradicional china/acupuntura; plantas medicinales y fitoterapia; observatorios de medicina antroposófica; termalismo social/crenoterapia; arteterapia; Ayurveda; biodanza; danza circular; meditación; Musicoterapia; Naturopatía; osteopatía; Quiropráctica; reflexoterapia; reiki; Shantala; terapia comunitaria integrativa; y yoga (BRASIL, 2017).

Luego, esta Ordenanza fue modificada por la Ordenanza DM/ MS n° 702, del 21 de marzo de 2018, en la que tenía como objetivo avanzar en la institucionalización de PICS, incluyendo 10 nuevas prácticas al PNPIC: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelación Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposición de la Mano, Medicina Antroposófica / Antroposofía Aplicada a la Salud, Ozonioterapia, Terapia Floral y Termalismo Social / Crenoterapia. Actualmente, el SUS incluye 29 modalidades de fotos. (BRASIL, 2018).

PICS puede concebirse como una herramienta terapéutica importante que difiere del modelo convencional de atención de salud – modelo biomédico, porque considera a la persona en su totalidad. Su búsqueda ocurre por varias razones, a partir de factores relacionados con la baja ocurrencia de eventos adversos; al efecto equilibrante, ya que actúa en el campo de la energía humana, buscando la curación de adentro hacia afuera por estímulos naturales; complementación del tratamiento con terapias alopáticas; el uso de tecnologías de cuidado de la luz que respeten la multidimensionalidad del Ser; su acercamiento a los valores, creencias y filosofías de la persona; así como su potencial para reducir la medicalización.

PICS EN EL CONTEXTO DEL CUIDADO DEL ANCIANO EN INSTITUCIONES DE LARGA ESTANCIA

Es evidente, en los estudios publicados, los buenos resultados obtenidos con la inserción de PICS en el cuidado de los ancianos en Brasil, refiriéndose al alto nivel de satisfacción de los ancianos al experimentar estas prácticas, comprobando así el costo beneficio de estas acciones, ya que la mayoría son tecnologías ligeras de prácticas externas naturales que no requieren mayores dispositivos tecnológicos.

Paralelamente a esto, la medicalización exagerada para la persona mayor es preocupante. Parece ser obligatorio para cada persona mayor tener su caja con varios remedios. Sin embargo, lo que señalan los estudios es que las terapias farmacológicas sintomáticas no son suficientes para proporcionar bienestar y calidad de vida en esta etapa importante de nuestras vidas. Así, las PICS emergen como nuevas posibilidades son prácticas que favorecen el equilibrio, la armonización cuerpo-mente y el espíritu, promoviendo el bienestar, elevando la autoestima, aumentando la inmunidad, expandiendo la producción de endorfinas, serotonina, favoreciendo estados de felicidad (FARIA *et al.*, 2020).

Existen varios estudios que afirman los beneficios que PICS promueven en personas que experimentan el proceso de envejecimiento. Destaca la prevención y tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas; mejora de la movilidad articular, mantenimiento de una flexibilidad importante para una buena postura y prevención de trastornos de la columna vertebral; aumento de la fuerza muscular, mejora de la resistencia física, aumento de la densidad ósea, ayudando en la prevención de la osteoporosis; aumento de la capacidad respiratoria; activación de la capacidad funcional y la autonomía, mejora del equilibrio, coordinación; calidad en el ciclo sueño/vigilia y relajación; mejora del estado de ánimo, además de la mejora de la autoestima, mayor sensación de bienestar, reducción del aislamiento social y, en consecuencia, mejora significativa en la calidad de vida (BRASIL, 2006; SARAIVA *et al.*, 2015; PINTO, 2020).

A pesar de la evidencia de los beneficios de PICS en los ancianos, en un estudio nacional, los resultados revelaron una baja prevalencia del uso de PIC en los ancianos en los servicios de salud (MARQUES *et al.*, 2020). Esta situación empeora cuando miramos la ILEA. Hay pocas publicaciones sobre el uso de PICS en ancianos institucionalizados. Los estudios publicados se refieren a relatos de experiencias con limitación temporal. Es decir, proyectos para un tiempo determinado. No se encontró ninguna publicación que indicara la implementación de un servicio PICS permanente en ILEA.

En este sentido, se considera imprescindible que los gestores y profesionales responsables del cuidado del anciano en ILEA puedan tener una referencia con criterios de seguridad y calidad para la implantación de los servicios PICS en sus establecimientos.

CRITERIOS/INDICADORES DE SEGURIDAD Y CUALIDADES PARA UN NÚCLEO PICS EN INSTITUCIONES DE LARGA ESTANCIA PARA PERSONAS MAYORES (ILEAs)

La OMS señala las cuestiones de calidad, seguridad, eficacia, accesibilidad y uso racional, así como las relacionadas con cuestiones políticas, como desafíos para la aplicación de MSF en los países. La organización también enfatiza la importancia de una Política a nivel nacional, su fortalecimiento mediante la regulación, la inversión y la promoción de un acceso equitativo y de calidad a todo el territorio, en vista de la necesidad de legitimidad, instrumentos normativos y definición de recursos financieros y humanos (OMS, 2013).

Al pensar en indicadores de seguridad y calidad, siempre se debe resaltar la experiencia de la persona como un punto esencial para el avance de la atención. En ese caso, centraremos la atención en la persona mayor. Al contemplar los diversos aspectos necesarios para un servicio con calidad y seguridad en PICS, se estima en qué medida la atención recibida es calificada, respetuosa y consistente con las preferencias, necesidades y valores individuales y colectivos. La situación de la persona atendida, junto con otros elementos, la calidad de la atención de salud, como la eficacia y seguridad de la atención

(AHRQS, 2017), son elementos fundamentales que se suman a esta evaluación, en este caso, que está atenta a las necesidades de los ancianos en un escenario PICS.

En Brasil, los PICS aún son poco explorados en la investigación, a pesar de su difusión y notorio reconocimiento después de la publicación del PNPIC, especialmente cuando se considera la gestión de la calidad de los servicios de salud, algo esencial para la implementación y el establecimiento de los principios del SUS en los servicios que ofrecen estas prácticas (SOUZA, 2021).

Al establecer un criterio de calidad, se define un estándar a alcanzar en la atención prestada, es decir, el criterio es un requisito mínimo que representa la presencia de calidad, y debe ser: relevante, realista, inequívoco y aceptado por los profesionales. Se percibe que su construcción y la correcta selección determinan el éxito o fracaso de la intervención para la mejora (SATURNO HERNÁNDEZ, 2017a).

Se pueden enumerar varios criterios, que corresponden a una o más de las dimensiones de la calidad del servicio, y están formados por datos relacionados con cuestiones estructurales, de proceso y / o de resultados. A partir de esto, se puede generar una reflexión descriptiva sobre la validez de estos requisitos en la evaluación de la calidad. En otras palabras, al verificar la presencia de estos criterios, se revela la calidad del servicio evaluado, así como sus valores y/o niveles, centrándose en diferentes niveles de calidad (SATURNO HERNÁNDEZ, 2017b).

Como resultado de la consolidación de los marcos regulatorios de ANVISA, la experiencia de implementar un Centro de Prácticas Integrativas y Complementarias de Salud (NUPICS) en un ILEA (SAMPAIO; NUNES, 2021) y los criterios de seguridad/calidad (específicamente los criterios de resultados), construidos como parámetros de medición de calidad, enfocados en el servicio que tiene en su alcance la implementación de PICS (SOUZA, 2021), presentaremos a continuación una lista de verificación guía para el proceso de implementación de un NUPICS en un ILEA.

Es importante destacar como prioridad para la viabilidad de un NUPICS, la intención de gestión y la implicación del equipo, ya que trabajaremos con energía humana y por lo tanto la decisión de la gestión y deseo de participación espontánea de los servidores, es indispensable. Nunca se debe desplegar un NUPICS si no se aparta del deseo local. De este deseo, surge la conciencia de la necesidad de proporcionar infraestructura física, capacitar recursos humanos, proporcionar equipos, suministros y materiales mínimos necesarios para la operacionalización de PICS.

Tabla 01. Criterios de seguridad para implementar un Core de Prácticas Integradoras en un PICS..

CRITERIO	CLARIFICACIÓN	DIMENSIÓN/ASPECTO DE LA CALIDAD
Disponer de una habitación específica, debidamente identificada y adaptada para el servicio con PICS.	Se considera importante que sea una habitación señalizada, aireada, organizada, hermosa, limpia, pintada de blanco o de un color claro. Muy importante si tienes cerca, elementos de la naturaleza (plantas, agua, flores, cristales)	Ambiente (Estructura)
Dotar a la habitación de un equipamiento mínimo para el servicio, teniendo en cuenta los PICS que se ofrecerán.	Que la habitación tenga al menos una camilla, escalera, dos sillas, un banco de escritura y un armario para poner material. Si es posible, un lavabo en la habitación, o si no en la habitación, a continuación.	Ambiente (Estructura)
El entorno humanescente para la sala de NUPICS	Es importante utilizar la creatividad para organizar el ambiente de la habitación. Proporcione un ambiente lúdico, con caja de resonancia y música de relajación corta. Mantenga la habitación con sabor y, si es posible, cromatizada.	Ambiente (Estructura)
El espacio debe ser adecuado para promover la escucha cualificada, para el análisis y la definición de la prestación de cuidados en función de la necesidad de la persona mayor.	El ambiente es una guía primaria para la ejecución de una escucha calificada, en vista de la promoción de un ambiente agradable donde la persona mayor / su compañero se sienta cómodo para expresar sus demandas de salud.	Ambiente (Estructura)
NUPICS debe tener formularios para registrar el servicio de fotos.	Los formularios deben ser completados de manera legible y firmados por profesionales que atienden a la persona mayor.	Efectividad
La Sala NUPICS debe tener una mesa con información sobre el flujo de atención, las terapias ofrecidas y las horas de atención.	Se considera la importancia de que el anciano, su familiar o cuidador estén debidamente informados sobre el funcionamiento del servicio. También es importante proporcionar información por otros medios, tales como: folletos, boletines, pancartas, acciones de educación para la salud, entre otros.	La Sala NUPICS debe tener una mesa con información sobre el flujo de atención, las terapias ofrecidas y las horas de atención.
Contar con un equipo de servidores debidamente capacitados e identificados para trabajar con PICS.	Al menos un servidor/cuidador capacitado en PICS/Turno para trabajar en NUPICS	Eficacia
Toda persona con la misma persona debe someterse a una escucha cualificada en la recepción humana.	La acogida debe ser afectiva, individualizada, teniendo en cuenta el nivel de autonomía y exigencias del anciano/acompañante.	Atención centrada en la persona mayor

Cada persona con el paciente debe recibir atención individualizada y no etiquetada.	Los ancianos deben ser tratados como una persona, no como un incapaz o un número, utilizando una comunicación asertiva y fácil de entender.	Atención centrada en la persona mayor
Cada persona mayor / familia / acompañante debe ser informada sobre la terapia recibida, el autocuidado, sus riesgos, beneficios, duración y alta.	El servidor terapeuta debe apreciar la participación de la persona mayor / acompañante en el cuidado, pudiendo hacer preguntas, produciendo más conciencia y significado.	Eficacia/humanescencia
Cada persona / acompañante debe estar satisfecho con el tiempo de servicio, así como ser tratado con cordialidad y respeto.	El tiempo de realización de la atención no puede exceder, siendo suficiente para satisfacer las demandas, y este momento debe ser utilizado para realizar acciones de educación en salud y estimulación del autocuidado.	Satisfacción de los ancianos atendidos
Toda persona con la mejor experiencia en NUPICS debe tener la mejor experiencia posible	La clasificación de la experiencia en NUPICS debe ser de satisfacción, de placer de mejora	Atención centrada en la persona mayor

Fuente: Autoría propia, 2023.

De este parámetro evaluativo construido específicamente para el contexto de PICS en el ámbito de un ILEA, surge la importancia de analizar cada experiencia de implementación y socializar los resultados, ya que este proceso brinda la discusión y certificación de cada criterio de seguridad/calidad construida y su interfaz con la experiencia del anciano en un NUPICS.

CONSIDERACIONES FINALES

El estudio realizado es considerado de gran importancia, ya que la única experiencia de implementación de un NUPICS en un ILEA en Brasil fue la del Instituto Juvino Barreto/Natal/RN, sin embargo, todavía está en la fase inicial. De esta manera, es de fundamental importancia difundir estos criterios que guían la seguridad/calidad.

Como resultado del estudio, la importancia de un espacio, independientemente del tamaño, acogedor, organizado, armonizado, intrínsecamente relacionado con la creación de espacios para la expresión de la subjetividad, la afectividad, favoreciendo las prácticas institucionalizadas apropiadas para la promoción del cuidado integral al anciano.

Otro factor clave para la implementación de NUPICS en las ILEAs es la participación voluntaria y la formación del equipo de servidores que actuará en el PICS. Actuar con la persona mayor ya requiere una relación y actuar con PICS es una cuestión de implicación vibratoria, porque es un cuidado que va más allá de lo físico, es multidimensional, es un cuidado ampliado que requiere un deseo personal. Por lo tanto, este proceso es diferenciado y condición *sine qua non* para su viabilidad.

Con base en los criterios presentados, será posible identificar la factibilidad o no de implementar un NUPICS en un ILEA, es decir, los criterios descritos pueden medir las herramientas para permitir que las acciones sean desarrolladas por los profesionales y las medidas a ser tomadas por los gerentes de las instituciones.

Es posible concluir que la planificación y definición de parámetros que guíen a los gestores, gestores y profesionales para organizar y promover el cuidado integrador del anciano en un SIEB es indispensable y necesario en el contexto actual de la atención a la salud.

REFERENCIAS

ACCIOLY, M. **Panorama das ILEA no Brasil**. Grupo de Estudos, Pesquisas e Diagnóstico. Instituição de Longa Permanência Para Idosos (GPED-ILEA). Universidade de São Paulo (USP), Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Novembro/2021.

AHRQS. Agency For Healthcare Reserarch and Quality. **What is patient experience?** Content last reviewed Mach 2017. Agency For Healthcare Reserarch and Quality, Rockville, MD. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html> Acesso em: 12 fev. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 63**, de 25 de novembro de 2011, dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília - DF, 2011a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36**, de 25 de julho de 2013, institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 11 fev. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Práticas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso** [Internet]. 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 971**, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 12 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria GM/MS nº 849**, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html Acesso em: 22 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria GM/MS nº 702**, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html Acesso em: 22 fev. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde** / Brasília: 2018. 180 p. ISBN 978- 85-334-2583-5.

CONASEMS. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS:** proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2014. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 04 fev. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios.** 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 11 fev. 2023.

FARIA, Luana Batista *et al.* Benefícios da implementação de Práticas Integrativas e Complementares na qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v.41, p.9768, 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/9768/5885>. Acesso em: 10 fev. 2023.

MARQUES, Priscila de Paula *et al.* **Uso de Práticas Integrativas e Complementares por idosos: Pesquisa Nacional de Saúde 2013.** *Saúde Debate*, v. 44, n. 126, p. 845-856, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/KhF5fQSCKGWbzqg4j7kTQPP/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 10 fev. 2023.

ROCHA, Bianca Nunes Guedes do Amaral *et al.* **As práticas integrativas e complementares em saúde nas instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN.** Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cneh/2016/TRABALHO_EV054_MD4_SA8_ID2086_10102016171434.pdf Acesso em: 10 fev. 2023.

SAMPAIO, Ana Tania Lopes.; NUNES, Vilani Medeiros de Araújo. Práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da pessoa idosa. In: **Boas práticas na gestão do cuidado e da segurança da pessoa idosa** [recurso eletrônico] / organizadora Vilani Medeiros de Araújo Nunes. – Dados eletrônicos (1 arquivo: 7918 KB). – Natal, RN: EDUFRN, 2021. Disposto em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/1/6222>. Acesso em: 09 fev. 2023.

SARAIVA, Alynne Mendonça. *et al.* Histórias de cuidados entre idosos institucionalizados: as práticas integrativas como possibilidades terapêuticas. **Rev Enferm UFSM**, v. 5, n. 1, p. 131-140; Jan/Mar, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14211/pdf> Acesso em: 12 fev. 2023.

SATURNO HERNÁNDEZ, Pedro Jesus. Planejamento de estudos sobre causas hipotéticas: unidade temática 6. In: Saturno Hernández, PJ *et al.* **Atividades básicas para melhoria contínua:** métodos e instrumentos para realizar o ciclo de melhoria: módulo II. Tradução de Zenewton André da Silva Gama; Organização de Pedro Jesus Saturno Hernández. Natal: SEDIS-UFRN, 2017a.

SATURNO HERNÁNDEZ, Pedro Jesus. Atividades de monitoramento: construção e análise de indicadores: unidade temática 1. In: Saturno Hernández, PJ. **Métodos e instrumentos de monitoramento da qualidade:** módulo IV. Tradução de Zenewton André da Silva Gama. Natal: SEDIS-UFRN, 2017b.

SOUZA, Joyce Wadna Rodrigues de. **Melhoria da qualidade em um serviço de práticas integrativas e complementares em saúde.** 2021. 74f. (Dissertação) Mestrado Profissional em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021. Disponível em:

https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/45312/1/Melhoriaqualidadedeservico_Souza_2021.pdf
Acesso em: 12 fev. 2023.

PINTO, Grazielle Ferreira *et al.* **Uso de práticas integrativas e complementares para idosos.** Saúde e Pesquisa, Maringá (PR); v. 13, n. 2, p. 275-282; abr./jun. 2020. DOI: 10.17765/2176-9206.2020v13n2p275-282. 2020. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7563/6271>

WHO. **Traditional Medicine Strategy: 2014-2023.** World Health Organization Geneva: 2013.

Capítulo 12

Entorno seguro y accesibilidad en instituciones a largo plazo: arquitectura inclusiva para la persona mayor

Márcia Vieira de Alencar Caldas, Míria Mendonça de Morais, Ana Carolina Patrício de Albuquerque Sousa e Vilani Medeiros de Araújo Nunes.

PRESENTACIÓN

El envejecimiento de la población mundial está a punto de convertirse en uno de los fenómenos más significativos del siglo 21 con un impacto en todos los segmentos de la sociedad. Es una realidad que ya hemos vivido y que se acentuará cada vez más en las próximas décadas y que implicará retos para muchos países en el ámbito de la salud pública, la seguridad social y los sistemas de protección social para la población mayor (MENDES *et al.*, 2018; OLIVEIRA, 2019; PREVIATO *et al.*, 2021).

El proceso de envejecimiento es complejo y varía de ancianos a ancianos, reuniendo varios cambios en las habilidades: equilibrio, movilidad, fisiológico, articular y psicológico. Entre los diversos sistemas afectados por el proceso de envejecimiento, destacan el sistema muscular esquelético y óseo con repercusiones en la reducción de la masa muscular, además de cambios en el equilibrio, la agudeza visual, el olfato, el gusto y la pérdida auditiva (PREVIATO *et al.*, 2021). Por lo tanto, se percibe que con la edad avanzada hay un aumento en varios factores, incluyendo depresión, aislamiento social, aumento de la dependencia física, improductividad y especialmente deterioro funcional (VETRANO *et al.*, 2018), y también puede desarrollar enfermedades crónicas y degenerativas, resultantes de cambios fisiológicos y comorbilidades que causan una disminución en la esperanza de vida en la población anciana.

Los estudios de Previato *et al.* (2021), destacan que, además de ir acompañada de una pérdida continua en la capacidad del individuo para adaptarse al medio ambiente, afecta a los ancianos haciéndolos más vulnerables a los eventos patológicos y, en consecuencia, ofreciendo riesgos para su salud, su bienestar psi social y su capacidad funcional, especialmente en la posibilidad de vivir realizando actividades de la vida diaria (AVD). Desde esta perspectiva, las caídas se identifican como la principal causa externa de morbilidad y mortalidad entre esta población en el mundo y también es un indicador de empeoramiento en la calidad de vida (PREVIATO *et al.*, 2021).

El deterioro funcional de naturaleza física, cognitiva y/o emocional es un importante predictor de salud, capaz de detectar la sarcopenia, además de operacionalizar el cuidado de la salud de los ancianos para prevenir complicaciones, como discapacidad funcional, demencia, caídas, morbilidad y mortalidad, hospitalización, entre otras s. En este contexto, el concepto de capacidad funcional emerge como un parámetro importante de evaluación e intervención en busca de un envejecimiento activo y saludable. (SILVA, 2019; SANTHELENA *et al.*, 2020). Para Leite *et al.*, (2020) la capacidad funcional (CF) se refiere

a la forma en que vive el individuo, con condiciones independientes y autónomas, además de la forma en que se relaciona con su entorno.

Además de la capacidad funcional, a partir de 2015, la OMS propuso el concepto de capacidad intrínseca para delinear lo que determina el envejecimiento saludable, considerando la capacidad intrínseca como resultado de la suma y relación de las capacidades físicas y mentales del individuo y sus interacciones con los factores ambientales relevantes (OMS, 2015).

El ambiente interfiere directamente en la calidad de vida del individuo, y cuando se trata del anciano institucionalizado, que experimenta la rutina diaria en un ambiente compartido, es necesario que se adapte para garantizar la seguridad y la acogida, de modo que las necesidades colectivas e individuales también se preserven tanto para los residentes como para los profesionales. Por lo tanto, el entorno en el que se inserta la persona mayor es un factor de influencia importante en el proceso de envejecimiento y en la calidad de vida de todos los que participan en el movimiento (VILLAS BOAS, *et al.*, 2021).

INSTITUCIONES A LARGO PLAZO PARA LAS PERSONAS MAYORES (ILEAs) COMO MODELO DE VIVIENDA COMUNITARIA

Según la legislación brasileña, específicamente el Estatuto de la Persona Vieja en el artículo 3:

"Art. 3, es obligación de la familia, la comunidad, la sociedad y los poderes públicos asegurar que la persona mayor, con absoluta prioridad, tenga el derecho efectivo a la vida, la salud, la alimentación, la educación, la cultura, el deporte, el ocio, el trabajo, la ciudadanía, la libertad, la dignidad, el respeto y la convivencia familiar y comunitaria. " (BRASIL, 2003, p.5)

Son varias las razones que llevan a los ancianos a vivir en una Institución de Larga Estancia para Ancianos (ILEA), la mayoría de ellas están asociadas al carácter socioeconómico, tales como: precariedad financiera, secuelas de enfermedades crónicas, discapacidad física y/o cognitiva con dependencia para realizar ADL, incapacidad para manejar la propia vida y salud, entre otras. En todas estas condiciones, la ausencia de apoyo familiar o social es determinante para la institucionalización de los ancianos por elección personal o indicación del ministerio público (ALMEIDA, 2017).

Con el fin de establecer el estándar mínimo de operación para ILEA, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) cuenta con la Resolución de la Junta Colegiada (RDC) n° 502/2021 que determina la aplicabilidad de la norma a todos los ILEA, con respecto al monitoreo y evaluación de la adecuada estandarización de la infraestructura física, con el fin de proporcionar habitabilidad, higiene, salud, seguridad, además de garantizar la accesibilidad a todas las personas que presenten algún tipo de dificultad de locomoción con el fin de garantizar los derechos de la persona mayor institucionalizada (ANVISA, 2021).

El RDC n° 502/2021 define ILEA como:

"Instituciones gubernamentales o no gubernamentales, de carácter residencial, destinadas al domicilio colectivo de personas de 60 años o más, con o sin apoyo familiar, en condiciones de libertad y dignidad y ciudadanía". (ANVISA, 2021)

Sin embargo, las ILEA son conocidas popularmente por una historia caritativa para apoyar a los ancianos, proporcionándoles necesidades básicas de alimentos, vivienda y atención básica para la supervivencia. Sin embargo, debe observarse que estos establecimientos brindan atención de salud a los ancianos, integrándose a la red de atención de salud, porque alberga ancianos con diversas necesidades de salud, lo que requiere una atención ampliada basada en la atención integral y que implica la seguridad del paciente (CAMARANO; KANSO, 2010; LEITE *et al.*, 2020).

SEGURIDAD EN EL CONTEXTO DE LAS INSTITUCIONES A LARGO PLAZO PARA LAS PERSONAS MAYORES (ILEA)

El Ministerio de Salud (MS) instituyó a través de la Ordenanza No. 529 del 1 de abril de 2013, el Programa Nacional para la Seguridad del Paciente (PNSP), que trae la definición y los conceptos de seguridad del paciente y cuyo propósito es implementar prácticas de seguridad y reducir los eventos que causan daño al paciente, Proponer estrategias de gestión de riesgos. Entre las acciones de promoción de la salud contenidas en el PNSP que tienen como objetivo mejorar la seguridad de la atención está la reducción de caídas (BRASIL, 2013).

Los estudios revelan que la mayoría de los residentes de los ILEA tienen un alto riesgo de caídas, y estas ocurrencias están asociadas con factores intrínsecos, como el déficit auditivo y la dependencia para realizar ADI, y factores extrínsecos, que son factores relacionados con el medio ambiente en sí. La caída se reconoce como un evento adverso modificable, por lo que se deben tomar medidas para reducir su ocurrencia. Dado que el medio ambiente es un factor importante para la capacidad funcional del individuo y, en consecuencia, para el proceso de envejecimiento, los aspectos de seguridad y accesibilidad deben ser considerados en los ILEA, ya sean públicos o privados (ARAÚJO, 2018; ROSA, 2019; SILVA, 2021).

ACCESIBILIDAD

La Ley Federal nº 10.098, de 19 de diciembre de 2000, establece normas generales y criterios básicos para la promoción de la accesibilidad y prevé otras medidas, ya que el Decreto nº 5.296 de 2 de diciembre de 2004 reglamenta la ley mencionada y orienta el uso de normas para orientar soluciones que incluyan accesibilidad (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004).

La accesibilidad contempla para el espacio público o privado, de uso colectivo, la condición y oportunidad de alcance, percepción, comprensión para un uso seguro y con autonomía de los entornos,

internos y externos, información y comunicaciones (ABNT, 2020). Proporcionar la seguridad de la persona con movilidad reducida y otros agentes que utilizan el espacio físico es habilitar una arquitectura inclusiva.

El uso de las recomendaciones de la Asociación Brasileña de Normas Técnicas (ABNT) como preceptos rectores del proyecto, incluyen las condiciones físicas de los edificios, tales como, desde el paso hasta las puertas, el ancho de los pasillos, el uso de señalización, el tamaño de los baños accesibles, la distancia adecuada entre los muebles y entre otras orientaciones (ABNT, 2020).

LA ARQUITECTURA INCLUSIVA Y LOS PARÁMETROS QUE INFLUYEN EN EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

La norma ABNT 9050/2020 trata sobre Accesibilidad a Edificios, Mobiliario, Espacios y Equipamientos Urbanos, expone las pautas en la promoción del alcance, aproximación, uso y fácil información y recomienda su inclusión en cualquier fase de la vida o condición del usuario. El concepto rector utilizado en el estándar, Diseño Universal y sus principios, prevén un servicio completo a la mayor diversidad de usuarios y brinda soluciones para proyectos a las personas, independientemente de la condición, cuanto más el entorno acoge la variedad de necesidades, mayor es la promoción de la comodidad, la seguridad y la autonomía (ABNT, 2020).

Tabla 1. Caracterizaciones de los usuarios de la Norma 9050/2020 – medidas y lineamientos técnicos.

Caracterizaciones	Referencia del usuario	Medidas	Promover
1 - Parámetros antropométricos	Brasileiros con medidas seleccionadas entre 5% y 95%, los extremos relacionados con hombres de alta estatura y mujeres de baja estatura;	M.R. – Modulo de Referencia de 0.80m x 1.20m – Espacio delimitado de personas de pie, y/o, uso de bastón, dos bastones, paseo con ruedas, paseo rígido, muletas, muleta canadiense, soporte de trípode, bastón largo, sin órtesis, uso de perro guía o persona en silla de ruedas.	Atender el desplazamiento, los tipos de maniobras, posicionamiento, áreas de transferencias, espacio y límites para la aproximación;

2 - Parámetros visuales	Persona sentada y de pie;	Campo de visión: 15° para el cono visual, el movimiento inconsciente de los ojos, para el movimiento consciente de los ojos el límite de 30° lateralmente, siendo límite para el movimiento natural de la cabeza 45° y movimiento consciente de la cabeza de 60°;	El ángulo de visión es un elemento importante para garantizar la seguridad y la comodidad;
3 - Parámetros auditivos	La percepción del sonido para cada individuo sufrirá interferencias de acuerdo con varios factores: ruido de fondo, calidad, limitaciones físicas, sensoriales y cognitivas del oyente;	Variables soportables en frecuencia entre 20 Hz y 20000 Hz, intensidad entre 20 dB a 120 dB y duración mínima de 1s.	La sensación de incomodidad y causa de dolor si ocurrieron por encima de las medidas;

Fuente: Adaptado por los autores de la Norma ABNT 9050/2020.

Estas referencias pueden satisfacer la diversidad de usuarios en una institución a largo plazo y facilitar la comprensión de la adopción de la norma como recomendación y tener la accesibilidad como un faro técnico para promover la inclusión.

INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y RESOLUCIÓN n° 502/2021 PARA LA ILEA

El buen funcionamiento de un ILEA, incluye el uso de la RDC n° 502/2021 que guía las condiciones de uso de los ambientes necesarios para la construcción de este tipo, la norma apunta a estándar mínimo para la operación, elementos de infraestructura, desde la indicación del programa de necesidades, que comprende los ambientes, usos y dimensiones adecuados. El diseño arquitectónico es el punto de partida, a partir de él se puede tener el plan y la comprensión del dimensionamiento, los flujos de circulación y la disposición de los entornos. Las condiciones de habitabilidad, higiene y accesibilidad son puntos de atención y orientación de la resolución, seguimiento y supervisión que se llevan a cabo a partir de estas condiciones, antes de su construcción y operación. La infraestructura física y las condiciones de las instalaciones adoptadas marcarán la diferencia cuando se planifiquen desde el diseño del proyecto arquitectónico. El metraje de los ambientes está relacionado con el número de residentes de la institución, la separación por sexo y condición en relación con el grado de vulnerabilidad identificado (ANVISA, 2021).

El entorno de una institución de larga duración proporciona servicios de asistencia social, en el sentido de acogida, con carácter residencial, con el propósito de vivienda colectiva, como recomienda la

RDC. Incluso con la función de vivir, se sabe que a menudo es necesario apoyar al anciano, el grado de dependencia III, una condición establecida para identificar la necesidad específica de autocuidado o deterioro cognitivo del individuo institucionalizado, que requiere asistencia en todas las actividades. Sin embargo, las referencias de la RDC consideran la convivencia colectiva, dimensionando las áreas mínimas, como la referencia para la distribución de dormitorios y otros entornos necesarios para este tipo de uso. Los anchos mínimos de las circulaciones, indica cuándo se encuentra la necesidad de utilizar la barandilla, puertas anchas y luego los ambientes necesarios que debe poseer la institución.

Otros aspectos importantes se refieren a los suelos que tienen fácil limpieza y conservación, y son antideslizantes, por ejemplo. Las instalaciones físicas deben ofrecer seguridad, higiene, accesibilidad y finalmente permitir las condiciones de vida necesarias para este público, según RDC n° 502/2021. Seguir los estándares para un edificio diseñado para este uso trae ventajas estructurales, porque ya está concebido utilizando los parámetros y estándares, cuando el contexto es el aislamiento social para la protección de un público vulnerable, se puede darse cuenta de que las responsabilidades serán las mismas (ANVISA, 2021).

También según Resolución RDC n° 502/2021 de la Junta Colegiada de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), presenta lineamientos para garantizar los derechos de las personas mayores institucionalizadas. En tiempos de pandemia, la responsabilidad de las instituciones a largo plazo en el cumplimiento de las recomendaciones refuerza la importancia del cuidado del entorno físico. La infraestructura física forma parte de las directrices técnicas de la RDC, con respecto a las referencias en caso de construcción, renovación o adaptación. Se sabe que el perfil de las instituciones filantrópicas, en su mayoría, adolece de la ausencia de un proyecto destinado al fin, el de la vivienda colectiva. Con esto, aumenta el desafío de adaptar los espacios a las normas y demandas que surgen ante un contexto de aislamiento social.

En el contexto de pandemia, el Informe Técnico realizado por el Frente Nacional señaló prerrogativas en la implementación de medidas de control protector al Covid-19, como el acceso a las instituciones, el control de circulación y la necesidad de distanciamiento y aislamiento social, evidenciando la importancia del entorno físico en este escenario. La provisión de 08 ejes de acción en los ILEAs, en la bienvenida al enfrentamiento al Covid, dirigió posturas y orientaciones que tuvieron la infraestructura como apoyo, en el uso de habitaciones ventiladas, individuales y con baños, en el fortalecimiento del distanciamiento y aislamiento en casos sospechosos de infección. La población que vive en un ILEA debido al grado de fragilidad y enfermedades crónicas es vulnerable y las buenas prácticas establecidas mencionan la preferencia por lugares abiertos y ventilados, evitando la circulación en interiores, como puntos de alerta para hacer frente al Covid-19 (BOAS VILLAS, 2021).

CONSIDERACIONES FINALES

El ILEA es un entorno familiar colectivo, pero debido a que también es un lugar que alberga a los residentes que tienen necesidades de atención médica, la red de atención está integrada, por lo tanto, se requiere que se aplique para cumplir con la legislación pertinente. Con respecto al ambiente seguro para la persona mayor y los trabajadores, se deben priorizar las normas establecidas sobre la estructura y el entorno adecuado para la vivienda y el desarrollo de actividades relacionadas con la atención segura.

Traer la situación extrema de pandemia refuerza el tamaño del entorno físico, las especificaciones apropiadas de los materiales mejoran la salud, el bienestar y la seguridad de los residentes de un ILEA. Por esta razón, hablar de un ambiente seguro es la búsqueda de referencias técnicas que consoliden las acciones preventivas en el espacio físico a favor de una arquitectura inclusiva.

Por lo tanto, es importante que la ILEA cumpla con la legislación vigente y que exista un seguimiento para identificar posibilidades de mejoras y adaptaciones con respecto al entorno físico, identificando también los factores que influyen directamente en este proceso, con el fin de ofrecer un entorno cómodo, seguro, inclusivo y saludable para los residentes, garantizándoles dignidad y respeto en el ámbito individual y colectivo.

REFERENCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050:2020**. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, p. 147. 2020. Disponível em: https://www.caurn.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/ABNT-NBR-9050-15-Acessibilidade-emenda-1_-03-08-2020.pdf. Acesso em: 11/02/2023.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021**. Disponível em <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-502-de-27-de-maio-de-2021-323003775>. Acesso em: 11/02/2023.

ALMEIDA, D. G. *et al.* Idosos em instituições de longa permanência: contribuições ergonômicas para dormitórios em um estudo de caso. In: **Congresso internacional de ergonomia e usabilidade de interfaces humana tecnológica: produto, informações ambientes construídos e transporte**. 16. 2017, Florianópolis. Disponível em: <https://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/idosos-em-instituies-de-longa-permanencia-contribuies-ergonmicas-para-dormitrios-em-um-estudo-de-caso-25793>. Acesso em: 11/02/2023.

ARAÚJO, C. C. **Comparação dos riscos e dos fatores de riscos para quedas em idosos ativos e sedentários**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

BRASIL. **Decreto Nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004** - DOU de 03/12/2004. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm. Acesso em: 14/02/2023.

BRASIL. **Lei nº. 10.098, de 19 de Dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília. Disponível em: https://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/L10098.htm. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.423 de 22 de julho de 2022**. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões "idoso" e "idosos" pelas expressões "pessoa idosa" e "pessoas idosas", respectivamente. Brasília, 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, 2003.

BRASIL, **Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Saúde Legis. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 11/02/2023.

CAMARANO, A. A. *et al.* As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista brasileira de estudos de população**, v. 27, n.1 São Paulo Jan./Jun 2010.

LEITE, A. K. *et al.* Capacidade funcional do idoso institucionalizado avaliado pelo KATZ: Functional capacity of the institutionalized elderly evaluated by the KATZ. **Rev. Enferm. Atual In Derme** [Internet]. 6º de abril de 2020. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/640>. Acesso em: 15/02/2023.

MENDES, J. L. V. *et al.* O Aumento da População Idosa do Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão de Literatura. **Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, 2018.

OLIVEIRA, A. S. Transição Demográfica, Transição Epidemiológica e Envelhecimento Populacional No Brasil. **Hygeia - Rev Bras Geografia Médica e da Saúde**, [S. l.], v. 15, n. 32, p. 69–79, 2019. DOI: 10.14393/Hygeia153248614. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614>. Acesso em: 15/02/2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra, 2015.

PREVIATO, R. C. *et al.* Fortalecimento muscular no tratamento de alterações osteomioarticulares em idosos: uma revisão de literatura. **Arquivos do Mudi**. v. 25, n. 1, p. 128 - 144, 2021. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/58670/751375151944>. Acesso em: 14/02/2023.

ROSA, V. P. P. *et al.* Análise dos fatores de risco para queda em idosos institucionalizados. **Rev Bras Geriatria e Gerontologia**. 22 (01) 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180138>. Acesso em: 11/02/2023.

SANT'HELENA, D. *et al.* Capacidade funcional e atividades da vida diária no envelhecimento. *In*: SAMPAIO, Edilson Correia (Org.). **Envelhecimento Humano: desafios contemporâneos**. Guarujá: Científica Digital, 2020. p. 204-218. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/200901493.pdf>. Acesso em: 18/02/2023.

SILVA, Laize Gabriele de Castro *et al.* Avaliação da funcionalidade e mobilidade de idosos comunitários na atenção primária à saúde. **Rev Bras Geriatria e Gerontologia**. 22 (5): e190086, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190086>. Acesso em: 11/02/2023.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da *et al.* Gestão da segurança de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Braz J of Health Review**, 4 (5), 22.031–22.047. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-299>. Acesso em: 11/02/2023.

VETRANO, D. L. *et al.* Trajectories of functional decline in older adults with neuropsychiatric and cardiovascular multimorbidity: A Swedish cohort study. **Plos medicine**, v. 15, n.3, 2018.

VILLAS BOAS, P. J. F. *et al.* **Qualidade do cuidado em instituição de longa permanência para idoso**. Editores, Belo Horizonte (MG): ILEA, 2021. Disponível em: <http://www.frentenacionalILEA.com.br>. Acesso em: 11/02/2023.

Capítulo 13

Formación y educación continua en la seguridad de las personas mayores en instituciones de larga duración

Susana Cecagno, Rochelle Rufino Costa, Cássia Luíse Boettcher, Dione Lima Braz, Meiry Fernanda Pinto Okuno, Silvia Knorr Ungaretti Fernandes e Vilani Medeiros de Araújo Nunes.

PRESENTACIÓN

Se sabe que los cambios fisiológicos que ocurren durante el proceso de envejecimiento aumentan la susceptibilidad de esta población al desarrollo de enfermedades crónicas e incapacitantes que, a su vez, aumentan el grado de dependencia de los ancianos, culminando en la necesidad de atención de terceros para realizar actividades de la vida diaria y mantenimiento de la calidad de vida (AGUIAR *et al.*, 2021). La falta o indisponibilidad de este cuidador en la familia es la principal razón de institucionalización de esta población (FAGUNDES *et al.*, 2017).

Los ancianos institucionalizados suelen tener capacidad funcional reducida, multimorbilidad, polifarmacia, mayor fragilidad y complejidad asistencial que implica una mayor demanda de cuidados (SILVA; GUTIÉRREZ, 2018). Estas características, asociadas a la amplia variedad de procesos desarrollados en las Instituciones de Larga Estancia para Ancianos (ILEAs), representan un fuerte argumento para trabajar en el tema de la seguridad del paciente en estos espacios.

Un entorno de atención seguro debe garantizar que los tratamientos y servicios proporcionados no causen daños, lesiones o complicaciones, además de los que surjan del curso de la propia condición de salud del individuo. Por esta razón, las cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente son esenciales para garantizar la calidad de la atención médica.

En este contexto, la incorporación de la educación continua es una estrategia importante para mejorar la calidad del cuidado y la seguridad de los ancianos institucionalizados al proponer la ejecución de acciones educativas basadas en la realidad del servicio, con el reflejo de las prácticas en la vida cotidiana.

Este capítulo abordará los aspectos conceptuales de la educación continua, su interfaz con la seguridad del paciente y su relevancia en la práctica diaria de ILEA.

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con la reducción de los nacimientos y la caída en el número de muertes, surge un nuevo comportamiento demográfico en Brasil, contribuyendo al envejecimiento progresivo de la población y, por lo tanto, generando profundas transformaciones en los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto. Uno de los aspectos que sufre transformación es el cuidado de la salud. Sin embargo, aunque la transición demográfica ya está en marcha, la red de atención de salud en Brasil todavía está muy centrada en el cuidado

de los niños que durante muchas décadas representaron una parte considerable de la población. La población anciana presenta demandas sanitarias y sociales totalmente diferentes, haciendo urgentes las adaptaciones necesarias a la nueva realidad (OLIVEIRA, 2019).

Sin embargo, las personas mayores están institucionalizadas por enfermedades crónicas, dificultades de las familias para mantener a sus ancianos en casa y, a veces, personas mayores sin referencia familiar (CARVALHO *et al.*, 2019). Frente a los desafíos expuestos, los ILEA se han convertido en alternativas frecuentes para el mantenimiento de la atención y el cuidado de la salud de la persona mayor, destinados a la vivienda colectiva de personas de 60 (sesenta) años o más, con o sin apoyo familiar.

En este escenario, la Resolución de la Dirección Colegiada (RDC) n° 283 del 26 de septiembre de 2005, actualizada más recientemente el 27 de mayo de 2021 (RDC n° 502), prevé el funcionamiento de todas las ILEA, gubernamentales o no gubernamentales, de carácter residencial, estableciendo el estándar mínimo para el funcionamiento de las ILEA, definiendo estándares cuantitativos funcionales, de ambiente entre otros aspectos directamente relacionados con la calidad de la atención en estos servicios (BRASIL, 2005).

Desde 2019, la seguridad del paciente se ha entendido como un marco de actividades organizadas que crea culturas, procesos y procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en el cuidado de la salud que, de manera consistente y sostenible, es capaz de: reducir los riesgos, reducir la ocurrencia de daños evitables, reducir la probabilidad de errores y reducir su impacto cuando ocurren (OMS, 2020).

Aunque los ILEA no se caracterizan como establecimientos de salud, es importante y necesario que estos protocolos de seguridad del paciente sean aplicables a ellos, constituyendo una medida fundamental para la prevención de lesiones y promoviendo la atención segura en el escenario de estas organizaciones.

En un estudio realizado por Ferraz e Silva (2021), se verificó la urgencia de acciones educativas relacionadas con la seguridad del paciente en ILEAs. Los profesionales participantes en el estudio destacan la comunicación e implementación de la seguridad del paciente a través de acciones educativas trabajadas con los equipos. Sin embargo, este estudio demostró que incluso los profesionales que atienden al público anciano diariamente, muchos no tienen capacitación o calificación tanto sobre el envejecimiento. Es necesario un equipo calificado capaz de reconocer los factores de riesgo que desencadenan los incidentes proporcionando estrategias de intervención que prevengan su ocurrencia y contribuyan a la seguridad del anciano institucionalizado.

La seguridad del paciente debe ser una asignación de todos los profesionales para reducir el daño innecesario causado por eventos adversos. En esta perspectiva, Lima (2019) afirma que la promoción de la seguridad del paciente se puede hacer a través de un cambio en la cultura de los profesionales y gerentes de la institución, como destacar la importancia de utilizar indicadores de calidad, sistema de registro, realizar notificaciones con el fin de mejorar los procesos de atención.

Una cultura de seguridad del paciente se define comúnmente como "el *producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de la gestión de salud y seguridad de una organización*" (REE, 2019). La cultura de seguridad del paciente es importante para los procesos y resultados de seguridad del paciente. Una cultura sólida de seguridad del paciente se asocia con menos eventos adversos y experiencias más positivas para los pacientes (REE, 2019).

Una revisión sistemática (BRAITHWAITE *et al.*, 2017) encontró que una cultura positiva en el lugar de trabajo estaba relacionada con varios resultados deseables para los pacientes, como menos caídas e infecciones, tasas de mortalidad reducidas y mayor satisfacción del paciente. Estos hallazgos fueron consistentes en todos los países, entornos y estudios, incluidos los ILEA.

Por lo tanto, para la prevención de incidentes, existe la necesidad de la implementación de protocolos, actividades estandarizadas, participación y membresía de equipos (MEDEIROS *et al.*, 2021). Estas acciones requieren un compromiso de todos los líderes de los servicios de salud, para que los procesos de trabajo de cuidado sean estandarizados, basados en evidencia científica y promuevan la estandarización de la atención, con miras a la gestión de riesgos, y la prestación de atención de manera segura y calificada.

EDUCACIÓN PERMANENTE EN LA CALIFICACIÓN Y SEGURIDAD DEL CUIDADO DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

La educación continua en salud surge como una importante estrategia del Sistema Único de Salud (SUS) formalizada por la Ordenanza n° 1.996 del 20 de agosto de 1997, siendo el concepto pedagógico que interpone acciones de enseñanza, servicios, gestión y desarrollo de las instituciones, es decir, es un aliado importante para la formación, desarrollo y calificación de los trabajadores de la salud. Contribuir a la construcción de conocimiento, asistiendo en la formulación de procesos educativos capaces de transformar las prácticas de salud (MENESES *et al.*, 2019).

La definición adoptada por el Ministerio de Salud (MS) trae la Educación Permanente en Salud (EPS) como aprendizaje en el trabajo, donde el aprendizaje y la enseñanza se incorporan a la vida cotidiana de las organizaciones y el trabajo. La EPS se basa en el aprendizaje significativo y la posibilidad de transformar las prácticas profesionales y sucede en el trabajo diario.

Desafortunadamente, en el escenario brasileño, las actividades de EPS, incluso en el ámbito general de la atención, no alcanzan lo idealizado y propuesto en el contexto de una red de atención. Existen muchos obstáculos para la implementación exitosa de las estrategias de EPS. Entre este problema, destacamos la confusión de términos, la falta de conocimiento por parte de los gerentes, la falta de adhesión por parte de los profesionales y la fragmentación del trabajo (FERREIRA *et al.*, 2019). Este escenario se vuelve más crítico cuando se considera el escenario de ILEA que necesitan una mirada aguda a las particularidades de los pacientes y profesionales.

Un aspecto que merece ser destacado en la tangente de la educación continua en la seguridad de la persona mayor en ILEA es la fuerza laboral. Un estudio sobre las actividades realizadas por el cuidador de ancianos institucionalizados destaca un número importante de profesionales que no tienen capacitación en el área de cuidado para cuidar a este público. Gran parte del conocimiento se obtiene de las experiencias familiares o es transmitido por colegas de manera informal durante el trabajo. Esta falta de preparación puede causar inseguridad en la ejecución de las actividades y una mayor probabilidad de error, lo que puede descalificar la atención y generar riesgo para la salud de los pacientes (AGUIAR *et al.*, 2021).

Incluso en profesionales con alguna formación, se identifica la necesidad de alinear el conocimiento con la realidad enfrentada y el perfil demográfico, evitando la reproducción de técnicas automatizadas, fragmentadas y mecánicas, sin la necesaria reflexión y observación de aspectos específicos del anciano, así como su participación activa en el proceso de cuidado (DAMACENO; CIRELLI, LAZARINI, 2019).

En este contexto, un programa permanente de educación en salud que cubra las especificidades de la población anciana y de los ILEA, y los pilares para una atención segura y de calidad, se vuelve indispensable para la evolución de la atención en estas instituciones. Un trabajo que amplía horizontes más allá de la atención básica de mantenimiento de la vida incluyendo dimensiones específicas de geriatría y gerontología, y principalmente proporcionando reflexiones sobre prácticas profesionales, diálogo, intercambio de dudas y sugerencias, contribuyendo a la construcción del conocimiento.

La educación continua en salud debe ayudar a los cuidadores en el desarrollo y mejora de habilidades que colaboren en la prestación de cuidados a ancianos institucionalizados, como empatía, capacidad de resolución de problemas, disponibilidad, interés y paciencia, considerando también el desarrollo de habilidades técnicas (VILLAS BOAS *et al.*, 2021).

Para alcanzar todos estos objetivos, las acciones formativas deben romper con el modelo tradicional de transmisión de contenidos y utilizar estrategias que promuevan la participación activa de los estudiantes profesionales que buscan la interacción entre la teoría y la práctica, haciendo que el aprendizaje sea significativo. Estas estrategias se denominan metodología de aprendizaje activo.

Jacobovski y Ferro (2021) en una revisión integradora sistemática subdividen la operacionalización de las metodologías activas en tres subcategorías, a saber:

- 1) Trabajo en grupo y acciones en red: proporcionan resolución de problemas de forma conjunta, colaborativa e interdisciplinaria. Ejemplos: grupos focales, aprendizaje entre pares o en equipo (Team Based Learning) y articulaciones intersectoriales entre instituciones, agencias y la comunidad.
- 2) Experimentación y problematización de la realidad: aprendizaje por experiencia real o simulada para resolver problemas prácticos. Ejemplos: enfoque basado en problemas, dramatizaciones, observación participante y diagnósticos situacionales.

- 3) Seminarios, diálogos, dinámicas y talleres: promover el intercambio cultural entre los participantes. Ejemplos: mesas redondas, debates temáticos, informes críticos de experiencias y ruedas de conversación.

Otra iniciativa que se puede citar es la creación del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) en Colombia en 2003, concebido como una red de personas, instituciones y organizaciones que comparten cursos, recursos, servicios y actividades de educación, información y gestión del conocimiento en acciones de capacitación, con el propósito común de mejorar las habilidades de la fuerza laboral y las prácticas de salud pública, a través del uso e innovación en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para la mejora continua del desempeño de los programas de educación continua en salud pública (RINCÓN, 2022).

Los ejemplos citados no agotan las posibilidades, y es importante no perder de vista que las acciones educativas que apoyan y refuerzan la importancia de mirar la seguridad de esta población son premisas básicas para la calificación del cuidado de los ancianos. Estas acciones actúan mejorando la capacidad de resolución de problemas, la percepción de cambios en el estado de salud, la identificación de fragilidades y la mejora de la seguridad y el celo con la población anciana asistida en el ILEA (VILLAS BOAS *et al.*, 2021).

La calificación del equipo de cuidadores de ancianos institucionalizados es una herramienta importante para proporcionar una atención más segura y eficiente. Un equipo fortalecido, ilustrado y actualizado brindará atención calificada, más efectiva y segura y la persona mayor que recibe atención integral individualizada, enfocada en sus necesidades y debilidades, también reduce la necesidad de hospitalizaciones resultantes de incidentes o fallas en la atención de salud (MARTINS *et al.*, 2022).

CONSIDERACIONES FINALES

El proceso de envejecimiento se acompaña de una serie de transformaciones en la vida de las personas, sus familias y la sociedad, imprimiendo así la necesidad de cambios de paradigma en los sistemas de salud, así como la resignificación del contexto de vida de las personas. Requiere una serie de transformaciones en los sistemas de salud para que esta fase de la vida se viva con dignidad.

Por lo tanto, la educación continua tiene un papel único en la formación de profesionales que trabajan con ancianos institucionalizados, siendo una estrategia efectiva en la calificación de ser y hacer en el día a día del trabajo de cuidado. Profesionales con habilidades, habilidades y actitudes seguras, basadas en una cultura de seguridad de la paciente fortalecida, favorece la reducción de los riesgos de eventos adversos e incidentes relacionados con la atención de salud, y contribuye para la mejor calidad de vida de los ancianos, sus familias y la propia sociedad.

REFERENCIAS

- AGUIAR, J. A. *et al.* Atividades desempenhadas pelo cuidador destinadas ao idoso institucionalizado: uma revisão integrativa. **Kairós-Gerontologia**, v.25, n.1, p.37-150, 2021. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2022v25i1p137-150>. Acesso em: 12 fev. 2023.
- BRAITHWAITE, J. *et al.* Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. **BMJ Open**, v.7, n.11, p.e017708, 2017. Disponível em: doi: 10.1136/bmjopen-2017-017708. Acesso em: 23 fev. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução - **RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 11 fev. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 10 fev. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Ministério da Saúde: Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.
- CARVALHO, A. A. *et al.* Evento quedas: cuidados de enfermagem para a segurança do idoso hospitalizado. **Rev Enferm em Foco**, v.10, n.6, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2100/658> Acesso em 11 fev. 2023.
- DAMACENO, D. G.; CHIRELLI, M. Q.; LAZARINI, C. A. A prática do cuidado em instituições de longa permanência para idosos: desafio na formação dos profissionais. **Rev Bras Geriat e Geront**, v. 22, n. 1, p. e180197, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180197>. Acesso em: 13 de fev. 2023.
- FAGUNDES, K. V. D. L. *et al.* Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. **Rev Saúde Pública**, v.19, n.2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsap/2017.v19n2/210-214/>. Acesso em: 13 de fev. 2023.
- FERRAZ, C. R.; SILVA, H. S. A compreensão da equipe de enfermagem frente a segurança do paciente idoso hospitalizado. **Comunicação em Ciência da Saúde**, v.32, n.1, 2021. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/770/486>. Acesso em: 10 fev. 2023
- FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Saúde debate**, v. 43, n.120, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>. Acesso em: 11 fev. 2023.
- JACOBOVSKI, R.; FERRO, L. F. Educação permanente em saúde e metodologias ativas de ensino: uma revisão sistemática integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13391>. Acesso em: 10 fev. 2023
- LIMA, A. A. *et al.* Segurança do paciente idosos sob o ponto de vista do enfermeiro em uma ILEA. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v.8, n.4, p.407-415, 2019. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/446/345>. Acesso em: 13 fev. 2023.

MAIA, C. S. *et al.* Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.27, n.2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/67kfbVWmYrCNSyZ5NmyXpjR/?format=pdf>. Acesso em: 10 fev. 2023.

MARTINS, P. F. Educação permanente em saúde com enfermeiros sobre o papel e a participação da família na vida de pessoas idosas institucionalizadas. **Research, Society and Development**, v.11, n.1, 2022. Disponível em <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25235>. Acesso em: 13 fev. 2023.

MEDEIROS, A. C. L. L. *et al.* Assistência de enfermagem diante da segurança do paciente idoso. **Research, Society and Development**, v.10, n.17, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24410/21323>. Acesso em: 10 fev. 2023.

MENESES, I. G. *et al.* Educação permanente em equipe multidisciplinar de um programa gerontológico: concepções, desafios e possibilidades. **ABCS Health Sci**, v. 44, n.1, p.40-46. 2019. Disponível em: [doi:https://dx.doi.org/10.7322/abcs.hs.v44i1.1257](https://dx.doi.org/10.7322/abcs.hs.v44i1.1257). Acesso em: 11 fev. 2023.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Rev bras Geografia Médica e da Saúde**, v.15, n.31, p. 69-79, 2019. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia> Acesso em: 14 fev. 2023.

REE, E. Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. **BMC Health Serv Res**, v.19, n1, p.607, 2019. Disponível em: [doi: 10.1186/s12913-019-4456-8](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4456-8). Acesso em: 23 fev. 2023.

RINCÓN, E. H. H. *et al.* Desarrollo profesional permanente en salud por intermedio del Campus Virtual de Salud Pública en Colombia (2012-2019). **Rev Panam Salud Publica**, v.46, p.e105, 2022. Disponível em: [doi: 10.26633/RPSP.2022.105](https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.105). Acesso em: 23 fev. 2023.

ROSA, V. P. P.; CAPPELLARI, F. C. B. D.; URBANETTO, J. S. Análise dos fatores de risco para quedas em idosos institucionalizados. **Rev Bras Geriat e Geront**, v.22, p.2-11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/x3Tr3jcxGL4mvvh8bFX3bPx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2023.

SILVA, H. S.; GUTIERREZ, B. A. O. A educação como instrumento de mudança na prestação de cuidados para idosos. **Educar em Revista**, v. 34, n. 67, p. 283-296, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.54049>. Acesso em: 14 fev. 2023.

VILLAS BOAS, P. *et al.* **Manual: qualidade do cuidado em instituição de longa permanência para idoso**. Belo Horizonte (MG): ILEA, 2021.

WHO. World Health Organization. **Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance**. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2020.

Capítulo 14

Riesgos para la salud en instituciones de larga estancia para ancianos (ILEA)

Karla Cristina Giacomini.

PRESENTACIÓN

Este capítulo aborda los riesgos para la salud en las instituciones de larga estancia para personas mayores (ILEA) y se divide en 4 secciones, que incluyen: introducción, riesgos para la salud, estrategias para reducir los riesgos para la salud en ILEA y consideraciones finales.

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, la pandemia de covid-19, causada por el virus Sars-Cov2, evidenció la vulnerabilidad de los ancianos, especialmente los institucionalizados, dada la alta mortalidad observada en las instituciones de atención a largo plazo (COMAS-HERRERA *et al.*, 2020) y las debilidades (o falta) de la base de datos nacional y las prácticas de prevención y control de infecciones (PCI) en ILEA (HANRATTY *et al.*, 2020). Sin embargo, en nuestro medio, la pandemia también explicó cuán invisibles son tales instituciones para el Estado y para la sociedad brasileña (FERNANDES *et al.*, 2021).

La creación del movimiento social "Frente Nacional para el Fortalecimiento de las ILEA" (FN-ILEA) (www.frentenacionalILEA.com.br), inicialmente motivado por la pandemia del covid-19, tuvo como objetivo apoyar a estas instituciones, dado el riesgo de alta mortalidad de la población institucionalizada (HORTA *et al.*, 2021). Este movimiento ha producido y difundido material técnico-científico gratuito basado en la mejor evidencia. Además de este desempeño, reconocido a nivel nacional e internacional, FN-ILEA realizó un censo basado en la información disponible e identificó cerca de 8.000 ILEA en todo el país, con gran heterogeneidad en su distribución geográfica (DOMINGUES *et al.*, 2021).

De manera inédita, FN-ILEA posibilitó la capacitación virtual de cerca de 13,500 Gerentes y Técnicos de ILEA de todo el país y apoyó a la Fundación Oswaldo Cruz, a través del Centro Colaborador para la Calidad de Atención y Seguridad al Paciente (PROQUALIS) y el Comité de Salud de los Adultos Mayores del Instituto de Comunicación e Información Científica y Tecnológica en Salud – ICICT / Fiocruz en la oferta de un curso de atención y seguridad en salud en el contexto del Covid-19, para estos profesionales. FN-ILEA preparó un Manual de Calidad de Atención y Gestión que aborda los 20 temas principales sugeridos por los profesionales de ILEA durante la pandemia de covid-19 y está disponible en el sitio web de FN-ILEA.

Aunque no existe consenso entre los diferentes actores sociales sobre el concepto, tipo, naturaleza, alcance y calidad de la atención prestada en estos espacios (WACHHOLZ *et al.*, 2022), sin duda el mayor

riesgo para la salud de la población anciana institucionalizada es la falta de cuidados adecuados. Por lo tanto, este capítulo tiene como objetivo discutir los principales riesgos para la salud involucrados en esta modalidad de atención.

RIESGOS PARA LA SALUD EN LA ILEA

La literatura señala como principales razones para la ineficiencia de la atención institucional: supervisión insuficiente de los equipos de atención; la escasez y falta de cualificación profesional de los equipos; baja autoestima y desmotivación de los empleados; bajos salarios y técnicas ineficaces de adjudicación/castigo para garantizar el mejor desempeño de los profesionales (BREEN; MATUSIT; WAN, 2009). Además, con equipos no capacitados, las personas toman decisiones que van más allá de su conocimiento y capacitación, y a menudo desconocen los problemas de los residentes, lo que contribuye a una atención redundante, irrelevante o problemática (LEVENSON, 2010). Las deficiencias más relevantes ocurren en actividades y actitudes de la vida cotidiana de la ILEA (BREEN; MATUSIT; WAN, 2009). (Tabla 1).

Tabla 1. Principales actividades realizadas con deficiencias por los equipos asistenciales de la ILEA.

- Higiene alimentaria	- Cuidados en general
- Limpieza del medio ambiente	- Prevención de accidentes
- Úlceras por presión	- Protocolos profesionales
- Accidentes	- Planes de atención
- Control de infecciones	- Respeto de la dignidad de la persona

Fuente: Reproducido por Giacomini y Couto (2010).

La atención institucional deseable debe ser al mismo tiempo global y centrada en los ancianos. Sin embargo, la población institucionalizada suele tener más de una condición clínica, funcional y/o psicosocial y comparte ambientes, equipos y cuidados. Además, la demanda de institucionalización es mayor precisamente entre las personas mayores y más frágiles. Por lo tanto, la atención a los estándares de bioseguridad es fundamental (WACHHOLZ *et al.*, 2022; HANRATTY *et al.*, 2020). Desafortunadamente, los equipos de atención en muchos ILEA están formados por cuidadores y técnicos sin la capacitación adecuada para ejercer este cuidado.

Por lo tanto, para mejorar la atención en la ILEA, es esencial garantizar la educación permanente, el incentivo para un trabajo más comprometido y el estímulo para vincular y reducir las deficiencias en los equipos. Eso significa cuidar de quien lo cuida. Los coordinadores deben ser capaces de reconocer el esfuerzo de las personas, elogiar y ofrecer mejores condiciones de trabajo, de modo que para cada tipo de cuidado requerido existiera el correspondiente recurso necesario (BREEN; MATUSIT; WAN, 2009).

EL PAPEL DE LA VIGILANCIA SANITARIA

Se espera que los órganos de supervisión promuevan – o al menos no obstaculicen – todos los aspectos del proceso de atención, ya que, en el ILEA, "hacer lo correcto de la manera correcta" significa estar de acuerdo con las medidas regulatorias (pero no centrarse exclusivamente en ellas); ser atendido por individuos calificados, conocedores de sus roles y límites; y estar respaldados por un proceso de gestión eficaz (LEVENSON, 2010).

En este sentido, al discutir el papel de los Consejos, el Ministerio Público y la Vigilancia Sanitaria en la supervisión de la ILEA, Giacomini y Couto (2010), señalan que, históricamente, en Brasil, todos los procesos de atención en un ILEA - desde la admisión hasta la terminación - siempre han ocurrido en ausencia de cualquier mirada regulatoria. En el caso de la inspección sanitaria, el objetivo principal debe ser eliminar o minimizar el riesgo para la salud. Cualquier peligro para la salud se entiende como un peligro para la salud.

La Vigilancia de la Salud (VISA) es una de las competencias del Sistema Único de Salud (SUS), organizado en un Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS), presente en todas las esferas de gobierno, con atributos peculiares y estrechamente relacionados con la realidad de los ciudadanos. Corresponde a este sector del Sistema Único de Salud (SUS) definir las normas y estándares que deben cumplirse en todas las acciones de interés sanitario en la producción, circulación y consumo de ciertos productos, procesos y servicios, incluyendo el ILEA (BRASIL (1999).

En la inspección sanitaria es importante aclarar los diferentes ámbitos de actuación:

- A nivel federal, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) es una autoridad que dirige el Sistema de Vigilancia Sanitaria (SVS), a nivel nacional, con mayor autonomía administrativa en las decisiones. Funciona y debe funcionar como un instrumento del Estado y no del gobierno; actuando frente a entidades privadas y públicas. Corresponde a ANVISA establecer los principios generales de acción (políticas públicas), orientando, monitoreando y limitando la acción tanto del Estado como del sector privado, a favor del interés de la sociedad frente a un interés particular que perjudica al de la sociedad (Poder Policial). Puede complementar el estándar superior, a través de una Resolución de la Junta Colegiada (Lei nº 9782/99: Art. 9º);

- A nivel estatal/distrital, la visa actúa a nivel estatal y a nivel local, la visa municipal. Ambos pueden complementar el estándar más alto, incluso de una manera más detallada y adecuada a su realidad, siempre que cumplan con la directriz propuesta en el estándar federal.

No hay jerarquías entre las normas: las normas federales son generales en relación con los estados y municipios; Las normas estatales son complementarias a las federales y municipales prevaleciendo sobre las emitidas por las demás entidades en lo que es más específico de cada municipio.

En 2005, en el vacío dejado por el incumplimiento de la gran mayoría de los estados y municipios, ANVISA publicó la Resolución del Consejo Colegiado (RDC/ANVISA n° 283) que trataba sobre el Reglamento Técnico que define las normas de operación para la ILEA (BRASIL, 2005). En 2021, esta norma fue reeditada, bajo el n° 502/2021, con cambios de forma, pero prácticamente mantuvo su contenido. Esta RDC se aplica a instituciones de todas las naturalezas jurídicas: filantrópicas y privadas con fines económicos de diferentes estándares de hospitalidad y atención.

De acuerdo con el grado de dependencia del anciano institucionalizado, define el número de cuidadores y profesionales necesarios para apoyarlos en sus necesidades de cuidado. Los ancianos independientes se consideran grado I, incluso si requieren el uso de equipos de autoayuda y se define un cuidador por cada 20 ancianos independientes, o fracción. Los ancianos de grado II son aquellos que dependen de hasta tres actividades de autocuidado para la vida diaria, tales como: alimentación, movilidad, higiene; sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo controlado, y se espera que un cuidador por cada 10 ancianos por turno. Los ancianos con dependencia que requieren asistencia en todas las actividades de autocuidado para la vida diaria y / o con deterioro cognitivo se definen como Grado III, y la norma prevé un cuidador por cada seis ancianos por turno. A su vez, la relación entre los tipos de actividades y los profesionales/carga de trabajo requeridos se presenta en el Gráfico 2.

Tabla 2. Relación entre el tipo de actividades, los recursos humanos necesarios y la carga de trabajo según RDC n° 502/2021 de ANVISA.

Tipo de actividad	Recursos humanos	Carga de trabajo
Servicios de limpieza	Un profesional/100m ² de área interna o fracción	Por turno/día
Actividades de ocio	Un profesional con educación superior/ 40 ancianos	12 horas a la semana
Servicio de alimentación	Un profesional/ 20 personas mayores	Dos turnos de 8 horas
Servicio de lavandería	Un profesional/30 ancianos o fracción	Diario

Fuente: Elaboración propia.

A norma sanitária exige um Responsável Técnico – RT - com formação de nível superior, não necessariamente na área da Saúde, para responder pela instituição junto à autoridade sanitária local. Caso haja profissionais de saúde, a entidade deve exigir o seu registro no respectivo Conselho de Classe. A cada dois anos, deve ser elaborado um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde, conforme os princípios do SUS. Este plano inclui a atenção integral à saúde, as rotinas e procedimentos escritos; o transporte do residente por um serviço de remoção e uma avaliação anual pela ILEA sobre a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização.

A RDC n° 502/2021 também prevê requisitos de infraestrutura física, além daqueles estabelecidos em códigos, leis ou normas pertinentes, quer na esfera federal, estadual ou municipal e das normas

específicas da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas – e outros documentos mais complexos, como o Plano Geral de Resíduos Sólidos em Saúde (PGRSS) (destinação dada ao lixo contaminado), o Projeto Arquitetônico e o Projeto do Corpo de Bombeiros. Ela define os indicadores do desempenho e padrão de funcionamento das ILEAs que devem anualmente, ser remetidos ao SNVS e os indicadores locais (taxa de mortalidade; ocorrência de escabiose/sarna, diarreia, desidratação, lesões de decúbito; prevalência de desnutrição, diabetes e notificação compulsória e imediata da ocorrência de eventos sentinela - queda com lesão ou tentativa de suicídio). No entanto, até o momento, a ANVISA e o SNVS não dispõem de nenhum mecanismo de publicização ou consolidação desses indicadores, em quaisquer dos níveis de governo (BRASIL, 2021).

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DOS RISCOS SANITÁRIOS NAS ILEAs

Aunque todas las entidades federales podían legislar sobre las mejores prácticas de atención en ILEA, solo un pequeño número de municipios desarrolló normas específicas¹. Por lo tanto, el nivel de atención obtenido con la supervisión sistemática es proporcional a la participación del órgano de supervisión y la capacidad de comprender y comprometer a la persona responsable del ILEA. La aplicación de la ley y el cumplimiento de la norma ocurrirán solo si la inspección sanitaria es sistemática, permanente y más frecuente. La inspección que se realiza de manera no estandarizada hace que sea muy difícil evaluar si la persona mayor tuvo o tiene, de hecho, una atención adecuada.

Además, la profesionalización de la gestión y la garantía de un equipo de profesionales vinculados a las instituciones son condiciones *sine qua non* para apoyar la atención institucional. En el tema de la atención institucional, la desigualdad social del país se revela una vez más: hay ILEA para aquellos que pueden pagar equipos con mejores condiciones de atención, accesibilidad, higiene y personal multidisciplinario bien capacitado y hay ILEA. Fore para la porción más pobre, cuyas necesidades alcanzan niveles tan básicos e intolerables que dañan la dignidad humana. El tema de los recursos humanos es más crítico en las ILEA que asisten a las poblaciones menos favorecidas, ya sean privadas sin fines económicos o sin fines económicos, porque la falta de profesionalismo de los equipos de atención, la capacidad administrativa es frágil y el apoyo de la atención por parte de profesionales voluntarios de la salud puede comprometer la calidad y regularidad de esta atención.

Ciertamente hay ILEA que incluso superan los requisitos establecidos en la DRC n°. 502/2021; sin

¹ Cabe mencionar la publicación de la Ordenanza Municipal n° 052/2000 por la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte (MG), por iniciativa del IMC y varias entidades que participaron en su elaboración, porque fue la primera manifestación legal sobre ILEA y VISA, incluso antes de RDC n° 283/2005. Posteriormente revisado y actualizado en la Ordenanza 012/2015. [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-government/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/primer-ILEA%20\(1\).pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-government/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/primer-ILEA%20(1).pdf)

embargo, fuera del contexto de las capitales y las grandes ciudades, es difícil suponer que este estándar es apropiado para la realidad de la mayoría de los más de 5560 municipios brasileños. Además, ninguna norma contendrá todas las ocurrencias observadas en la vida cotidiana institucional. Por ejemplo, no es práctico determinar en la ley el número y el momento del cambio de pañal o definir específicamente dónde deben permanecer los ancianos más dependientes en un ILEA, aunque no es raro encontrarlos totalmente aislados de vivir con otros. Estas son situaciones que deben basarse en el sentido común de quienes hacen cumplir la ley. Corresponde a la ley establecer los ítems que garanticen la seguridad sanitaria mínima indispensable para el funcionamiento de la entidad, los cuales serán categorizados de acuerdo al riesgo que representen para el bienestar y la salud de las personas mayores (GIACOMIN; COUTO, 2010). Los ítems bajo supervisión podrían ser calificados como esenciales – aquellos cuyo cumplimiento condiciona a la institución para recibir el permiso de salud y será 100% requerido; los necesarios: elementos que no restringen la liberación de la Licencia, sino que refuerzan la calidad de la atención; aquellos recomendados que reducirían aún más el riesgo para la salud, y la información, que sería a discreción del ILEA aplicar o no. Los tres últimos, de menor riesgo, pueden ser progresivamente conquistados y saneados, en un trabajo de asociación en la búsqueda de soluciones consensuadas en salud (COUTO; LAGES, 2007).

CONSIDERACIONES FINALES

Se estima que apenas 1% de los ancianos brasileños viven en ILEA. Este párrafo no es el resultado del cumplimiento del artículo 230 de la CR/1988, que prevé el reparto de responsabilidades entre la familia, la sociedad y el Estado en apoyo de la persona de edad, en caso de necesidad, ni de una amplia red de atención como se propone en la Ley n° 8842/1994 o del fortalecimiento de los vínculos familiares. La baja oferta de vacantes en ILEA revela la falta total de opciones o apoyo para el cuidado de los ancianos frágiles que puede explicarse por diferentes tipos de prejuicios: ildadismo, sexismo, familismo, además de prejuicios sociales que culpan a quienes institucionalizan al familiar (WACHHOLZ *et al.*, 2022). Además, la creciente dependencia familiar de los ingresos de la persona mayor también puede justificar la permanencia en el hogar, ya que la institucionalización resulta en el compromiso de hasta el 70% de los ingresos de la persona mayor para pagar los servicios, incluso cuando son ofrecidos por instituciones filantrópicas (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

Por lo tanto, es evidente la necesidad de construir una Política Nacional de Atención Continua, en la que cada institución sea apoyada para llevar a cabo las mejores prácticas en la reducción de los riesgos para la salud y, de hecho, actúe como un enlace de una red de atención.

REFERENCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos**. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 283, 2005 set 26.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

BRASIL. **Lei nº 9.782/1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. **Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021**. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Diário Oficial da União: seção 1, p. 110, Brasília, DF, 31 maio 2021.

BREEN, G. M.; MATUSITZ, J.; WAN, T. T. The use of public policy analysis to enhance the Nursing Home Reform Act of 1987. **Soc Work Health Care**;48(5):505-18, 2009.

CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. **Instituições de longa permanência para idoso no Brasil: do que se está falando?** In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomin KC, organizadores. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea; 2016. p. 479-514.

COMAS-HERRERA, A. *et al.* **Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence**. LTCcovid.org; 2020. Disponível em: <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/%20International%20Long-Term%20Care%20Policy%20Network>

COUTO, E. C.; LAGES, E.A.S. **Análise da Elaboração do Código de Saúde de Belo Horizonte à Luz da Legística**. Disponível em: http://www2.almg.gov.br/opencms/export/sites/default/hotsites/legistica/docs/analise_elaboracao.pdf. Acessado em 11 fevereiro de 2023.

DOMINGUES, M. A. R. D. C. *et al.* Methodological description of the mapping of Brazilian long-term care facilities for older adults. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 15, p. 1-5, 2021.

FERNANDES, D. *et al.* Atuação de movimentos sociais e entidades na pandemia da COVID-19 no Brasil: O cuidado à pessoa idosa em Instituições de Longa Permanência. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 24, n. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 24, n.2, 2021.

GIACOMIN, K. C.; COUTO, E. C. **A fiscalização das ILEAs: o papel dos Conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária**. In: Camarano AA, organizador. Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010.

HORTA, N. D. C. *et al.* Brazilian National Front for Strengthening Long-Term Care Facilities for Older People: history and activities. **Geriatr., Gerontol. Aging**, p.1-8, 2021.

LEVENSON, S. A. The Basis For Improving and Reforming Long-Term Care. Part 4: Identifying Meaningful Improvement Approaches (Segment 1). **J Am Med Dir Assoc**, v. 11, p.84–91, 2010.

WACHHOLZ, P. A. *et al.* Impacto do tamanho das instituições de longa permanência na adesão às orientações de prevenção de infecções por COVID-19. **Rev Lat-Am Enferm**, v. 30, 2022.

WACHHOLZ, P. A. *et al.* Reflections on the development of an integrated continuum of long-term care for older adults in Brazil. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 16, p. 1-11, 2022.

Capítulo 15

Perspectivas para una atención segura en centros de día para ancianos: experiencia en Portugal

Ricardo Pocinho, Sara Gordo, Silvia Silva, Cristóvão Margarido e Rui Santos.

PRESENTACIÓN

La prestación de cuidados en organizaciones sociales y de salud ha demostrado ser un tema en discusión, debido a la necesidad emergente de responder a los desafíos de la población anciana, tanto sociodemográfica como clínicamente.

Las respuestas sociales para las personas mayores incluyen las Estructuras Residenciales para Personas Mayores (ERPM), el Servicio de Apoyo a Domicilio (SAD) y el Centro de Día (CD). Este último se configura como una respuesta intermedia que tiene como objetivo suprimir un conjunto de necesidades que son capaces de evitar la institucionalización completa en ERPM, aliviando así la sobrecarga del sistema social y de salud.

Para lograr este objetivo, es necesario apostar por una atención segura, integrada y humanizada en los CDs, salvaguardando la calidad de vida, bienestar y permanencia de la persona mayor de forma independiente e independiente en su hogar.

LOS RETOS DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

El envejecimiento sociodemográfico de la población es uno de los mayores retos actuales. A nivel mundial, se estima que el número de personas mayores de 60 años o más se duplicará para 2050 y más del triple para 2100, de 962 millones en 2017 a 2.100 millones en 2050 y 3.100 millones en 2100. Actualmente, Europa tiene el mayor porcentaje de población de 60 años o más, siendo Portugal el quinto país más viejo del mundo (PRB, 2019).

Los datos del Instituto Nacional de Estadística de Portugal (2019) indican que en un año la población de 65 años o más aumentó a 2.280.424 personas (36.199 más), lo que representa el 22,1% de la población total. La población anciana con edad avanzada (85 años o más) aumentó a 322.609 personas (más 12.335), lo que corresponde al 14,1% de la población de 65 años o más.

Además de esta realidad también hay un aumento en el número de enfermedades y comorbilidades clínicas, lo que, en consecuencia, aumenta la tasa de dependencia de terceros y la necesidad de ayuda de terceros para el desempeño de actividades de la vida diaria (INE, 2019). Efectivamente, el envejecimiento normal determina un déficit físico, mental y funcional, lo que implica la fragilidad de la persona mayor en varias áreas de su vida individual y social, aunque con intensidad variable (PILOTTO *et al.*, 2020). Por lo

tanto, la fragilidad puede representar una fase de transición entre el envejecimiento exitoso y la discapacidad funcional y, en consecuencia, la institucionalización (CESARI *et al.*, 2018; MELO *et al.*, 2018). Hay varios factores para tener un envejecimiento saludable, ya que el envejecimiento con salud debe ser una prioridad en los planes de atención dirigidos a la persona mayor. Mantener la independencia y autonomía de los ancianos evita la carga de la familia y del Estado, considerando que la probabilidad de hospitalizaciones constantes y procesos de rehabilitación pueden evitarse con acciones preventivas (VEIGA *et al.*, 2016).

Diferentes estudios han indicado un conjunto de factores predictores de institucionalización como la sobrecarga física, emocional y económica de los cuidadores, la falta de apoyo sociofamiliar, el aislamiento, la edad avanzada, ser mujer, la baja escolaridad, la presencia de múltiples diagnósticos, la polimedicación, las caídas y hospitalizaciones y las alteraciones neurocognitivas, psicopatológicas y funcionales (JEREZ-ROIG *et al.*, 2017; WANG *et al.*, 2018).

Cabe señalar que el proceso de institucionalización en sí mismo puede desencadenar sentimientos de inadaptación, aislamiento, desintegración social, pérdida de libertad, síntomas ansiosos y depresivos, así como puede acelerar el proceso de envejecimiento patológico (RODRIGUES, 2018; SOUZA; IGNACIO, 2017).

Considerando los riesgos asociados a la institucionalización en el contexto demográfico y epidemiológico actual, nacional y global, es esencial repensar los paradigmas asociados a la prestación de cuidados, eligiendo el mantenimiento de la persona en su domicilio, con autonomía/independencia, evitando o retrasando la opción del cuidado institucional. Sin embargo, la permanencia de la persona mayor en su hogar requiere una comprensión de su proceso de envejecimiento, así como de su entorno y contexto de vida. Para que esto tenga éxito es necesario: (i) acceso a la información; ii) la prestación de servicios diferenciadores en el hogar; iii) el contexto social en el que se inserta; iv) las condiciones de vivienda; (v) accesibilidad a lugares y servicios en su área de residencia; (vi) implementación de medidas innovadoras de carácter lúdico y tecnológico (OMS, 2015).

En este contexto, CD se configura como una respuesta intermedia capaz de mitigar las debilidades físicas, psicológicas y sociales, a través de la prestación de un conjunto de servicios que garantizan la integridad y seguridad de los ancianos y retrasan o evitan la institucionalización total.

LA RESPUESTA SOCIAL DEL CENTRO DE DÍA

El CD es una respuesta social creada en 1986 de acuerdo con la Guía Técnica del Centro de Día de la Dirección General de Acción Social y el Manual de Respuestas Sociales del Centro de Día. Según la Guía Práctica de Apoyo Social para el Pueblo del Instituto de Seguridad Social I.P. (2017), el CD se define como un equipamiento social que funciona durante el día y que brinda diversos servicios que contribuyen al mantenimiento de los ancianos en su hogar y con su comunidad.

En este contexto cabe destacar que son objetivos de la respuesta del Centro de Día:

- i. Prestación de servicios que satisfagan las necesidades básicas, especialmente el tratamiento de la ropa, la alimentación, la higiene personal y de vivienda, el apoyo en medicamentos y la compra de vivienda;
- ii. Realización de apoyo psicosocial;
- iii. Promoción de las relaciones interpersonales entre diferentes grupos de edad, combatiendo el aislamiento y la soledad.

De esta forma, las principales actividades y servicios que presta de forma transversal el Centro de Día son:

- i. Actividades socioculturales, recreativas-recreativas y estimulación físico-motora y cognitiva;
- ii. Apoyo en nutrición y alimentación, teniendo en cuenta las dietas y las restricciones dietéticas, en particular el almuerzo y la merienda;
- iii. Administración y preparación de medicamentos cuando se prescribe;
- iv. Articulación con los servicios de salud locales, cuando sea necesario;
- v. Cuidado de la higiene personal;
- vi. Tratamiento de la ropa;
- vii. Apoyo psicosocial.

Los CD también pueden proporcionar otros servicios opcionales como: cuidado de imágenes; desayuno, cena y comidas para el fin de semana; transporte y prestación de asistencia técnica.

EL CENTRO DE DÍA COMO PROMOTOR DE ATENCIÓN SEGURA PARA LAS PERSONAS MAYORES

El Centro de Día se caracteriza por ser un espacio de convivencia, seguridad y cuidado para las personas mayores que tienen alguna limitación para realizar las tareas de la vida diaria y /o que no tienen las condiciones para permanecer todo el día en su hogar, porque necesitan atención y seguimiento. En este espacio la atención es diaria y en él se desarrollan un conjunto de acciones y servicios orientados a mejorar la calidad de vida y la integración social y comunitaria.

El CD también permite una mayor "libertad" para los cuidadores y familiares de la persona mayor, creando las condiciones necesarias para mantenerlos en su núcleo familiar sin sobrecargar para los demás elementos de este núcleo. A través de esta respuesta social se refuerza la sensación de autonomía, bienestar y seguridad, ya que los equipos de profesionales relacionados con esta respuesta social están cualificados con la formación y habilidades técnicas y socioemocionales capaces de responder a las necesidades individuales y personalizadas de cada persona mayor (QUINTANA, 2014).

En este sentido, es evidente la importancia de la CD para la promoción de la atención segura para el anciano. No obstante, estas estrategias deben reforzarse con acciones específicas capaces de:

- i. Promover y garantizar los derechos y necesidades de seguridad social, física y financiera;
- ii. Promover una intervención eficaz que favorezca la seguridad y la protección;
- iii. Enfatizar la respuesta a situaciones de vulnerabilidad y fragilidad como el aislamiento, la precariedad económica y las enfermedades mentales o psiquiátricas;
- iv. Desarrollar actividades con agencias de seguridad (por ejemplo: bomberos voluntarios) para capacitar y crear conciencia sobre las caídas;
- v. Definir estrategias de intervención en colaboración con la atención primaria y las unidades de salud pública en casos psiquiátricos más complejos, en los que se pueda comprobar la integridad física del individuo u otros;
- vi. Crear un banco de ropa, de ayudas técnicas (sillas de ruedas, muletas, camas articuladas, andadores, colchón anti escaleras y/o materiales de contención (MIMOSO, 2020).

CONSIDERACIONES FINALES

El acceso a los Centros de Día puede entenderse como una respuesta a la calidad de vida y autonomía de los ancianos, estimulando las capacidades y mecanismos de seguridad, previniendo caídas y otros accidentes, reduciendo la necesidad de hospitalizaciones, hospitalizaciones, episodios de urgencia y consecuente pérdida de capacidad funcional (CHANG *et al.*, 2021). Sin embargo, estas estructuras están lejos de ser accesibles para todos, y actualmente no pueden responder a todos los que las necesitan. Por lo tanto, es necesario desarrollar alternativas que permitan la permanencia de la persona mayor en su hogar el mayor tiempo posible, a través de estrategias para mantener la autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria de manera segura.

En este sentido, la intervención multidisciplinaria en EC puede proporcionar ganancias en indicadores socioemocionales y cognitivos debido a las actividades grupales, por lo que es extremadamente importante desarrollar prácticas de estimulación, ya que estas son un factor protector del rendimiento funcional, físico-motor, cognitivo y socioemocional del anciano (ORELLANA; MANTHORPE, MANTHORPE, 2010. TINKER, 2020). Se trata de promover el envejecimiento activo y seguro, porque esta forma de retractarse mejora la esperanza de vida sana y segura, garantizando la calidad de vida de las personas que tienen alguna fragilidad, discapacidad física o necesitan cuidados.

Si es cierto que el CD es una respuesta que evita la institucionalización, también puede entenderse como una respuesta que potencia una mejor y más segura transición de las personas mayores a una Estructura Residencial. El enfoque no puede estar solo en aquellos que mantienen condiciones favorables para permanecer en su entorno natural. También se debe hacer hincapié en aquellos que, por razones económicas, sociales, familiares y sanitarias, dependen de un mayor apoyo de terceros, por lo que requieren

una mayor atención a los cambios que, si no se atienden adecuadamente, pueden estar potenciando una mayor fragilidad e inseguridad.

El desafío hoy es comprender las necesidades inherentes al acto de cuidar a la persona mayor con seguridad, (des)construyendo el concepto mismo. Es necesaria una comprensión transversal de todo el proceso, desde la acogida, la atención y el seguimiento, hasta la evaluación y validación de las respuestas a las debilidades y vulnerabilidades de la persona mayor en EC. El cuidado implica la responsabilidad de las instituciones en la construcción y mantenimiento de la infraestructura, en asegurar la competencia de sus profesionales y el cumplimiento de las directrices normativas. Sin embargo, la seguridad del cuidado también implica la protección de los derechos, la satisfacción de necesidades y expectativas, la inclusión y la reflexión conjunta, la escucha atenta y la voz activa, la programación cautelosa de la intervención con miras al menor impacto emocional en la vida de los ancianos al integrar una respuesta social, por la atención, el respeto y el amor por el otro. En la combinación de todos los factores encontraremos la seguridad y calidad necesarias en la prestación de atención en Centro de Día.

REFERENCIAS

- CESARI, M., *et al.* Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity. **Journals of Gerontology A Biological Sciences Medical Sciences**, v. 73, n. 12, p. 1653-60, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/gly011>.
- CHANG, C. *et al.* Prevalence and Risk Factors of Sarcopenia among Older Adults Aged ≥ 65 Years Admitted to Daycare Centers of Taiwan: Using AWGS 2019 Guidelines. **International Journal of Environmental Research Public Health**, v. 18, n. 16, 8299, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18168299>.
- INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL I.P. **Guia prático apoios sociais à população idosa**. 2017. Disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/27202/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Estatísticas demográficas, 2019**. Lisboa: INE, 2019.
- JEREZ-ROIG, J. *et al.* Dynamics of activities of daily living performance in institutionalized elderly: A two-year longitudinal study. **Disability and Health Journal**, v. 10, n. 2, p. 279–85, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.12.001>.
- MELO, E. *et al.* Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Saúde e Debate**, v. 42, n. 117, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811710>.
- MIMOSO, S. **Cuidados de saúde e bem-estar prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas**. 2020. (Mestrado em Política Social) - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Política Social. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18168299>.
- ORELLANA, K.; MANTHORPE, J.; TINKER, A. Day centers for older people - attender characteristics, access routes and outcomes of regular attendance: findings of exploratory mixed methods case study research. **BMC Geriatrics**, v. 20, n. 158, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01529-4>.
- PILOTTO, A. L. *et al.* A multidimensional approach to frailty in older people. **Ageing Research Reviews**, v. 60, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101047>
- PRB. **World Population Datasheet**. 2019. Disponível em: <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2019/09/2019-world-population-data-sheet.pdf>.
- QUINTANA, J. **Centro dia para idosos: perspectivas para o cuidado em saúde**. 2014. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde) – Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões Centro de Educação Superior Norte. 2014.
- RODRIGUES, T. **Envelhecimento e Políticas de saúde**. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa. Portugal, 2018.
- SOUZA, R.; INÁCIO, A. Entre os muros do abrigo: compreensões do processo de institucionalização em idosos abrigados. **Pesquisas e Práticas. Psicossociais**, v. 12, n. 1, p. 209-223, 2017.
- VEIGA, B. *et al.* Avaliação da funcionalidade e incapacidade de idosos longevos em acompanhamento ambulatorial utilizando a WHODAS 2.0. **Revista Brasileira de Gerontologia e Geriatria.**, v. 19, n. 6, p. 1015-21, 2016.

WANG, H. *et al.* Effect of Social support on changes in instrumental activities of daily living in elderly: A national population-based longitudinal study. **International Journal of Gerontology**, v. 13, p. 17–22, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2018.06.004>

WHO. World Health Organization. **World report on ageing and health 2015**. WHO: Geneva, 2015. Disponible em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

Capítulo 16

Premisas para la seguridad en el cuidado de los ancianos en instituciones de larga estancia

Vilani Medeiros de Araújo Nunes, Gilson de Vasconcelos Torres, Susana Cecagno, Sandra Maria Soledade Gomes Simões de Oliveira Torres e Ana Elza Oliveira de Mendonca.

PRESENTACIÓN

Este capítulo aborda un tema aún poco conocido entre los profesionales que trabajan en el cuidado y cuidado de ancianos residentes de Instituciones de Larga Estancia (ILEA) y se divide en cinco secciones, a saber: Introducción; Desafíos para la integralidad de la atención y gestión de riesgos de salud en ILEA; Desarrollo y Seguimiento de Indicadores del cordo con la Legislación; Posibilidades de implementación de Comités/Centros Interinstitucionales de Estudios para la Seguridad de la Atención a la Salud y las Consideraciones Antiguas y Finales.

INTRODUCCIÓN

La proporción de personas mayores en Brasil supera el 13,5% de la población, lo que representa alrededor de 28 millones de personas de 60 años o más (IBGE, 2018). Aunque el proceso de envejecimiento no es un tema nuevo, muchas de las necesidades específicas de esta fase de la vida aún no se han identificado y trabajado. Este fenómeno mundial está asociado con la ausencia de un número suficiente de estructuras y servicios de apoyo, lo que lleva a crecientes dificultades en la gestión de este escenario (IBGE, 2018).

El crecimiento significativo de la demanda de instituciones que acojan a las personas mayores y el mayor grado de dependencia resultante de la edad avanzada, generan la necesidad de servicios complejos desde el punto de vista de la atención de la salud. Este aspecto y particular, ha mostrado una visión preocupante para las llamadas Instituciones de Larga Estancia para Ancianos (ILEA), que están reguladas para apoyar a este grupo de población que incorporan la atención dirigida a la asistencia social y emocional, las necesidades de la vida diaria y la atención a la salud (GUIMARÃES *et al.*, 2020). Estas instituciones incorporan la atención dirigida a la vida social, emocional, las necesidades de la vida cotidiana y la atención a la salud (BRASIL, 2021).

En la literatura, hay varios estudios enfocados en el análisis de ILEA (GUIMARÃES *et al.*, 2019; GUIMARÃES *et al.*, 2019), sin embargo, la mayoría de estos estudios traen recortes específicos sobre la salud de los residentes ancianos (MEDEIROS *et al.*, 2016). En Brasil, las ILEA están reguladas por la Resolución del Consejo Colegiado (DRC) No. 502 del 27 de mayo de 2021, que prevé la evaluación de los servicios prestados a través de algunos indicadores: tasas de mortalidad e incidencia de enfermedades

diarreicas, sarna, deshidratación, úlcera de decúbito y desnutrición en ancianos. Estos indicadores de resultados han sido utilizados en estudios de evaluación que en su mayoría adoptan medidas de calidad centradas en la atención médica y las condiciones clínicas de los residentes (BRASIL, 2021).

Considerando que en estos establecimientos a pesar de no ser reconocidos como instituciones que brindan atención de salud, en realidad presenta una de las mayores demandas debido a los diferentes escenarios de morbilidad y mortalidad con la participación de enfermedades crónicas y síndromes geriátricos que requieren monitoreo y monitoreo de indicadores de salud en la población residente.

Por lo tanto, al considerar las condiciones específicas de estas personas mayores, corresponde al ILEA ofrecer asistencia enfocada en las necesidades de sus residentes. Por lo tanto, es necesario que las instituciones tengan acceso a los servicios de un equipo multidisciplinario calificado para trabajar en el área gerontológica.

Los desafíos para las ILEA en Brasil son grandes y, en nuestra experiencia, la comprensión de que los problemas de seguridad son sistémicos y la participación de gerentes, profesionales de la salud y cuidadores en las discusiones de incidentes y eventos adversos, así como las inversiones para mejoras de la atención, demuestran la necesidad de discusión e implementación de un centro de seguridad en estas instituciones que atienden a los ancianos.

DESAFÍOS PARA LA INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS DE SALUD EN INSTITUCIONES DE LARGA ESTANCIA PARA ANCIANOS

La promoción de la seguridad del paciente ha recibido atención mundial en los últimos años, siendo considerada una estrategia esencial para la calidad de la atención sanitaria. La atención segura resulta tanto de las características existentes en el sistema institucional, en relación con las estructuras y procesos, como de las condiciones de los profesionales de la salud, la mala capacitación y capacitación, la sobrecarga de trabajo y la comunicación inadecuada, que son aspectos cruciales para reducir la aparición de eventos adversos (CAVALCANTI *et al.*, 2016).

Cuando abordamos este tema en ILEAs, se verifica que aún no tenemos disponibles en la literatura científica muchos estudios que presenten protocolos relacionados con objetivos internacionales de seguridad dirigidos al cuidado seguro en la población anciana institucionalizada, lo que dificulta una mejor organización de los procesos de trabajo entre los profesionales que trabajan. Tradicionalmente, la legislación hace hincapié en que la aplicación de medidas de seguridad debe aplicarse a los servicios hospitalarios.

Sin embargo, considerando la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran los ancianos en hogares colectivos frente a la multimorbilidad y los riesgos para la salud, es importante mirar a esta población para que se puedan adoptar acciones de seguridad en todos los servicios que brindan atención de

salud y, además, en las instituciones que atienden la atención pública que requieren atención de salud específica, instituciones que albergan a los ancianos, albergues de atención, entre otros.

Según datos del Boletín de Seguridad y Calidad del Paciente en los Servicios de Salud de ANVISA, entre los años 2014 y 2022, prevaleció la ocurrencia de incidentes con mayor daño a la porción de la población entre 66 y 75 años, siendo las lesiones por presión la principal causa de estos incidentes en los servicios de salud, excepto en los hospitales, cuya primera causa está relacionada con fallas de atención (BRASIL, 2023).

Estos datos imprimen la necesidad de adoptar estrategias que fortalezcan las acciones para promover y prevenir la ocurrencia de eventos adversos y la gestión de riesgos, con el objetivo de promover la salud de los ancianos y reducir la morbilidad y mortalidad de esta porción de la población.

En este escenario, específicamente cuando se trata de ILEAs, se entiende que las pautas recomendadas para la seguridad del paciente pueden ser extremadamente importantes para la prevención de daños y eventos adversos, ya que, en estos espacios, ciertamente existen riesgos que pueden comprometer la seguridad de las personas mayores que viven en estos espacios (DA SILVA *et al.*, 2021).

La Tabla 1 presenta los problemas más frecuentes encontrados en la ILEA

Tabla 1. Principales deficiencias identificadas por los equipos de atención de las instituciones de atención a largo plazo para ancianos.

- El uso de diversos medicamentos y la complejidad de los procesos relacionados con ellos puede resultar otros riesgos como caídas;
- Escasez y falta de cualificación profesional de los equipos para hacer frente a las especificidades de los equipos de atención;
- Problemas de comunicación entre diferentes turnos de trabajo;
- Ausencia de normas en la calidad de la atención;
- Falta de coordinación entre los profesionales de la salud y la asistencia social;
- Registro y puesta en común insuficientes de la información pertinente frente a las comorbilidades;
- Ausencia de procedimientos operativos estándar (COP) y formación de profesionales para el desarrollo de prácticas de salud;
- Falta de estandarización y presentación del Plan de Atención Integral de Salud para Residentes;
- Fallos en el monitoreo de indicadores de salud.

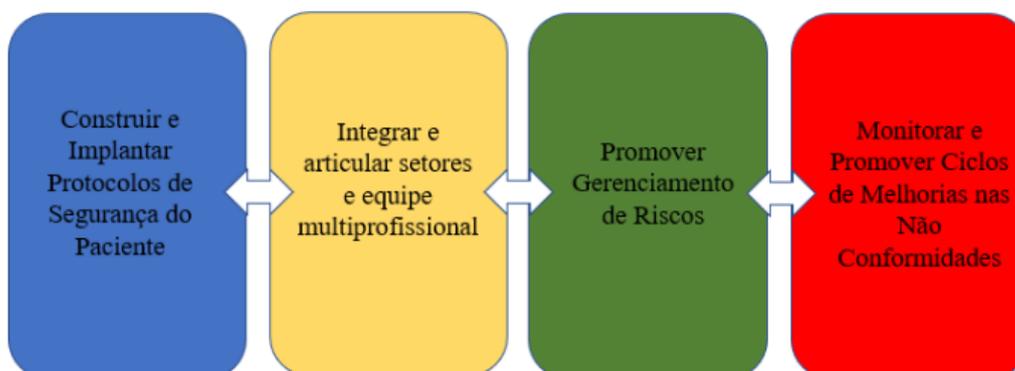
Fuente: Elaborado por los autores, 2023.

Frente a este escenario con tantos desafíos de lograr la integralidad en el cuidado y cuidado de la salud de los ancianos institucionalizados, es necesario ampliar el acceso, especialmente aquellos que no pueden pagarlo, a través de la inclusión de equipos tipo ILEA y centros de atención diurna en las redes de atención al anciano, ya que la demanda de atención relacionada con el envejecimiento, en los tiempos modernos, se ha convertido en una cuestión de orden público, y el Estado es responsable de implementar políticas públicas previamente implementadas en el país (BUCHERONI, 2015). En vista de este proceso,

todas las políticas públicas y servicios de salud deben encontrar formas de organización que satisfagan esta creciente demanda de la población anciana con calidad y resolución.

Sobre la base de las deficiencias señaladas en el gráfico 1, se abordarán las posibilidades de mejora en vista de la gestión de riesgos propuesta en la figura 1.

Figura 1. Gestión de riesgos en instituciones de atención a largo plazo para ancianos.



Fuente: Autoría propia, 2023

ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE ACUERDO CON LA LEGISLACIÓN

Considerando la vulnerabilidad de la población anciana, en vista de las condiciones psicosociales y fisiológicas, es esencial utilizar estrategias para monitorear y evaluar las condiciones de salud y los eventos adversos relacionados con la atención a la salud. Los riesgos inherentes a la atención tienen un impacto importante en el sistema de salud. En este contexto, es importante mapear los riesgos en las ILEA para identificar los factores causales, permitiendo así proponer acciones de mejora para reducir los riesgos y así garantizar una atención de calidad.

Trabajar con indicadores significa conocer la situación que se quiere modificar, establecer prioridades, elegir beneficiarios, identificar objetivos y traducirlos en metas, y, con ello, monitorear de manera más efectiva el progreso del trabajo, evaluar los procesos y llevar a cabo las direcciones necesarias, con el propósito de verificar los resultados y los impactos de los resultados (BAHÍA, 2021).

El diseño de indicadores y su seguimiento deben utilizarse como impulsores de atención para resultados específicos, generalmente predefinidos en la planificación previa. Se deben utilizar parámetros que permitan el análisis de tendencias y comparaciones con referencias internas y externas, fundamentales para consolidar y demostrar las acciones implementadas de acuerdo a los requerimientos en el área de operación (CFF, 2017).

En este sentido, la elaboración y seguimiento de indicadores permite evaluar la producción, la calidad del trabajo y la gestión de procesos, y brinda oportunidades para la planificación de estrategias de prevención de daños y gestión de riesgos. También favorece la participación y el empoderamiento de todos

los involucrados que, a partir de la información, pueden colaborar realmente con sus puntos de vista y prioridades, fomentando así la mejora de la capacidad organizativa y la capacidad de articular a las partes (BAHÍA, 2021).

La RDC n° 502/2021 prevé requisitos de infraestructura física, además de los establecidos en las normas pertinentes, ya sea a nivel federal, estatal o municipal y las normas específicas de la ABNT - Asociación Brasileña de Normas Técnicas - y otros documentos más complejos, como el Plan General de Residuos Sólidos en Salud (PGRSS) (destino dado a los residuos contaminados) e indicadores locales (tasa de mortalidad; ocurrencia de sarna/sarna, diarrea, deshidratación, lesiones de decúbito; prevalencia de malnutrición, diabetes y notificación obligatoria e inmediata de la ocurrencia de eventos centinela - caída con lesión o intento de suicidio). Sin embargo, hasta la fecha, ANVISA y el Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS) no cuentan con ningún mecanismo para publicitar o consolidar estos indicadores en ninguno de los niveles de gobierno (BRASIL, 2021).

POSIBILIDADES DE IMPLEMENTACIÓN DE COMITÉS/CENTROS DE ESTUDIOS INTERINSTITUCIONALES PARA LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

A partir de la estandarización de Protocolos para reducir los riesgos para la salud dirigidos a las especificidades de los ancianos institucionalizados, es posible adaptar los conocidos objetivos internacionales de seguridad del paciente al desarrollo de protocolos establecidos para ILEAs.

Según Da Silva *et al.* (2021), para prevenir eventos adversos, es esencial implementar protocolos de atención que guíen la atención, realizar acciones formativas sobre seguridad del paciente para la formación profesional y cambios estructurales en las instituciones de salud. Estas acciones tienen como objetivo la estandarización de la atención y la estandarización de la atención multiprofesional, la reducción de daños y la promoción de la salud de la población anciana.

En este sentido, y considerando la realidad de las ILEA nacionales, la constitución de comités/núcleos de seguridad del paciente que involucren a diferentes instituciones, cuyo objeto de trabajo es la promoción de la salud de los ancianos, es una herramienta importante para fomentar la cultura y la calificación de las prácticas de atención integrada.

Los comités y núcleos interinstitucionales están destinados a combinar esfuerzos para implementar proyectos y acciones para la implementación de protocolos nacionales de seguridad del paciente guiados por los objetivos internacionales propuestos por la Organización Mundial de la Salud. Su constitución y formalización deben tener en cuenta las necesidades de los usuarios de un determinado territorio cubierto por las ILEA, las peculiaridades de las instituciones, la organización del proceso de trabajo y los recursos

disponibles. El método de trabajo debe estar respaldado por prácticas seguras y sostenibles, basadas en evidencia científica, y la planificación se construye y desarrolla de manera sistemática y no prescriptiva.

A los comités/núcleos de seguridad se les asigna:

- la planificación y seguimiento de programas y acciones estratégicas en materia de salud y seguridad;
- la implementación de políticas permanentes en defensa de la salud;
- preparación, implementación y monitoreo de protocolos de seguridad del paciente;
- la investigación de los acontecimientos adversos;
- planificación de acciones de gestión y prevención de riesgos;
- análisis continuo y mejora del proceso de atención y uso de tecnologías;
- reforzar la cultura de seguridad de los pacientes en las instituciones implicadas;
- garantizar las buenas prácticas de trabajo de las ILEA;
- promover acciones educativas sobre prácticas y procesos seguros;
- promover actividades docentes y de investigación.

Finalmente, los comités/centros de seguridad del paciente son espacios fundamentales con los ILEAs, porque permiten la articulación de procesos de trabajo e información que impactan en los riesgos para el paciente, además de combinar diferentes áreas de trabajo, considerando al paciente como sujeto y objetivo final del cuidado de la salud. El paciente, distinto del lugar donde es asistido, necesita estar seguro, independientemente del proceso de atención al que sea sometido (BRASIL, 2016).

CONSIDERACIONES FINALES

De acuerdo con cómo se conciben las acciones relacionadas con los temas de seguridad de la persona sana que reside en ILEAs no se implementan y requieren su inserción en estos espacios, considerando que una vez que se brinda atención de salud en ellos, la atención debe ofrecerse de manera segura a largo plazo. Considerando la presencia frecuente de comorbilidades, fragilidad y uso de polifarmacia, la participación de caídas y presencia de lesiones por presión demuestra la complejidad presentada por la atención a ancianos institucionalizados y refuerza la necesidad de utilizar actividades relevantes para la atención híbrida no solo en el contexto social, sino en acciones para proteger y recuperar la salud en ILEA. Con el fin de proporcionar un mayor control de los medicamentos en nosotros en la institución, la relación con el equipo multidisciplinario y el logro de los resultados esperados en la prevención de riesgos, con mantenimiento del estado de salud, reducción de costos y atención segura.

REFERENCIAS

BAHIA, Leandro Oliveira. **Guia referencial para construção e análise de indicadores**. Brasília: Enap, 2021. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6154/1/GR%20Construindo%20e%20Analisando%20Indicadores%20-%20Final.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2016. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2016-anvisa---caderno-6---implantacao-nucleo-de-seguranca.pdf. Acesso em: 23 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 29: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2014 a 2022**. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletins-e-relatorios-das-notificacoes-de-iras-e-outros-eventos-adversos-1/BR_2014__2022.pdf. Acesso em: 13 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. **Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021**. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Diário Oficial da União: seção 1, p. 110, Brasília, DF, 31 maio de 2021.

BUCHERONI, PM. **Instituições de longa permanência para idosos: avaliação da assistência à saúde do idoso**, SP [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2015.

CAVALCANTE, M. L. S. N. *et al.* Indicators of health and safety among institutionalized older adults. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 50, n. 4, p.600-6, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500009>. Acesso em: 23 fev. 2023.

DA SILVA, L. A. A. *et al.* Gestão da segurança de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 22031-47, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/37351>. Acesso em: 23 fev. 2023.

GUIMARÃES, M. R. C. *et al.* Indicadores para avaliação das instituições de longa permanência para pessoas idosas: desenvolvimento e validação. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 23, n. 5, e200265, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200265>. Acesso em: 23 fev. 2023.

GUIMARÃES, L. D. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciênc Saúde Colet.** v. 24, n. 9, p. 3275-82, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/141381232018249.30942017>. Acesso em: 23 fev. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua** – Características dos Moradores e Domicílios (PNAD). 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?=&t=destaques>. Acesso em: 23 fev. 2023.

MEDEIROS, P. A. *et al.* Instruments developed for the management and care of the Older Adults in longstay care institutions: a systematic review. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 21, n. 11, p. 3597-610, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.09912015>. Acesso em: 23 fev. 2023.

CONSIDERACIONES FINALES

Gilson de Vasconcelos Torres, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Ana Elza O. Mendonça e Vilani Medeiros de Araújo Nunes.

El envejecimiento humano es una evolución dinámica, natural e individual que provoca cambios anatómicos, fisiológicos y funcionales en el organismo, contribuyendo al desarrollo de fragilidad en los ancianos, dejándolos susceptibles a la reducción o pérdida de su capacidad funcional. Es necesario comprender este proceso y alentar a los ancianos a practicar su independencia y autocuidado. Sin embargo, si esto no es posible, es importante asegurar que las necesidades del individuo sean satisfechas, ya que el envejecimiento motor modifica su interacción consigo mismo, con otras personas y con el mundo y, cuando se asocia a otras dimensiones como la emocional, cambios de roles y cambios en los ingresos debido a la jubilación, el envejecimiento proporciona una mayor vulnerabilidad a esta población, lo que implica una mayor demanda de acceso a los servicios de salud y asistencia social.

La familia tiene una importancia central en la vida y manutención del bienestar del anciano, ya que puede ser considerada como fuente de apoyo para quien necesita cuidados. Sin embargo, la interacción entre generaciones puede generar conflictos y problemas de relación, que pueden agravarse cuando los familiares no logran comprender el comportamiento del anciano o cuando no pueden desempeñar adecuadamente el rol de cuidador. Para quienes no cuentan con apoyo familiar, queda la posibilidad de inserción en una Institución de Larga Estancia para Personas Ancianas (ILEA).

Los ILEA tienen como objetivo garantizar la atención integral a las personas mayores de 60 años, defendiendo su dignidad y derechos. Son instituciones que buscan prevenir y reducir los riesgos a los que están expuestos los adultos mayores que se encuentran en situación de calle. También tienen por objeto acoger y garantizar la plena protección de las personas mayores, promoviendo, protegiendo, asegurando el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de estas personas.

Este libro abordó las premisas para la seguridad en el cuidado del anciano en las ILEA, enfatizando las metas internacionales de seguridad del paciente que incluyen la correcta identificación, comunicación efectiva entre el equipo de atención y el anciano, prescripción y administración de medicamentos, capacitación y educación permanente, seguridad cultura, prevención de caídas, prevención de lesiones cutáneas, higiene de manos en la prevención y control de infecciones, salud bucal, criterios de seguridad para implementar un núcleo de prácticas integradoras, ambiente seguro y accesibilidad, riesgos para la salud y un núcleo de seguridad en las ILEA.

La seguridad y el bienestar de los adultos mayores resultan de la prevención de daños y eventos adversos para la salud, que se consideran errores evitables, como se puede ver en este libro. En los

capítulos se discutieron algunos puntos esenciales, desde las acciones de los cuidadores de ancianos hasta la correcta adaptación de los ambientes.

Para que una ILEA se mantenga en operación adecuada y segura, debe cumplir con los estándares mínimos exigidos por las normas regulatorias, tales como horas semanales de asistencia médica, de enfermería, psicosocial, nutricional y de rehabilitación, entre otras. Si bien estas condiciones están claramente definidas en términos legales, existe una falta de equipos multidisciplinarios completos dentro de las instituciones y una falta de programas de educación permanente para los profesionales que refuercen la implementación y el cumplimiento de los protocolos de atención segura para los residentes de estas instituciones.

En este sentido, se destaca que la formación y el desarrollo de la educación permanente de los profesionales de la salud, cuidadores y familiares del anciano sobre aspectos de salud y seguridad general en las ILEA son aportes relevantes discutidos en este libro al campo de la atención a la salud del anciano. Por lo que se invita al lector a reflexionar críticamente sobre los cuidados y medidas necesarias para la prevención de lesiones cutáneas, caídas, higiene y prevención de infecciones en el contexto de las ILEA, lo que contribuirá a mejorar la calificación de los profesionales de la salud y cuidadores que actúan en estas instituciones para desarrollar sus habilidades adecuadamente.

La seguridad de las personas mayores es parte inseparable de la elaboración de cuidados específicos en esta área, en particular la implementación de normas, rutinas, adaptaciones físicas y funcionales en las ILEA, la definición e implementación de Centros de Seguridad y el desarrollo de acciones educativas con trabajadores, con el objetivo de reducir el riesgo de eventos adversos y generar una cultura de seguridad y calidad del servicio prestado. Por lo tanto, es responsabilidad del equipo de salud y de los cuidadores proteger a los ancianos institucionalizados, en espacios de intervención profesional, y les corresponde adoptar estrategias para prevenir daños y minimizar riesgos.

Frente a lo anterior, consideramos que las premisas para la seguridad en el cuidado del anciano en instituciones de larga estancia abordadas en este trabajo despertarán en los gestores del área, profesionales de la salud, comunidad científica, cuidadores y familiares la necesidad de fortalecer la cultura de seguridad, y que puedan comprender que la implementación de estrategias de seguridad para las personas mayores que residen en ILEA son fundamentales para minimizar riesgos, daños y eventos adversos, y así garantizar la calidad de la atención ofrecida, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida. calidad de vida de ancianos institucionalizados.