

Calidad asistencial en la atención prestada a los ancianos en los centros residenciales

Quality of Health Care in Homes for the Aged

María Dolores Guerra-Martín¹
María Isabel Ramírez Fernández-Pro^{2,*}

1. Doctora en Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla. Sevilla. España.
2. Graduada en Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla. Sevilla. España.

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: isabelrpf12@gmail.com

Recibido el 30 de abril de 2019; aceptado el 23 de julio de 2019.

RESUMEN

ABSTRACT

Objetivo: El aumento de ancianos, el envejecimiento de los mayores y la crisis del apoyo informal prestado por las familias producen un incremento en la demanda de servicios residenciales para mayores, los cuales deben proporcionar una atención de calidad que les garantice una vida digna. El objetivo es analizar la calidad asistencial en la atención prestada a los ancianos en los centros residenciales. **Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica sistematizada en las bases de datos PubMed, Scopus, WoS, CINAHL y Dialnet, de los estudios publicados entre 2013 y 2018, relacionados con el tema, en español o inglés, con acceso a texto completo y población mayor de 65 años. **Resultados:** Se seleccionaron 21 estudios. De los indicadores sobre la calidad asistencial: siete sobre la calidad de vida, cinco sobre atención al residente, tres sobre atención al residente junto con organización, y dos sobre relaciones y derechos de los residentes. De las estrategias de mejora de la calidad asistencial: cuatro sobre cuidados centrados en la persona, guías para el control de infecciones y prescripción de antibióticos; cuatro sobre intervenciones con profesional de salud mental, risoterapia, juegos intergeneracionales, y una herramienta de evaluación del dolor para personas que no se pueden comunicar. Tres plantean más enfermeras y mayor preparación. Uno refiere la adecuación de las habitaciones y buen trato profesional. **Conclusiones:** En la evaluación de la mayoría de los indicadores de las residencias se hallaron valores por debajo de niveles adecuados. Principalmente se describen estrategias de mejora relacionadas con los profesionales sanitarios.

Aim: The rise of elderly, the aging of the aged and the crisis of the informal support provided by families, produce an increase in demand of residential services for the aged, which must provide quality of health care enough to ensure that elderly could lead dignified lives. The aim is to analyze the quality of health care in homes for the aged. **Methods:** A systematized bibliographic review was made in PubMed, Scopus, WoS, CINAHL and Dialnet databases for studies published between 2013-2018, related to the review topic, in spanish or english, with access to the full text and population over 65 years old. **Results:** 21 studies were selected. About quality indicators, seven studies are connected to quality of life, five studies talk about resident care, three studies report resident care attached to the organization, and two studies are related to resident' relations and rights. About improvement strategies, four studies defend person-centered care, guidelines for infections control and appropriate medication prescriptions; four studies suggest interventions with a mental health therapist, laughter therapy, intergenerational playgroups, and a tool to evaluate pain for aged with limited ability to communicate. Three studies propose to increase the number of nurses and their geriatric formation. A study refer room confort and good treatment. **Conclusions:** In the evaluation of quality indicators, most values were under appropriate standards. Improvement strategies related to health professionals are mostly described.

PALABRAS CLAVE: Calidad de la atención de salud, hogares para ancianos, ancianos.

KEYWORDS: Aged; Homes for the Aged; Nursing Homes; Quality of Health Care.

■ INTRODUCCIÓN

La demografía global está sufriendo un proceso de envejecimiento¹⁻³. En 2017 se estimó que un 13% de la población mundial era mayor de 60 años, y se prevé que vaya en ascenso^{2,4}. También se prevé un envejecimiento de la población mayor, con aumento de los mayores de 80 años. La vejez conlleva una serie de procesos fisiológicos que dirigen hacia un deterioro progresivo, produciendo mayor vulnerabilidad y riesgo de enfermedad, que con frecuencia tiende hacia situaciones de discapacidad³. Hay estimaciones que indican que en torno al 17% de los mayores de 65 años presenta algún grado de dependencia, cifra que aumenta al analizar la población mayor de 80 años⁵.

Los cuidados que necesitan los mayores son complejos; tradicionalmente la familia del anciano se hacía cargo de ellos. Pero actualmente existe una crisis del apoyo informal prestado por las familias debido al crecimiento de la demanda de los cuidados por el incremento de las personas mayores de 80 años, a la disminución de atender dentro de la familia por la caída de la fecundidad que hace que haya menos hijos por anciano, y por la incorporación de la mujer al trabajo⁶. Así, en la organización familiar actual difícilmente cabe el cuidado de los mayores, y es cada vez más frecuente la necesidad de que instituciones exteriores o el estado respondan a esta demanda. La dedicación a los ancianos ha ido pasando de ser un asunto familiar a ser un deber social; estos tienen derecho a ser asistidos para que puedan llevar una vida digna. Para ello, estas instituciones deben cumplir unos mínimos requisitos que garanticen una asistencia adecuada a estas personas⁷.

En los descriptores en Ciencias de la Salud encontramos dos descriptores bien diferenciados, el de anciano como una persona mayor, con una edad comprendida entre 65 y 79 años; y el de *anciano de 80 años o más*⁸. El paciente geriátrico se caracteriza por tener una edad avanzada; presentar una o varias enfermedades crónicas y evolucionadas, en el que existe una discapacidad; suelen ser dependientes para una o más actividades básicas de la vida diaria y una o más actividades instrumentales, y que, frecuentemente, presentan alguna alteración mental y/o social. En definitiva, son personas ancianas en las que no existe un equilibrio entre sus necesidades y la capacidad del entorno para cubrir las⁵.

Los centros residenciales son establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente de personas ancianas. Dichos centros cuentan con servicios y programas adecuados a las necesidades de los ancianos y están dirigidos hacia la promoción de la autonomía personal y hacia la mejora de la calidad de vida⁹. Las residencias son actualmente las principales proveedoras de asistencia institucional de larga duración

para los ancianos, donde se les brindan cuidados continuados¹⁰. El número de residencias y plazas, así como su ocupación, ha ido aumentando en los últimos años por el incremento de la demanda. En España, un 77% de los usuarios de estos servicios son personas con más de 80 años. Por otro lado, un 69% son mujeres y un 31% hombres³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹¹ define la atención sanitaria de calidad como la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, dirigiendo los recursos necesarios a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite.

El Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales¹² y la Consejería de Bienestar Social¹³ exponen una serie de indicadores para evaluar la calidad asistencial recogidos en cuatro dimensiones: atención al residente, relaciones y derechos de los residentes, entorno y confort, y organización (tabla 1). Por otro lado, Álvarez¹⁴ añade una nueva dimensión que denomina calidad de vida.

Tabla 1. Indicadores de calidad asistencial

Dimensión	Área relevante	Criterio
1. Atención al residente	Valoración inicial	Valoración integral al ingreso
	Plan de atención personalizado	Plan de atención personalizado Seguimiento
	Promoción de la autonomía	Evaluación de la capacidad de los residentes para realizar las actividades básicas de la vida diaria Evaluación de la capacidad cognitiva
	Tratamiento farmacológico	Prescripción y administración de fármacos por escrito
	Prevención de riesgos	Prevención y mejora de incontinencias Registro de caídas Prevención de caídas Prevención y control de úlceras por presión Movilización de residentes no autónomos
	Nutrición	Dieta adecuada a las necesidades y valoración periódica de riesgo nutricional
	Mantenimiento de funciones	Actividades individuales de promoción de las capacidades funcionales
	Higiene del residente	Adecuado nivel de higiene personal
	Protocolos de atención	Protocolos de atención a los residentes
2. Relaciones y derechos de los residentes	Acogida al ingreso	Persona de referencia para el residente desde el ingreso
	Actividades de ocio	Actividades de ocio planificadas
	Relaciones con la familia y con la comunidad	Tiempo de visitas suficiente (igual o superior a 10 horas) y flexible Actividades conjuntas de los residentes con las familias Programa de voluntariado
	Satisfacción de los residentes y las familias	Satisfacción de los residentes y de las familias Sistema de gestión de sugerencias y reclamaciones
3. Confort, entorno y servicios hosteleros	Calidad de la comida	Temperatura adecuada
	Personalización e intimidad del entorno	Objetos personales en las habitaciones Garantizar la intimidad entre los pacientes
	Accesibilidad y seguridad	Entorno adecuado señalizado Equipamiento para prevención de riesgos
	Higiene del entorno	Nivel de limpieza general correcto
	Imagen	Los residentes deben llevar ropa y calzado adecuado
4. Organización	Funcionamiento del equipo	Funcionamiento del equipo de atención
	Formación continuada	Formación continuada del profesional
	Documentación de atención al residente	Dosier documental actualizado para los residentes

Fuente: Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales¹².

La OMS¹⁵ define la calidad de vida como la percepción que tiene un individuo de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Es un concepto muy amplio, influido por la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, y su relación con los elementos de su entorno. Para medirla hay que considerar que es una dimensión subjetiva en la que también intervienen la educación, la experiencia, los valores, las expectativas y la satisfacción del individuo¹⁴.

Actualmente, la Unión Europea se preocupa por que la atención a los ancianos en las residencias sea adecuada, por lo que ha centrado cada vez más su atención en los controles de calidad y el desarrollo de estándares en los cuidados de larga duración, de forma que en los últimos años se han tomado una serie de medidas para mejorar la calidad. Sin embargo, por la diversidad de ideas y planteamientos de las organizaciones no hay una definición uniforme de calidad, ni criterios consensuados, lo cual continúa siendo un área desafiante¹⁶. En este sentido, Pileggi et al.¹⁷ mencionan que las personas mayores aún no reciben una atención adecuada en las residencias, por lo que se necesita innovar en las estrategias de mejora de calidad en aquellos centros residenciales donde el cuidado no es óptimo, de manera que es necesario evaluar las deficiencias de calidad.

■ OBJETIVOS

Con base en lo anteriormente referido, es por lo que se observa la pertinencia de analizar la calidad asistencial en la atención prestada a los ancianos en los centros residenciales. Los objetivos específicos que ayudan a dar respuesta son:

- Caracterizar los estudios sobre la calidad asistencial en la atención prestada a los ancianos en los centros residenciales.
- Identificar los indicadores de calidad asistencial en la atención prestada a los ancianos en los centros residenciales.
- Analizar las estrategias para mejorar la calidad asistencial de los ancianos en los centros residenciales.

■ METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica sistematizada durante marzo y abril de 2018 con el fin de responder a los objetivos planteados. Para ello se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en distintas bases de datos: PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus, Web Of Science (WOS) y Dialnet.

Para elaborar las estrategias de búsqueda, se utilizaron los descriptores en español de ciencias de la salud (DeCS) y los respectivos descriptores en inglés incluidos en el Medical Subject Headings (MeSH). Además, se estableció una relación entre los términos seleccionados utilizando operadores booleanos "AND" y "OR". Para localizar términos derivados a partir de la raíz de la palabra, se utilizó el truncamiento (*)¹⁸ (tabla 2).

Los criterios de inclusión de los estudios fueron: artículos científicos relacionados con el tema de estudio, idioma en inglés y español, publicados en los últimos 5 años, población mayor de 65 años y acceso a texto completo.

Una vez finalizada la selección de los estudios, se extrajeron los datos y se analizaron los factores de impacto Journal Citation Reports (JCR) y Scimago Journal Rank (SJR), para determinar la calidad de las revistas donde se habían publicado los diferentes estudios seleccionados para la revisión.

Tabla 2. Estrategias de búsqueda en inglés y español

Bases de datos	Estrategias de búsqueda
PubMed	("Quality of Health Care" [Mesh]) AND "Homes for the Aged" [Mesh]
Scopus	"Quality of health care" AND ("homes for the aged" OR "nursing homes") AND aged
WoS	"Quality of health care" AND ("homes for the aged" OR "nursing homes") AND aged
CINAHL	"Quality of health care" AND ("homes for the aged" OR "nursing homes") AND aged: 65+ years
Dialnet	Calidad AND (asist* OR cuida* OR aten*) AND (residen* OR hogar* OR asilo* OR casa*) AND (ancian* OR geriatr*)

Fuente: Elaboración propia.

■ RESULTADOS

Las estrategias iniciales de búsquedas identificaron un total de 354 estudios que, tras los sucesivos pasos, conforme a los objetivos de la revisión, finalmente fueron seleccionados 21 estudios (fig. 1).

Caracterización de los estudios

De los 21 estudios seleccionados, uno de ellos fue publicado en 2017¹⁹, seis en 2016²⁰⁻²⁵, cinco en 2015²⁶⁻³⁰, seis en 2014^{17,31-35} y tres en 2013³⁶⁻³⁸.

De estos estudios, uno se realizó comparando poblaciones de Italia y Canadá¹⁹, uno se realizó en Italia¹⁷, uno en Hong Kong²⁰, dos en Brasil^{21,25}, tres en Estados Unidos^{26,33}, uno en Malasia²³, tres en España^{24,28,38}, uno en Colombia²⁷, uno en Austria²⁹, uno en Nueva Zelanda³⁰, uno en Líbano³¹, uno en Japón³², uno en Australia³⁴, uno en Taiwán³⁵, y dos no especifican el lugar^{36,37}. De los 21 estudios, solo tres fueron en español^{24,27,28}, los 18 restantes fueron en inglés.

En cuanto a la tipología del estudio, encontramos que 11 de los artículos seleccionados son estudios analíticos^{17,20,22,24-27,29,32,34,38}, siete son estudios descriptivos^{21,23,28,30,31,33,35}, uno es una revisión bibliográfica³⁶, uno es una revisión sistemática³⁷, y en uno no se especifica el tipo de estudio¹⁹.

En 11 estudios se refleja un mayor número de mujeres respecto a los hombres^{17,19-21,24,26-29,31,34}. En dos estudios referencian mayor proporción de hombres respecto a las mujeres^{23,35}.

En referencia a otras características de la población encontramos que seis de los estudios cuentan con una mayoría de ancianos de más de 85 años en sus muestras^{17,20,21,25,28,38}, en siete estudios muestran que todos o la gran mayoría de los residentes llevaban viviendo en el centro residencial durante más de un año^{17,19,20,26,29,31,38}, en cinco estudios mencionan que el nivel educativo de la población era bajo o nulo^{17,21,27,31,38}, en cinco estudios la mayor parte de la población era soltera^{17,21,27,31,38} y en un estudio la mayoría de los ancianos eran viudos²⁸.

Siguiendo con las características, en cuatro estudios excluyeron para la elección de la muestra aquellas personas con deterioro cognitivo^{19,21,23,31}. En tres estudios especifican que la mayoría de la población presentaba dependencia severa o moderada^{17,20,31} y en un estudio que la mayor parte era independiente²¹. Un estudio puntualiza que la causa más frecuente de institucionalización es la carencia de cuidador²¹.

En referencia al factor de impacto de las revistas en las que se publicaron los estudios seleccionados, encontramos que 19 artículos tienen fac-

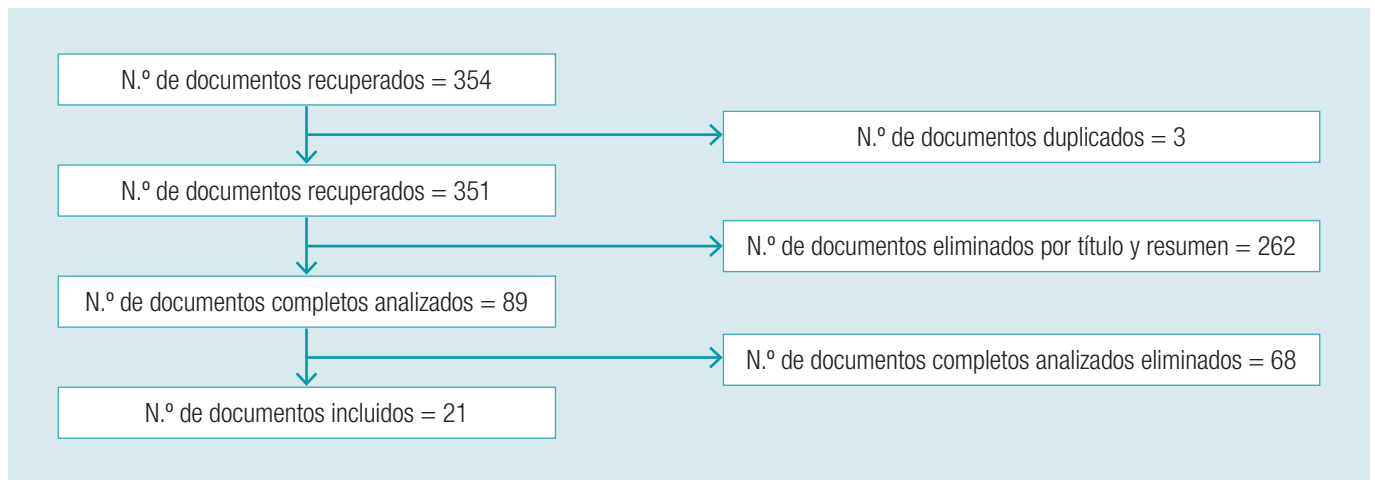


Figura 1. Flujograma de la selección de los estudios.

Fuente: elaboración propia.

tor de impacto SJR, solo dos no lo tienen^{24,30}. De estos 19, para SJR, 11 tienen cuartil 1 (Q1)^{17,19,22,23,26,29,31,33,35,37,38}, siete tienen Q2^{20,21,25,27,32,34,36} y uno tiene Q3²⁸. En cuanto al factor de impacto JCR, encontramos que cuatro de los artículos no tienen factor de impacto JCR^{21,24,25,30} y 17 sí lo tienen, de los cuales: cuatro tienen Q1^{17,29,35,37}, cinco tienen Q2^{19,22,23,26,31}, cinco tienen Q3^{20,32,34,36,38} y tres tienen Q4^{27,28,33}.

Indicadores de la calidad asistencial

De los estudios seleccionados, encontramos que cinco de ellos versan sobre los indicadores de calidad relacionados con la dimensión atención al residente. De estos, dos hablan de la prescripción inapropiada de medicamentos^{22,33}. Uno divide los indicadores de calidad en condiciones médicas (hipertensión, diabetes, fallo cardíaco y neumonía) y síndromes geriátricos (demencia, incontinencia urinaria, caídas y problemas de movilidad, y úlceras por presión [UPP])¹⁷. Otro menciona prevalencia de UPP, incontinencia, caídas y uso de sujeciones²⁹; y uno habla de la prevalencia de infecciones²⁰.

Por otro lado, otros tres estudios describen indicadores de la dimensión atención al residente y de la dimensión organización, explicando cómo se influyen y estableciendo relaciones entre sí. De estos, uno de ellos utiliza los indicadores de calidad de atención al residente: caídas, nuevas fracturas, UPP, uso de sujeciones, incontinencia, sondaje vesical permanente, pérdida de peso, movilidad y equilibrio, riesgo de caídas y UPP, manejo de la depresión y del dolor, uso de más de nueve medicamentos; y los relaciona con el indicador de organización horas de cuidado directo de la enfermera³⁰. Otro compara la prevalencia de UPP y de caídas y el uso de sujeciones con el número de enfermeras por cada 100 usuarios³². Y otro establece relaciones entre tasas de depresión, incontinencia urinaria, UPP, uso de sujeciones y comportamientos agresivos, y la enfermera de práctica avanzada³⁷.

En dos de los estudios, los autores tratan aquellos indicadores incluidos en la dimensión relaciones y derechos de los residentes, en ambos evaluando la satisfacción: uno de ellos de los residentes y las familias³⁸, y el otro, de los residentes, mencionando además aspectos relacionados con la dimensión confort, entorno y servicios hosteleros, como comodidad de las habitaciones, limpieza o poder dejar sus pertenencias¹⁹.

Siete de los estudios elegidos hacen referencia a indicadores vinculados a la calidad de vida. De estos, uno de ellos divide la calidad de vida en cuatro dominios: físico, psicológico, social y entorno²³; uno mide el

grado de nutrición, estado de salud percibido, consumo de más de tres medicamentos al día, insomnio, actividad física, dolor crónico, incontinencia y depresión³¹; uno estudia la salud autopercibida²¹; dos versan sobre la depresión^{27,28}; uno sobre el dolor²⁵; y otro sobre las características de los usuarios residentes³⁵.

Estrategias para mejorar la calidad asistencial

De los 21 artículos que seleccionamos, cuatro defienden la mejora de calidad de la atención al residente. De estos, dos de ellos hablan de la aplicación del cuidado centrado en la persona^{24,36} y otros dos de la aplicación de sistemas de medida para detectar prescripciones de medicamentos inadecuadas^{22,33}.

Del total de estudios seleccionados, uno menciona aspectos de mejora en cuanto a la calidad del entorno y el confort de los residentes, que también mejoraría la dimensión relaciones y derechos de los residentes por el aumento de la satisfacción¹⁹.

Por otro lado, cuatro artículos exponen estrategias de mejora de la calidad de vida de los residentes. De estos, tres versan sobre la mejora de la depresión^{26,27,34} y uno sobre el manejo adecuado del dolor en ancianos con demencia²⁵.

DISCUSIÓN

Caracterización de los estudios

De los 21 estudios utilizados para la revisión, encontramos que hay muy poca coincidencia en cuanto al lugar donde se realizó el estudio. Solo dos de ellos coinciden que se realizaron en Italia^{17,19}, dos en Brasil^{21,25}, dos en Estados Unidos^{26,33} y tres en España^{24,28,38}. Respecto a ello, ciertos autores señalan que algunas características estructurales y socioculturales pueden variar entre las residencias¹⁹, así como la propia cultura de las instituciones entre distintas regiones²⁶.

Por otro lado, cabe resaltar que en más de la mitad de los estudios mencionan una mayoría de mujeres en las poblaciones de residentes^{17,19-21,24,26-29,31,34}. En este sentido, otros autores ajenos a esta revisión plantean, en el caso de España, que un 69% de los usuarios de los servicios residenciales para mayores son mujeres, estando en concordancia con la mayoría de los estudios de esta revisión³.

Asimismo, resulta llamativo que las muestras de varios estudios estén compuestas por una mayoría de ancianos mayores de 85 años^{17,20,21,25,28,38}, lo cual concuerda con lo mencionado por Vidal et al.³ sobre la tendencia de la demografía global a un envejecimiento de la población mayor, es decir, a un aumento de las personas mayores de 80 años. También se puede destacar el hecho de que la mayoría de las personas en algunos estudios tienen un nivel educativo bajo o no tienen estudios, y además la mayor parte eran solteros^{17,21,27,31,38}. En discrepancia, encontramos un estudio que señala que la mayoría de la población era viuda²⁸.

En cuanto al nivel de dependencia de los ancianos de las muestras de los estudios, encontramos que en algunos de ellos concretan que la mayoría de las personas presentan dependencia moderada o severa^{17,20,31}. De acuerdo con ello, Vidal et al.³ refieren que edad y dependencia están estrechamente relacionadas, ya que los procesos fisiológicos propios de la vejez conducen a un deterioro progresivo de la funcionalidad, que los hace más susceptibles de enfermedad y situaciones de dependencia. Sin embargo, en el estudio realizado por Jerez-Roig et al.²¹ describen una población mayormente independiente.

Jerez-Roig et al.²¹ señalan que la causa más frecuente de institucionalización de los ancianos es la carencia de cuidador. En concordancia, encontramos el planteamiento de Rodríguez y Cobo⁶, que explica este hecho, mencionando una crisis del apoyo informal prestado por las familias, debido a un aumento de la demanda del cuidado, una disminución del número de hijos por cada anciano y la incorporación de la mujer al mundo laboral, quien era la base del apoyo.

En cuanto al rigor científico de los estudios, a excepción de dos estudios publicados en dos revistas^{24,30}, el resto tiene factor de impacto, lo cual es un indicio de calidad.

Indicadores de la calidad asistencial

En cuanto a los indicadores de la dimensión atención al residente, Pileggi et al.¹⁷ señalaron, tras el análisis de los indicadores prevalencia de UPP, demencia, incontinencia, caídas y problemas movilidad, que la calidad de la atención para estos estaba sustancialmente por debajo de los niveles adecuados; la incontinencia era la excepción. También carecía de calidad el manejo de la diabetes, sobre todo en intervenciones de carácter preventivo. Asimismo, Schüssler y Lohrmann²⁹ mencionan un aumento significativo de la dependencia del cuidado tras 2 años viviendo en una residencia especialmente en personas con demencia, pero, a diferencia de Pileggi et al.¹⁷, sí encuentra hallazgos negativos en cuanto a la incontinencia. Además, Schüssler y Lohrmann²⁹ defendían la necesidad de mejorar la calidad de la atención para disminuir los problemas relacionados con la institucionalización y para disminuir la dependencia del cuidado.

En contraposición, encontramos valores dentro del rango normal para los indicadores prevalencia de UPP, caídas, infección del tracto urinario (ITU), uso de sujeciones, pérdida de peso y nuevas fracturas, en el estudio realizado por Whitehead et al.³⁰. Igualmente, Garrido et al.³² hallaron buenas cifras de prevalencia de UPP y deshidratación, aunque no lo fueron para el indicador prevalencia de caídas.

En consideración a la calidad de la prescripción de medicamentos podemos decir que, para los estudios analizados, está muy lejos de ser óptima. En la valoración de las prescripciones de antipsicóticos³³ y antibióticos²² encontramos que resultan ser en su gran mayoría muy inadecuadas. Del mismo modo, para el análisis del indicador de calidad de la atención uso de más de nueve medicamentos al día encontramos cifras elevadas³⁰, de igual forma para el indicador más de tres medicamentos al día³¹.

Así, vemos cómo casi todos los estudios que miden indicadores de calidad de atención al residente han hallado valores para estos indicadores

por debajo de los niveles adecuados^{17,22,29,30,31,33}, a excepción de dos estudios^{30,32}. Además, en comparación con la descripción de los indicadores relacionados con esta dimensión realizada por el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales¹², no hay estudios que valoren como indicio de calidad la existencia de protocolos de atención a los residentes.

Con respecto a los indicadores de la dimensión atención al residente y de la dimensión organización de la residencia, encontramos que no hay relaciones significativas entre las horas de cuidado directo de la enfermera y los indicadores de calidad de atención al residente³⁰. Sin embargo, sí existe asociación entre menor número de enfermeras por cada 100 usuarios y un aumento de la prevalencia de caídas y UPP³². Donald et al.³⁷ vieron que la calidad de la atención mejoraba con las enfermeras de práctica avanzada. Por tanto, un número adecuado de enfermeras y la formación especializada serían indicadores de buena calidad.

En referencia a los indicadores de la dimensión relaciones y derechos de los residentes, los estudios miden la satisfacción de los usuarios y las familias, tal y como refiere el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales¹². En virtud de ello, el estudio realizado por Rodríguez-Martín et al.³⁸ evaluó los aspectos más importantes que condicionaban la satisfacción de los usuarios; vemos que estos percibían a la persona proveedora de cuidados como pilar de calidad, tanto en lo que se refiere a las competencias emocionales (como llamar a los residentes por su nombre, ser cálidos, no adoptar actitudes paternalistas, trato empático), como técnicas, posicionando el cuidado individualizado en el centro. Los aspectos institucionales del centro adquirían mayor importancia para los familiares, como la seguridad, las actividades recreativas, la continuidad del profesional, entre otras. En la misma línea, en el estudio llevado a cabo por Barsanti et al.¹⁹ vemos que la percepción de los residentes era muy mala en cuanto a no tener libertad para hacer lo que quisieran, como poder elegir si se duchaban o se bañaban, salir o comer, y también en cuanto a la continuidad con el profesional.

En relación con los indicadores vinculados a la calidad de vida, resaltamos la necesidad de realizar estudios sobre la misma para evaluar la eficacia de los cuidados, entre otras cosas²³. El aspecto peor valorado de la calidad de vida en el estudio realizado por Onunkwor et al.²³ fue, con diferencia, las relaciones sociales, haciendo destacar con esto la necesidad de una mejora en intervenciones sociales en las residencias. De igual forma, Wu et al.³⁵ demostraron en su estudio que las personas institucionalizadas se encontraban más solas y tenían menos familiares. Onunkwor et al.²³ también señalaron que el aspecto mejor valorado fue el estado físico. En discrepancia con esto último, Doumit et al.³¹ encontraron que la mayoría de los usuarios tenían un estado de salud deficiente, y Wu et al.³⁵ señalaron que los ancianos que vivían en residencias presentaban más problemas de incontinencia fecal, demencia y discapacidad. Asimismo, Rodríguez-Blázquez et al.²⁸ vieron que lo que más condicionaba la calidad de vida de los mayores de las residencias con demencia eran la funcionalidad y la depresión. La depresión es un problema prevalente entre las personas mayores institucionalizadas que condiciona su calidad de vida^{27,28}.

Por otro lado, Thé et al.²⁵ hablaron del empeoramiento de la calidad de vida por la presencia de dolor, ya que provoca disminución de la movilidad, problemas para dormir, depresión y deterioro cognitivo, por lo que habla de un manejo adecuado del dolor para mejorar la calidad de atención a personas mayores con demencia. La salud percibida también es un área muy relacionada con la calidad de vida en las residencias para Jerez-Roig et al.²¹, estudiando en Brasil que más de la mitad de las personas institucionalizadas consideraban tener mala salud. En conjunto, estos estudios^{21,23,25,27,28,31,35} valoran los distintos aspectos de la calidad de vida, que según Álvarez¹⁴ son la función física, el bienestar psicológico, las relaciones sociales y la satisfacción.

Por otro lado, tras la revisión de estos estudios, aunque se establecen una serie de indicadores para evaluar la calidad asistencial, no se observa un consenso en cuanto a los mismos, lo que concuerda con lo que se plantea desde el IMSERSO¹⁶ en cuanto a que no hay una definición uniforme de calidad, ni de criterios consensuados.

Estrategias para mejorar la calidad

El modelo de cuidado centrado en la persona es una intervención que desarrolla la calidad de la atención prestada a los ancianos de las residencias. La puesta en marcha de este tipo de cuidado demuestra cambios significativos en el nivel de agitación ($p=0,05$) y en la calidad de vida ($p=0,02$) en usuarios con demencia, también reducción en el inventario neuropsiquiátrico y Escala de depresión de Cornell. Además, mejora la satisfacción de los profesionales y su capacidad para detectar las necesidades individuales de los residentes y la continuidad del cuidado^{24,36}.

Para mejorar la calidad de la atención al residente en cuanto a uso adecuado de medicamentos, Choy et al.²⁰ resaltan la importancia de entrenar a los profesionales y de ejecutar guías de control de infecciones. De igual forma, McMaughan et al.²² propone una ayuda para la toma de decisiones en el tratamiento de infecciones del tracto urinario que demostró reducir la prescripción de antibióticos, reduciendo los costes del cuidado y aumentando su calidad.

Barsanti et al.¹⁹ exponen que para realizar mejoras de calidad en las residencias no solo hay que atender a los indicadores objetivos de calidad, sino que hay que tener en cuenta las percepciones subjetivas del residente sobre la calidad y hacerlas prioritarias en los planes de mejora de calidad. En cuanto a los aspectos relacionados con el profesional que brinda la atención, es importante para los residentes la relación que tiene con el profesional y el buen trato, así como el conocimiento y las habilidades técnicas. También es un factor prioritario para ellos la comodidad de la habitación, poder dejar sus pertenencias en las habitaciones, y poder decidir qué hacer en cada momento. Las mejoras realizadas en estos aspectos aumentarían considerablemente la satisfacción de los usuarios.

En consideración a los aspectos organizacionales de la residencia encontramos muy beneficioso un mayor número de enfermeras por cada 100 usuarios, que ha demostrado reducir el número de caídas³² y se asocia a una reducción del uso de antipsicóticos en las residencias³³. Además, Donald et al.³⁷ demostraron en un estudio la mejora de la calidad de cuidado, las condiciones de salud y la satisfacción de los residentes y sus familiares con enfermeras de práctica avanzada.

Para la mejora de la calidad de vida encontramos estrategias para mejorar la depresión. Meeks et al.²⁶ realiza actividades de intervención del comportamiento (BE-ACTIV) con un profesional de salud mental que demostró mejorar la recuperación diagnóstica posttratamiento, mejora de síntomas depresivos percibidos y del funcionamiento. De otra manera, Quintero et al.²⁷ realizaron intervenciones de risoterapia en ancianos y se registró un descenso significativo del grado de depresión ($p < 0,032$). Por último, Skropeta et al.³⁴ demostraron un descenso de la fatiga y mejora de la energía de los ancianos que participaron en juegos intergeneracionales en grupo.

Sobre el manejo del dolor, Thé et al.²⁵ demuestran la validez de una herramienta para evaluar el dolor en las personas que no pueden comunicarlo. Comprueba su efectividad y utilidad para que los profesionales mejoren la calidad de la atención a las personas mayores con demencia.

Por otro lado, resulta muy desafiante llevar a cabo una investigación de alta calidad en las residencias de ancianos debido a la heterogeneidad de su población, las diferencias entre las instalaciones y el coste de realizar investigaciones en numerosas instalaciones que están geográficamente dispersas²⁶.

Este trabajo aporta una actualización de los conocimientos en cuanto a la calidad de la atención prestada a los ancianos en los centros residenciales. Asimismo, resultaría interesante para futuras investigaciones el estudio de las carencias específicas del cuidado en zonas concretas para adaptar las estrategias y planes de optimización a las necesidades de la población. Por otro lado, en la enfermería, apostar por la especialización e investigación marcaría la gran diferencia en la mejora de la calidad asistencial.

En cuanto a las limitaciones, una está relacionada con la heterogeneidad de los estudios, en cuanto a los diferentes países en los que se realizan los estudios, distintos criterios e indicadores utilizados para evaluar la calidad teniendo, por tanto, una variedad de los resultados obtenidos. Otra limitación es debida a no haber utilizado ninguna herramienta para analizar la calidad de los estudios seleccionados en esta revisión, lo que se ha intentado solventar mediante el análisis de los factores de impacto de las revistas donde se publicaron dichos artículos, y en ese sentido, a excepción de dos revistas, el resto tenía algún tipo de factor de impacto (JCR y SJR), lo cual es un indicio de calidad.

Como conclusión queremos comentar que en la evaluación de la mayoría de los indicadores de las residencias se hallaron valores por debajo de los niveles adecuados, y fundamentalmente, en los estudios se describen estrategias de mejora relacionadas con los profesionales sanitarios ■

BIBLIOGRAFÍA

- Índice Global de Envejecimiento, AgeWatch 2014: Informe de profundidad [Internet]. HelpAge International. 2014 [consultado en febrero del 2018]. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Indice%20Global%20de%20Envejecimiento%202014.%20Informe%20en%20profundidad.pdf>
- World population prospects: The 2017 Revision Volume II: Demographic Profiles. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division; 2017.
- Vidal MJ, Labeaga JM, Casado P, Madrigal A, López J, Montero A, et al. Informe 2016: Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2017. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf
- Population structure and ageing [Internet]. Eurostat: Statistics Explained. 2017 [actualizado en junio del 2017; consultado en febrero del 2018]. Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing
- Tratado de Geriátrica para residentes. Madrid: SEGG - Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología; 2013.
- Rodríguez A, Cobo P. Libro blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; 2005.
- Barenys MP. Las residencias de ancianos y su significado sociológico. Papers. 1992;40:121-35. doi: 10.5565/rev/papers/v40n0.1687
- Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME/OPS/OMS. 2017 [actualizado en mayo del 2017; consultado en mayo del 2018]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
- Informe anual IMSERSO 2016 [Internet]. IMSERSO. 2017 [consultado en febrero del 2018]. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informeanual2016.pdf>
- Maturana N. Residencias: Centros que velan por nuestra salud [Internet]. SEGG - Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. 2014 [consultado en febrero del 2018]. Disponible en: <https://www.segg.es/ciudadanos/2014/02/17/residencias-centros-que-velan-por-nuestra-salud>
- OMS. The principles of quality assurance. Qual Assur Health Care. 1989;1:79-95. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2490962>
- Evaluación externa de calidad de los centros del ICASS: Indicadores de evaluación de calidad. Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales [Internet]. Inforesidencias. 1999 [consultado en abril del 2018]. Disponible en: <https://www.inforesidencias.com/recursos/public/biblioteca/documentos/funcionamiento/indic-calida-catalunya.pdf>
- Indicadores para la mejora de la atención residencial: Residencias de personas mayores de la Comunidad Valenciana. 2.ª ed. Valencia: Consejería de Bienestar Social; 2004.
- Álvarez M. Calidad asistencial en centros gerontológicos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;42(1):75-5. doi: 10.1016/S0211-139X(07)73590-4
- Programme on Mental Health. WHO/WOL: Measuring Quality of Life [Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000 [consultado en mayo del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

16. Perfiles y tendencias. Midiendo el progreso: Indicadores para las residencias. 1.ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Secretaría General de Política Social y Consumo; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2011.
17. Pileggi C, Manuti B, Costantino R, Bianco A, Nobile CGA, Pavia M. Quality of care in one Italian nursing home measured by ACOVE Process Indicators. *PLoS ONE*. 2014;9(3):1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0093064
18. Visor Cuadernia: Cómo realizar una estrategia de búsqueda bibliográfica. [Internet]. Biblioteca de la Universidad de Sevilla. [consultado en marzo del 2018]. Disponible en: <http://fama2.us.es/fme/busquedabibliografica/index.html>
19. Barsanti S, Walker K, Seghieri C, Rosa A, Wodchis WP. Consistency of priorities for quality improvement for nursing homes in Italy and Canada: A comparison of optimization models of resident satisfaction. *Health Policy*. 2017;121:862-9. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.06.004
20. Choy CSM, Chen H, Yau CSW, Hsu EK, Chilk NY, Wong ATY. Prevalence of infections among residents of residential care homes for the elderly in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2016;22(4):347-55. doi: 10.12809/hkmj164865
21. Jerez-Roig J, Souza DLB, Andrade FLJP, Filho BFL, Medeiros RJ, Oliveira NPD, et al. Self-perceived health in institutionalized elderly. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2016;21(11):3367-75. doi: 10.1590/1413-812320152111.15562015
22. McMaughan DK, Nwaiwu O, Zhao H, Frentzel E, Mehr D, Imanpour S, et al. Impact of a decision-making aid for suspected urinary tract infections on antibiotic overuse in nursing homes. *BMC Geriatrics*. 2016;16(81):1-9. doi: 10.1186/s12877-016-0255-9
23. Onunkwor OF, Al-Dubai SAR, George PP, Arokiasamy J, Yadav H, Barua A, et al. A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14(6):1-10. doi: 10.1186/s12955-016-0408-8
24. Sarabia CM, De Lorena P, Pérez V, Hermosilla C, Núñez MJ, García MA. El cuidado centrado en la persona con demencia en la prevención de la agitación y otros síntomas neuropsiquiátricos en los ancianos institucionalizados. *Metas Enfermería*. 2016;19(2):20-6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5381092>
25. Thé KB, Gazoni FM, Cherpak GL, Lorenzet IC, Santos LA, Nardes EM, et al. Pain assessment in elderly with dementia: Brazilian validation of the PACSLAC scale. *Einstein*. 2016;14(2):152-7. doi: 10.1590/S1679-45082016A03628
26. Meeks S, Van Haitsma K, Schoenbachler B, Looney SW. BE-ACTIV for depression in nursing homes: primary outcomes of a randomized clinical trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2015;70(1):13-23. doi: 10.1093/geronb/gbu026
27. Quintero A, Henao ME, Villamil MM, León J. Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomédica*. 2015;35:90-100. doi: 10.7705/biomedica.v35i1.2316
28. Rodríguez-Blázquez C, Martín-García S, Frades-Payo B, Paría MS, Martínez-López I, Forjaz MJ. Calidad de vida y estado de salud en personas mayores de 60 años con demencia institucionalizadas. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2015;89(1):51-60. doi: 10.4321/S1135-57272015000100006
29. Schüssler S, Lohrmann C. Change in care dependency and nursing care problems in nursing home residents with and without dementia: A 2-Year Panel Study. *PLoS ONE*. 2015;10(10):1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0141653
30. Whitehead N, Parsons M, Dixon R. Quality and staffing: is there a relationship in residential aged care? *Kai Tiaki Nursing Research*. 2015; 6(1): 28-35.
31. Doumit JH, Nasser RN, Hanna DR. Nutritional and health status among nursing home residents in Lebanon: comparison across gender in a national cross sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14(1):1-11. doi: 10.1186/1471-2458-14-629
32. Garrido FAS, Tamiya N, Kashiwagi M, Miyata S, Okocji J, Moriyama Y, et al. Relationship between structural characteristics and outcome quality indicators at health care facilities for the elderly requiring long-term care in Japan from a nationwide survey. *Geriatr Gerontol Int*. 2014;14:301-8. doi: 10.1111/ggi.12098
33. Lucas JA, Chakravarty S, Bowblis JR, Gerhard T, Kalay E, Paek EK, et al. Antipsychotic medication use in nursing homes: a proposed measure of quality. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014; 29: 1049-61. doi: 10.1002/gps.4098
34. Skropeta CM, Colvin A, Sladen S. An evaluative study of the benefits of participating in intergenerational playgroups in aged care for older people. *BMC Geriatr*. 2014;14(109):1-11. doi: 10.1186/1471-2318-14-109
35. Wu C, Hu H, Huang N, Fang Y, Chou Y, Li C. Determinants of long-term care services among the elderly: a population-based study in Taiwan. *PLoS ONE*. 2014;9(2):1-10. doi: 10.1371/journal.pone.0089213
36. Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1-8. doi: 10.2147/CIA.S38589
37. Donald F, Martin-Misener R, Carter N, Donald EE, Kaasalainen S, Wickson-Griffiths A, et al. A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *J Adv Nurs*. 2013;69(10):2148-61. doi: 10.1111/jan.12140
38. Rodríguez-Martín B, Martínez-Andrés M, Cervera-Monteaquedo B, Notario-Pacheco B, Martínez-Vizcaino. Perception of quality of care among residents of public nursing-homes in Spain: a grounded theory study. *BMC Geriatr*. 2013;13(65):1-9. doi: 10.1186/1471-2318-13-65