

Condiciones de salud y demandas asistenciales de los residentes en Instituciones de Larga Estancia: panorama regional

Condições de saúde e demandas assistenciais de residentes de instituições de longa permanência: panorama regional

Health conditions and care demands of residents of long-term care facilities: regional overview

 Janine Melo Oliveira¹,  Yeda Aparecida de Oliveira Duarte²,  Helena Akemi Wada Watanabe³

Recibido: 07/08/2024 Aprobado: 26/11/2024 Publicado: 30/12/2024

Resumen:

Objetivo: analizar las condiciones de salud y las demandas de cuidados de ancianos residentes en Instituciones de Larga Estancia para ancianos. **Método:** estudio transversal, descriptivo y cuantitativo de residentes de instituciones registradas en el Sistema Único de Asistencia Social en las cinco regiones brasileñas. Los datos se recogieron in situ entre agosto de 2015 y 2018, utilizando un cuestionario específico para la capacidad cognitiva, la evaluación funcional, el estado de salud y la escala de depresión. El análisis fue descriptivo, utilizando el software Stata®, versión 15. **Resultados:** los 4.250 ancianos representaban las cinco regiones brasileñas y eran en su mayoría hombres, de 80 años o más, con deterioro cognitivo, multimorbilidad y utilizando polifarmacia (regiones Sur y Sudeste), con deterioro funcional para las actividades de la vida diaria. No presentaban caídas y habían tenido al menos una consulta médica en los 12 meses anteriores a la recogida, la mayoría de ellas en la propia institución. **Conclusión:** la mayoría de los ancianos institucionalizados presentan un importante deterioro funcional y de salud, deterioro cognitivo, multimorbilidad, utilizan medicación diaria y requieren asistencia especializada para cubrir sus necesidades, aunque la institución de cuidados de larga duración no sea una institución sanitaria.

Palabras clave: Estado de salud; Anciano; Anciano de 80 o más Años; Hogares para Ancianos.

Resumo:

Objetivo: analisar as condições de saúde e as demandas assistenciais de pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Método:** transversal, descritivo, quantitativo, realizado com residentes em instituições cadastradas no Sistema Único de Assistência Social, das cinco regiões brasileiras. Os dados foram coletados in loco, no período de agosto de 2015 a 2018, com questionário específico para capacidade cognitiva, avaliação funcional, condição de saúde e escala de depressão. A análise foi descritiva, com auxílio do software Stata®, versão 15. **Resultados:** as 4.250 pessoas idosas representaram as cinco regiões brasileiras e eram, na maioria, do sexo masculino, 80 anos ou mais, com presença de declínio cognitivo, multimorbidade e fazendo uso de polifarmácia (regiões Sul e Sudeste), com comprometimento funcional para atividades de vida diária. Não apresentaram quedas e realizaram pelo menos uma consulta médica nos 12 meses que antecederam a coleta, sendo a maioria na própria instituição. **Conclusão:** a maioria das pessoas idosas institucionalizadas têm comprometimento funcional e de saúde significativos, alteração cognitiva, multimorbidade, fazem uso de medicação diária, requerendo assistência especializada para o atendimento de suas necessidades, mesmo a instituição de longa permanência não sendo uma instituição de saúde.

Palavras-chave: Nível de saúde; Idoso; Idoso de 80 anos ou mais; Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Abstract:

Objective: to analyze the health conditions and care demands of elderly individuals living in Long-Term Care Facilities for the Elderly. **Methods:** cross-sectional, descriptive, quantitative, conducted with residents of institutions registered in the Unified Social Assistance System (*Sistema Único de Assistência Social*), from the five regions of Brazil. Data were collected on site, from August of 2015 to 2018, with a specific questionnaire for cognitive capacity, functional assessment, health condition, and depression scale. The analysis was descriptive, with the aid of Stata™ software, version 15. **Results:** the 4,250 elderly individuals represented the five Brazilian regions and were, for the most part, male, 80 years or older, with some form of cognitive decline, multimorbidity, and using polypharmacy (South and Southeast regions), with functional impairment for activities of daily living. They did not had falls and had at least one medical appointment in the 12 months prior to the collection, most of them at the institution itself. **Conclusion:** most institutionalized elderly people have significant functional and health impairment, cognitive alterations, multimorbidity, use daily medication, requiring specialized assistance to meet their needs, even though the long-term care institution is not a health institution.

Keywords: Health status; Aged; Aged, 80 and over; Homes for the Aged.

Autora correspondiente: Janine Melo Oliveira - nine.melo@hotmail.com

1. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas y Universidade Federal de Alagoas, Maceió/AL, Brasil

2. Escuela de Enfermería y Departamento de Enfermería, Hospital Universitario de la Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil

3. Escuela de Salud Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil

INTRODUCCIÓN

Uno de los fenómenos globales más llamativos de la sociedad actual es el ritmo creciente del envejecimiento, con un aumento de la población anciana y una disminución de la población joven. Según la Encuesta Nacional Continua por Muestra de Domicilios (PNAD Contínua), realizada en 2022, las personas de 60 años o más representan el 14,7% de la población, lo que significa cerca de 31,2 millones de ancianos en Brasil en 2021¹.

Este proceso de transición demográfica va de la mano con el desarrollo de la transición epidemiológica, cambiando el perfil de enfermedades agudas a enfermedades crónicas, con un impacto directo en la salud pública. Las enfermedades crónicas han surgido como un aspecto crítico de este escenario, con afecciones como la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), la Diabetes Mellitus (DM), las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias ocupando un lugar central².

El aumento de la prevalencia de estas enfermedades entre los ancianos exige un enfoque preventivo integral dirigido a suavizar el impacto de estas afecciones y minimizar el deterioro del estado cognitivo y la capacidad funcional, promoviendo así un envejecimiento más saludable². Tanto las condiciones cognitivas como las funcionales pueden verse alteradas con el avance de la edad y están directamente relacionadas con la autonomía e independencia del individuo en la realización de las actividades cotidianas³.

En un contexto de mayor vulnerabilidad y fragilidad, los ancianos pueden vivir en Instituciones de Larga Estancia para Ancianos (ILEA). Las ILEA son instituciones gubernamentales o no gubernamentales de carácter residencial, destinadas a la residencia colectiva de personas de 60 años o más, con o sin apoyo familiar, en condiciones de libertad, dignidad y ciudadanía⁴.

Esta vulnerabilidad y fragilidad está aún más presente entre los ancianos que viven en ILEA públicas o filantrópicas, como los registrados en el Censo del Sistema Único de Asistencia Social (SUAS), en comparación con la población anciana de la comunidad. Las ILEA públicas y privadas sin fines lucrativos pueden ser registradas en el SUAS, y para estos, se realiza un censo anual para obtener información sobre los servicios, programas y prestaciones que están siendo realizados por el gestor público, las entidades y organizaciones registradas en el Consejo Municipal de Asistencia Social⁵.

Los residentes de las instituciones registradas en el SUAS pertenecen a niveles socioeconómicos más precarios y a comunidades con bajo poder adquisitivo, y suele haber un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, en las que influyen factores socioeconómicos, ambientales y de comportamiento. Además, la escasez de recursos

económicos suele dificultar el acceso a tratamientos y medicación continuados, lo que agrava el impacto de estas afecciones en el estado cognitivo y la capacidad funcional de los ancianos y, en consecuencia, en su calidad de vida².

El aumento de la esperanza de vida y el cambio en el panorama de las enfermedades y sus factores agravantes aumentan la necesidad de producir conocimiento sobre el estado de salud de la población anciana residente en ILEA, así como sus demandas de cuidados⁶.

Se han realizado pocos estudios a escala nacional sobre las modalidades de cuidado no familiar de la población anciana, especialmente desde el punto de vista de los propios ancianos. Además, hay que tener en cuenta las diferencias regionales en cuanto a las características de la población y su acceso a la asistencia social y los servicios sanitarios para reorganizar mejor las políticas públicas actuales.

El objetivo de este estudio era analizar las condiciones de salud y las demandas de cuidados de los ancianos residentes en Instituciones de Larga Estancia para Ancianos.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal, con enfoque cuantitativo, que utilizó datos de la segunda fase de la encuesta “Estudio de las condiciones sociodemográficas y epidemiológicas de los ancianos residentes en Instituciones de Larga Estancia para ancianos inscritos en el Censo SUAS”⁷, realizada en todo el Brasil.

En la primera fase, se evaluaron con gestores de instituciones 1.451 ILEA registradas en el Censo SUAS 2014, con al menos 10 residentes; en la segunda fase, se realizó una muestra representativa regional, en la que se seleccionaron 50 ILEA, sorteados por región, a excepción de la región Norte, que no contaba con 50 ILEA, y se utilizaron datos del universo de la región.

El muestreo para mantener la representatividad regional se llevó a cabo previamente, extrayéndose 20 ancianos de cada ILEA, hasta un total estimado de 1.000 residentes/región, para los que no hubo sustitución en caso de negativa, ausencia o fallecimiento, manteniendo así la representatividad inicial, calculada a partir de los datos obtenidos del censo.

Los datos se recogieron *in situ*, de agosto de 2015 a 2018, de los residentes de las ILEA o de un apoderado si el anciano elegido no podía responder física o cognitivamente. Las entrevistas fueron realizadas por un equipo de profesionales formados utilizando un cuestionario específico para el estudio.

En este estudio, las variables seleccionadas están relacionadas con el estado cognitivo, las condiciones de salud, las caídas, el estado funcional y el uso de servicios sanitarios.

El estado cognitivo se evaluó mediante un instrumento breve de cribado de pérdida cognitiva, el Mini-Examen del Estado Mental (MEEM), en la versión que reduce el impacto de la escolarización en los resultados, y que tiene un punto de corte de 12 puntos o menos para el cribado positivo de deterioro cognitivo⁸. Además, también se utilizó el “*Pfeffer Functional Activities Questionnaire*” (PFEFFER)⁹, un cuestionario de evaluación funcional, con el fin de obtener resultados más fiables para la evaluación cognitiva. Así, aquellos ancianos que obtuvieron 12 o menos puntos en el MEEM y 6 o más puntos en el PFEFFER fueron clasificados como personas con deterioro cognitivo, es decir, con un deterioro cognitivo mayor.

La evaluación de las condiciones de salud incluyó: a) la presencia de enfermedades crónicas: HSA, DM, enfermedades respiratorias, cardiopatías, enfermedades articulares, ACV, cáncer, osteoporosis, demencia, enfermedades psiquiátricas, enfermedades neurológicas, entre otras enfermedades (gastrointestinales, renales, urológicas, neurológicas, oftalmológicas, psiquiátricas, vasculares, endocrinas, condiciones infecciosas y traumatismos); b) condiciones crónicas: síntomas depresivos, incontinencia (urinaria y fecal) y dolor crónico; c) multimorbilidad; y d) número de medicamentos en uso. También se comprobó el estado de vacunación (antigripal, antineumocócica y antitetánica) y la ocurrencia de caídas.

Los síntomas depresivos se evaluaron mediante la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-5) de cinco ítems, donde la sospecha de depresión se producía cuando había una puntuación igual o superior a 2¹⁰. En cuanto al número de enfermedades, se consideró multimorbilidad la presencia de dos o más enfermedades crónicas^{11,12}. El uso simultáneo de cinco o más medicamentos se consideró polifarmacia^{11,12}.

En la evaluación de las caídas se tuvieron en cuenta las ocurrencias del suceso en los 12 meses anteriores a la entrevista, así como el número de veces que la persona se cayó, el lugar y el motivo de la caída, la necesidad de asistencia sanitaria y la aparición de fracturas (en relación con la última caída) y sus detalles.

El estado funcional se evaluó mediante la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): cruzar una habitación, caminar, vestirse, bañarse, comer, tumbarse y levantarse de la cama y utilizar el retrete. En el cuestionario de recogida de datos se preguntaba a los participantes si tenían dificultades o necesitaban ayuda para cada actividad. Se clasificó a los ancianos como independientes si realizaban todas las ABVD por sí solos, incluso con dificultad, y como dependientes cuando informaban de que no las realizaban o necesitaban ayuda con al menos una de ellas.

Se constató que las instituciones de las diferentes regiones brasileñas no permitían a los residentes realizar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (69,3% a 96,5%), por lo que no se incluyeron en el análisis.

La movilidad se evaluó preguntando si el anciano caminaba, estaba encamado o en silla de ruedas. Las categorías utilizadas fueron: movilidad conservada y movilidad alterada (usuario de silla de ruedas y encamado).

En cuanto a la utilización de los servicios sanitarios (consultas médicas, hospitalizaciones y atención de urgencia/emergencia), se tuvo en cuenta el periodo de 12 meses anterior a la entrevista.

Los datos se almacenaron en una hoja de cálculo electrónica y se analizaron mediante estadística descriptiva, con la distribución de frecuencias relativas y absolutas para cada región del país, utilizando el *software* estadístico Stata®, versión 15. Las variables que no fueron contestadas (*missings*) fueron excluidas de los análisis. Cabe destacar que, al tratarse de muestras regionales, no fue posible sumar el número de casos ni sus frecuencias.

Este estudio fue sometido al Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Salud Pública y fue aprobado bajo el dictamen no. 1.077.982, el 25/05/2015, con CAAE: 44953415.6.0000.5421.

RESULTADOS

Participaron en esta encuesta 4.250 ancianos, 736 del norte, 890 del nordeste, 887 del centro-oeste, 912 del sur y 825 del sudeste. La mayoría de los ancianos (aproximadamente entre el 53,0% y el 65,0%) no estaban en condiciones físicas o cognitivas de responder al cuestionario de recogida de datos, que fue contestado por un apoderado. En la mayoría de las regiones, este apoderado era el cuidador formal del anciano.

La mayoría de los ancianos entrevistados eran de sexo masculino (51,8 a 61,9%), salvo en el Nordeste, donde predominaban ancianas de sexo femenino (62,1%). El grupo de edad predominante era el de 80 años o más (37,3 a 50,5%), excepto en el Sur, donde el grupo de 70 a 79 años (37,5%) era el más numeroso.

Existía un predominio del deterioro cognitivo entre los ancianos institucionalizados, que oscilaba entre el 63,8% y el 83,5%. En la valoración de la Escala PFEFFER, hubo un predominio de personas más dependientes (86,0% a 92,4%). La combinación de las variables descritas (MMSE y PFEFFER) indicó la presencia de deterioro cognitivo o deterioro cognitivo más severo (60,2% a 81,0%) (Tabla 1).

Tabla 1. Estado cognitivo de ancianos residentes en Instituciones de Larga Estancia registrados en el Sistema Único de Asistencia Social, según MEEM y PFEFFER por región del país, Brasil, 2015-2018.

| ESTADO COGNITIVO | Regiones de Brasil | | | | |
|-----------------------------------|--------------------|---------------|-------------------|----------|--------------|
| | Norte % | Nordeste % | Centro-Oeste % | Sur % | Sudeste % |
| DETERIORO COGNITIVO (MEEM) | | | | | |
| <i>Sí</i> | 78,4 | 83,5 | 63,8 | 70,4 | 72,5 |
| ESCALA PFEFFER | | | | | |
| <i>≤ 5 puntos</i> | 10,4 | 9,9 | 15,7 | 7,6 | 14,0 |
| <i>≥ 6 puntos</i> | 89,6 | 90,1 | 84,3 | 92,4 | 86,0 |
| DETERIORO | | | | | |
| <i>MEEM + PFEFFER</i> | 75,6 | 81,0 | 60,2 | 69,2 | 68,8 |

MMSE: Mini Examen del Estado Mental; PFEFFER: Pfeffer Functional Activities Questionnaire.

Las enfermedades más prevalentes en todas las regiones son las relacionadas con el sistema cardiovascular (78,3% a 87,5%). Entre ellas, la más prevalente fue la HSA. La segunda enfermedad más prevalente en la mayoría de las regiones fue la DM, seguida de las enfermedades psiquiátricas. A pesar de ello, la mayoría de los ancianos no presentan síntomas depresivos. Se detectó incontinencia urinaria entre el 9,4% y el 15,9% e incontinencia fecal entre el 6,3% y el 12,7% de los residentes. Entre el 35,2% y el 47,1% de los ancianos evaluados hacían uso continuado de pañales. El dolor crónico estaba presente entre el 9,7% y el 22,7% de los residentes (Tabla 2).

En cuanto al número de enfermedades, se observa que la mayoría de los ancianos (54,3% a 59,4%) presentan multimorbilidad. Había una prevalencia de residentes que hacían un uso continuado de medicamentos (86,8% a 92,2%), con entre un 40,8% y un 58,3% que utilizaban de uno a cuatro medicamentos y entre un 28,5% y un 51,4% que utilizaban polifarmacia (regiones Sur y Sudeste) (Tabla 2).

La cobertura de vacunación contra la gripe fue mayor (87,1% a 94,9%) que contra la neumonía y el tétanos (Tabla 2).

Tabla 2. Ancianos residentes en Instituciones de Larga Estancia registrados en el Sistema Único de Asistencia Social, según la presencia de enfermedades, síntomas depresivos, incontinencia, dolor crónico, multimorbilidad, polifarmacia y estado de vacunación por región del país, Brasil, 2015-2018.

| CONDICIONES DE SALUD | Regiones de Brasil | | | | |
|------------------------------------|--------------------|---------------|-------------------|----------|--------------|
| | Norte % | Nordeste % | Centro-Oeste % | Sur % | Sudeste % |
| PRESENCIA DE ENFERMEDADES | | | | | |
| <i>Hipertensión</i> | 62,4 | 57,5 | 57,7 | 55,0 | 58,1 |
| <i>Diabetes mellitus</i> | 13,9 | 22,0 | 18,5 | 19,3 | 22,6 |
| <i>Enfermedades respiratorias</i> | 3,1 | 2,4 | 5,0 | 9,8 | 4,2 |
| <i>Cardiopatías</i> | 8,6 | 9,4 | 9,9 | 11,3 | 10,7 |
| <i>Enfermedades articulares</i> | 7,2 | 10,6 | 14,0 | 15,6 | 10,1 |
| <i>Accidente vascular cerebral</i> | 16,5 | 11,4 | 16,3 | 14,1 | 12,6 |
| <i>Cáncer</i> | 2,2 | 2,8 | 2,4 | 4,3 | 3,6 |
| <i>Osteoporosis</i> | 3,4 | 5,5 | 6,8 | 7,2 | 2,8 |
| <i>Síndrome de demencia</i> | 15,0 | 10,0 | 16,7 | 15,7 | 11,2 |
| <i>Enfermedades psiquiátricas</i> | 16,6 | 16,6 | 11,3 | 14,4 | 14,5 |
| <i>Enfermedades neurológicas</i> | 8,0 | 5,7 | 4,6 | 3,4 | 6,9 |
| <i>Otras enfermedades</i> | 18,5 | 10,9 | 13,4 | 11,3 | 15,4 |
| SÍNTOMAS DEPRESIVOS | | | | | |
| <i>Sí</i> | 44,5 | 45,1 | 30,2 | 39,5 | 50,0 |
| INCONTINENCIAS | | | | | |
| <i>Incontinencia urinaria</i> | 9,4 | 11,8 | 14,5 | 15,9 | 12,1 |
| <i>Incontinencia fecal</i> | 8,4 | 9,3 | 6,3 | 12,7 | 10,9 |
| <i>Lleva pañal</i> | 46,7 | 47,1 | 37,8 | 35,2 | 45,2 |
| DOLOR CRÓNICO | | | | | |
| <i>Sí</i> | 22,7 | 16,4 | 17,1 | 11,4 | 9,7 |
| MULTIMORBIDAD | | | | | |
| <i>Sin enfermedades</i> | 8,3 | 13,3 | 11,2 | 12,6 | 12,0 |
| <i>No (1 enfermedad)</i> | 32,3 | 32,4 | 31,4 | 30,9 | 31,0 |
| <i>Sí (2 o más enfermedades)</i> | 59,4 | 54,3 | 57,4 | 56,5 | 57,0 |
| POLIFARMACIA | | | | | |
| <i>Sin medicación</i> | 7,9 | 13,2 | 10,3 | 7,8 | 7,8 |
| <i>No (1 a 4)</i> | 57,9 | 58,3 | 57,2 | 44,4 | 40,8 |
| <i>Sí (5 o más)</i> | 34,2 | 28,5 | 32,5 | 47,8 | 51,4 |
| ESTADO DE VACUNACIÓN | | | | | |
| <i>Gripe</i> | 92,1 | 87,1 | 91,9 | 94,0 | 94,9 |
| <i>Neumococo</i> | 33,8 | 25,2 | 72,8 | 75,8 | 45,1 |
| <i>Antitetánica</i> | 23,5 | 22,4 | 59,2 | 67,0 | 33,7 |

En cuanto a los residentes que se habían caído (21,8% a 24,3%), se observó que la mayoría se había caído una vez, en la propia ILEA, siendo el motivo principal un resbalón/tropiezo, no precisando asistencia sanitaria y no presentando fractura. Entre los que sí sufrieron fractura, el lugar más fracturado fue la cadera, la pelvis o el fémur (Tabla 3).

Tabla 3. Ancianos residentes en Instituciones de Larga Estancia registradas en el Sistema Único de Asistencia Social, según antecedentes de caídas, número, localización, motivo, necesidad de cuidados y fractura por región del país, Brasil, 2015-2018.

| CAÍDAS (EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES) | Regiones de Brasil | | | | |
|--|--------------------|------------|----------------|-------|-----------|
| | Norte % | Nordeste % | Centro-Oeste % | Sur % | Sudeste % |
| CAÍDAS | | | | | |
| <i>Sí</i> | 24,3 | 21,8 | 22,0 | 22,6 | 21,9 |
| NÚMERO DE CAÍDAS | | | | | |
| <i>1 vez</i> | 60,0 | 47,0 | 58,3 | 56,1 | 59,8 |
| <i>2 veces</i> | 18,3 | 24,6 | 17,0 | 21,5 | 21,8 |
| <i>3 o más veces</i> | 21,7 | 28,4 | 24,7 | 22,4 | 18,4 |
| DONDE CAYO | | | | | |
| <i>En la propia institución</i> | 86,5 | 88,2 | 82,8 | 94,1 | 86,9 |
| <i>Fuera de la institución</i> | 13,5 | 11,8 | 17,2 | 5,9 | 13,1 |
| MOTIVO DE LA ÚLTIMA CAÍDA | | | | | |
| <i>Resbalón/tropezó</i> | 50,3 | 53,8 | 59,9 | 57,9 | 55,0 |
| <i>Mareos/desmayos</i> | 16,0 | 11,4 | 11,5 | 13,2 | 13,6 |
| <i>Debilidad en MMII</i> | 11,2 | 11,4 | 7,3 | 8,6 | 8,3 |
| <i>Fue empujado</i> | 0,6 | 1,6 | 2,6 | 3,0 | 4,1 |
| <i>Otros</i> | 21,9 | 21,8 | 17,8 | 17,3 | 19,0 |
| NECESITÓ ASISTENCIA SANITARIA A CAUSA DE LA CAÍDA | | | | | |
| <i>Sí</i> | 48,9 | 38,6 | 42,3 | 54,1 | 42,1 |
| TUVO FRACTURA | | | | | |
| <i>Cadera/cadera/fémur</i> | 5,1 | 4,0 | 10,8 | 13,6 | 7,2 |
| <i>Codo/muñeca/mano</i> | 3,4 | 3,4 | 3,1 | 6,8 | 5,5 |
| <i>Otro lugar</i> | 3,4 | 2,5 | 4,1 | 9,2 | 5,0 |

MMII: Miembros inferiores.

En cuanto al estado funcional, la Tabla 4 muestra que la mayoría de los ancianos de todas las regiones son dependientes en alguna Actividad Básica de la Vida Diaria. La actividad más independiente es comer, con un rango del 79,9% al 86,5%, y la más dependiente es bañarse, que oscila entre el 51,6% y el 60,5%. En cuanto a la movilidad, la mayoría no presenta alteraciones.

Tabla 4. Personas ancianas residentes en Instituciones de Larga Estancia registradas en el Sistema Único de Asistencia Social, según capacidad para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria y movilidad por región del país, Brasil, 2015-2018.

| ESTADO FUNCIONAL | Regiones de Brasil | | | | |
|--|--------------------|---------------|-------------------|----------|--------------|
| | Norte % | Nordeste % | Centro-Oeste % | Sur % | Sudeste % |
| CAMINA POR LA HABITACIÓN | | | | | |
| <i>Realiza</i> | 53,0 | 52,4 | 62,6 | 56,8 | 57,6 |
| <i>No realiza</i> | 47,0 | 47,6 | 37,4 | 43,2 | 42,4 |
| VESTIRSE | | | | | |
| <i>Realiza</i> | 46,1 | 43,6 | 52,2 | 46,6 | 46,2 |
| <i>No realiza</i> | 53,9 | 56,4 | 47,8 | 53,4 | 53,8 |
| BAÑARSE | | | | | |
| <i>Realiza</i> | 44,7 | 40,0 | 48,4 | 39,5 | 43,9 |
| <i>No realiza</i> | 55,3 | 60,0 | 51,6 | 60,5 | 56,1 |
| COMER | | | | | |
| <i>Realiza</i> | 80,7 | 79,9 | 86,5 | 84,0 | 83,1 |
| <i>No realiza</i> | 19,3 | 20,1 | 13,5 | 16,0 | 16,9 |
| ACOSTARSE Y LEVANTARSE DE LA CAMA | | | | | |
| <i>Realiza</i> | 54,2 | 54,6 | 62,2 | 56,0 | 57,6 |
| <i>No realiza</i> | 45,8 | 45,4 | 37,8 | 44,0 | 42,4 |
| USAR EL BAÑO | | | | | |
| <i>Realiza</i> | 51,4 | 48,5 | 58,2 | 55,5 | 53,6 |
| <i>No realiza</i> | 48,6 | 51,5 | 41,8 | 44,5 | 46,4 |
| DEPENDENCIA DE ABVD | | | | | |
| <i>Independientes</i> | 37,2 | 31,7 | 44,4 | 34,9 | 38,9 |
| <i>Dependientes</i> | 62,8 | 68,3 | 55,6 | 65,1 | 61,1 |
| MOVILIDAD | | | | | |
| <i>Conservada</i> | 61,1 | 60,7 | 67,4 | 65,8 | 65,2 |
| <i>Alterada</i> | 38,9 | 39,3 | 32,6 | 34,2 | 34,8 |

Los datos de la encuesta mostraron que algunos ancianos (entre el 10% y el 17,0%) utilizaban un dispositivo o instrumento de apoyo para cruzar una habitación caminando, siendo el más utilizado el bastón, seguido del andador.

En cuanto a la utilización de los servicios sanitarios, la Tabla 5 muestra que la gran mayoría de los ancianos (entre el 82,8% y el 89,3%) tuvieron una consulta médica, no fueron hospitalizados y no fueron atendidos en un servicio de urgencias/emergencias en los 12 meses anteriores a la recogida de datos. Las consultas médicas se realizaron en el propio ILEA, fuera del ILEA y en ambos tipos de servicio.

Tabla 5. Ancianos que viven en Instituciones de Larga Estancia registradas en el Sistema Único de Asistencia Social, en relación con el uso de servicios de salud en los últimos 12 meses por región del país, Brasil, 2015-2018.

| USO DE SERVICIOS SANITARIOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES | Regiones de Brasil | | | | |
|---|--------------------|---------------|-------------------|----------|--------------|
| | Norte % | Nordeste % | Centro-Oeste % | Sur % | Sudeste % |
| CONSULTA MÉDICA | | | | | |
| <i>En la institución</i> | 54,4 | 49,8 | 41,2 | 40,1 | 49,0 |
| <i>Fuera de la institución</i> | 26,7 | 22,5 | 25,3 | 18,2 | 29,3 |
| <i>Dentro y fuera de la institución</i> | 8,2 | 10,5 | 22,2 | 25,1 | 10,4 |
| HOSPITALIZACIÓN | | | | | |
| <i>Sí</i> | 18,3 | 14,8 | 18,3 | 19,3 | 17,2 |
| ATENCIÓN URGENTE/DE EMERGENCIA | | | | | |
| <i>Sí</i> | 22,1 | 17,1 | 16,9 | 17,7 | 15,9 |

DISCUSIÓN

Se observó que la mayoría de los ancianos son del sexo masculino, semejante a lo encontrado en estudios realizados en Minas Gerais¹³ y Maceió/AL¹⁴. Este perfil se encuentra en pocos estudios, dado que la mayoría de los realizados en ILEA encuentran predominio del sexo femenino, considerando la mayor expectativa de vida de este grupo¹⁵. Por otro lado, esto fue encontrado en la región Nordeste.

En cuanto a los grupos de edad, predominan ancianos de más edad (80 años o más), excepto en el Sur. Un resultado similar se encontró en un estudio realizado en Ponta Grossa/PR, donde el 62,2% de los residentes tenían 80 años o más⁶.

La mayoría de los participantes presentó deterioro cognitivo, corroborando los hallazgos de investigaciones realizadas en tres regiones del país en estudios diferentes: Porto Alegre/RS¹¹, Maceió/AL¹⁴ y Pindamonhangaba/SP¹⁶. Una de las razones de este hallazgo puede estar relacionada con la mayor necesidad de atención y cuidados que estos ancianos demandan y que la mayoría de las familias brasileñas no consiguen proporcionar en casa. Diversos estudios internacionales han señalado que la mayor longevidad está asociada a una mayor prevalencia de alteraciones cognitivas, aumentando la necesidad de cuidados más especializados, lo que puede estar asociado a la creación de la Política Nacional de Cuidados, actualmente en curso¹⁷.

En cuanto a las condiciones de salud, hubo mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares, corroborando un estudio realizado en Curitiba/PR, donde éstas afectaron a 62,3% de los residentes¹⁸. Entre las enfermedades cardiovasculares, la HSA fue la más prevalente, seguida del ACV^{3,6}. Cabe recordar que la HSA es la enfermedad más prevalente en la población anciana, institucionalizada o no.

La segunda enfermedad más prevalente fue la DM, con un porcentaje que osciló entre el 13,9% y el 22,6%, según la región analizada. Resultados similares se encontraron en otro estudio, en el que la DM fue la segunda enfermedad más prevalente, con un porcentaje aproximado del 30% entre los ancianos⁶. Cabe destacar que las enfermedades psiquiátricas aparecen en tercer lugar, oscilando entre el 11,3% y el 16,6% de los residentes. Este hallazgo corrobora el encontrado en un estudio en la región Nordeste en 2022, donde las enfermedades psiquiátricas ocuparon el segundo lugar después de las enfermedades cardíacas y la DM³.

El sufrimiento mental conlleva grandes retos y afecta no sólo a los ancianos, sino también a sus cuidadores y familiares. Comprender estos retos y aplicar intervenciones adecuadas, como terapias psicológicas, terapias farmacológicas, actividades sociales y programas de estimulación cognitiva, son fundamentales para preservar la salud mental y la calidad de vida de los ancianos¹⁹.

La mayoría de los participantes no presentaba síntomas depresivos en la entrevista, similar a lo encontrado en un estudio realizado en el estado de São Paulo, donde aproximadamente el 68,0% de los residentes no presentaba síntomas depresivos¹⁶.

Se detectaron casos de incontinencia urinaria y fecal entre los residentes. Estas afecciones se asocian generalmente a un empeoramiento de la calidad de vida, la independencia y la violencia^{20,21}. La incontinencia urinaria es uno de los síndromes geriátricos más importantes y puede definirse como cualquier pérdida involuntaria de orina que puede ocurrir con o sin esfuerzo²⁰. Esta afección se identificó entre el 9,4% y el 15,9% de los entrevistados, dependiendo de la región. Datos similares se recogen en un estudio sobre el riesgo de caídas en ancianos con incontinencia urinaria, en el que se afirma que la incontinencia urinaria es una afección frecuente en la población general, que afecta aproximadamente al 19% de las mujeres y al 10% de los hombres mayores de 60 años²⁰.

La prevalencia de la incontinencia fecal se situó entre el 6,3% y el 12,7% de los residentes. Esto corrobora los datos encontrados en el estudio FIBRA, donde hubo una prevalencia del 5,9% de incontinencia fecal entre los ancianos participantes²¹. En el Sur y Sudeste, la prevalencia observada fue casi el doble de la encontrada en estudios poblacionales, además de estar asociada a situaciones de violencia.

Se observó que casi la mitad de los residentes utilizaban pañales a diario, sin que esto se asociara necesariamente a la incontinencia, que puede estimular la dependencia adquirida y que puede asociarse a la violencia institucional contra los ancianos. Un estudio sobre ancianos institucionalizados en Bahía constató que el uso continuo de pañales hace que los residentes tengan el doble de probabilidades de desarrollar una infección del tracto urinario (ITU), así

como cambios menos frecuentes, lo que aumenta la posibilidad de ITU y alteración de la integridad de la piel²², además de representar negligencia institucional.

Teniendo en cuenta este contexto, la siguiente pregunta se hace aún más apremiante: “¿Qué lleva a los residentes de las ILEA a usar pañales de forma continuada?”. El uso continuado de pañales requiere un cambio sistemático y una higiene íntima más frecuente de los residentes, pero esto no siempre es posible debido a la insuficiencia de recursos humanos en las ILEA²².

La escasez de profesionales para atender a los ancianos puede ser una explicación probable de este hallazgo, aunque no justifica una atención negligente. Además de las cuestiones relacionadas con la incontinencia y el reducido número de recursos humanos, el uso de pañales también puede estar asociado con el deterioro cognitivo, la presencia de multimorbilidad y el deterioro de la movilidad y la funcionalidad de los ancianos.

La presencia de dolor crónico fue un hallazgo significativo, que osciló entre el 9,7% y el 22,7%. Datos similares se encontraron en otro estudio, en el que el 16,7% de los participantes informaron de la presencia de dolor crónico²³. En un estudio que identificó la prevalencia de dolor crónico en ancianos no institucionalizados mayores de 70 años en el estado de São Paulo, se observó un mayor porcentaje (57%) de dolor crónico comunicado por los participantes, con una asociación directa con las variables sexo, Índice de Masa Corporal (IMC), multimorbilidad y síntomas de insomnio y depresión. Este estudio también destaca que la presencia de dolor crónico tiene un impacto negativo en la autovaloración de la salud de la persona afectada²⁴.

En cuanto al número de enfermedades declaradas, la mayoría de los participantes presentaban multimorbilidad, es decir, dos o más enfermedades. Sin embargo, esta prevalencia es inferior a la encontrada en estudios de población, lo que puede estar asociado a una evaluación inadecuada de la salud, a la dificultad para acceder a los servicios sanitarios y a la negligencia en la atención. La elevada prevalencia de la multimorbilidad entre los ancianos institucionalizados tiende a aumentar con la edad. Esta condición puede llevar a la necesidad de utilizar un gran número de medicamentos que, aunque necesarios, a veces pueden desencadenar complicaciones de salud^{3,11,12}. En este estudio se observó que al menos el 86,8% de los residentes utilizaba algún tipo de fármaco a diario, datos similares a los encontrados en otros estudios^{11,23}.

En las regiones Norte, Nordeste y Centro-Oeste, el número de medicamentos utilizados diariamente oscilaba entre uno y cuatro fármacos, lo que corrobora los resultados de un estudio que caracterizaba clínica y epidemiológicamente a los residentes de centros de atención a largo plazo, en el que el 53,4% de los participantes utilizaban medicamentos similares¹³. En el sur y

el sudeste, el uso diario de medicamentos era mayor, siendo más prevalente la polifarmacia. La polifarmacia también fue prevalente en el estudio que identificó el perfil sociosanitario de los ancianos institucionalizados, en el que el 50,7% utilizaba cinco o más medicamentos al día³. Si se comparan las regiones, se observa que la polifarmacia es más frecuente en las regiones con mejor acceso a los servicios sanitarios.

El hecho de que la población anciana utilice un gran número de medicamentos lleva a la necesidad de una mayor supervisión sanitaria en las ILEA, para minimizar los efectos no deseados de los medicamentos en uso³, incluidas las interacciones farmacológicas, así como una mejor evaluación, con vistas a adaptar el uso de estos medicamentos a los beneficios para el anciano¹¹. Las ILEA no se consideran instituciones sanitarias y no siempre cuentan con profesionales sanitarios en su plantilla permanente.

En cuanto a la prevención de enfermedades, es imperativo dar prioridad a la vacunación de los ancianos, dada la mayor incidencia y gravedad de las complicaciones de las enfermedades prevenibles mediante vacunación en este grupo. Los ancianos tienen una inmunidad reducida como consecuencia de una menor protección de anticuerpos, inmunosenescencia y afecciones crónicas asociadas a la edad avanzada²⁵

La cobertura de vacunación antigripal osciló entre el 87,1% y el 94,9%, dependiendo de la región. También se encontraron datos similares en un estudio realizado en la región Centro-Oeste, en el que la cobertura de vacunación antigripal fue del 95,6%, alcanzando el objetivo del 90% de cobertura de vacunación antigripal recomendado por el Ministerio de Salud²⁶. Estas cifras sugieren que la vacunación antigripal está ya bien establecida y se ha convertido en rutinaria. Se supone que tanto los ancianos como los profesionales sanitarios reconocen los beneficios de la vacuna antigripal, y que esto se debe a las prácticas realizadas anualmente por los servicios, con el papel que viene desempeñando la atención primaria en los territorios²⁶.

En cuanto a la cobertura de vacunación contra la neumonía, la prevalencia observada fue inferior, lo que es preocupante dado que la enfermedad neumocócica es un grave problema de salud pública y es responsable de la muerte de entre 1,6 y 2 millones de personas cada año en todo el mundo; el 50% de estas muertes se producen en adultos y ancianos²⁵.

La neumonía es una de las principales causas de ingreso hospitalario en ancianos de 50 años. Por lo tanto, es necesario profundizar en la inmunización de los ancianos, ya que la vacuna contra la infección neumocócica se recomienda, según la Sociedad Brasileña de Inmunización (SBIm), para las personas sanas mayores de 60 años²⁵.

También se observó una baja cobertura de vacunación antitetánica, que requiere atención porque el tétanos es una enfermedad infecciosa, no contagiosa, con una tasa de

letalidad del 35-40%, que puede ser aún mayor en los ancianos. También se considera un importante problema de salud pública para muchos países en desarrollo, entre ellos Brasil²⁵.

Sin embargo, tanto la vacuna para prevenir la neumonía como la antitetánica pueden haber sido administradas antes de la institucionalización y esta información puede no haber sido incluida en el folleto entregado por el residente o su familiar en el momento del ingreso.

Debido a la heterogeneidad de la cobertura de vacunación entre los ancianos, es necesario realizar una búsqueda activa de esta población de forma rutinaria, con el fin de averiguar el motivo de la baja cobertura de vacunación y lograr así una mayor adherencia²⁶. No se debe descuidar la atención sanitaria de los ancianos institucionalizados, sobre todo si se tiene en cuenta la ausencia de familiares la mayor parte del tiempo. Corresponde a los profesionales de los ILEA y de las autoridades locales prestar especial atención a la identificación de las demandas de esta población y fomentar una mayor adherencia a prácticas asistenciales esenciales para la promoción de la salud, como la vacunación.

Las caídas entre los ancianos son un importante problema de salud pública que puede considerarse un marcador del inicio de un declive significativo de una determinada función o un síntoma de una nueva patología entre esta población²⁷. En este estudio, las caídas entre los ancianos en los 12 meses anteriores a la entrevista oscilaron entre el 21,4% y el 24,3%, un porcentaje inferior al encontrado en otro estudio, también realizado con ancianos institucionalizados, en el que la ocurrencia de caídas alcanzó casi el 50%²⁸. Este hallazgo puede estar asociado a una mayor restricción motora, ya sea por limitaciones propias del anciano o por restricción mecánica. Esto se debe al hecho de que entre el 37,4% y el 47,6% de los residentes eran incapaces de caminar a través de una habitación.

Entre los participantes que declararon haber sufrido caídas, entre el 47% y el 60% se habían caído una vez en los 12 meses anteriores a la encuesta. Se encontró una prevalencia ligeramente superior en un estudio que trataba de las caídas entre ancianos en una institución de larga estancia de un municipio de la región de la *Zona da Mata Mineira*, donde el 62,5% de los residentes se habían caído una vez en los últimos 12 meses, y el 37,5% de los participantes habían sufrido más de una caída en los últimos 12 meses²⁸.

Una encuesta realizada entre ancianos no institucionalizados arrojó datos muy diferentes, ya que el número de caídas en los últimos 12 meses fue, por término medio, del 2,84% entre los entrevistados, lo que demuestra que los ancianos de la comunidad se mueven más y, por lo tanto, están más expuestos a la posibilidad de caerse²⁹.

Estas evidencias confirman que el individuo puede tener otros episodios de caídas con cierta frecuencia a lo largo de su vida, lo que es muy preocupante ya que muchos factores están

interconectados con su ocurrencia²⁹. Cabe destacar que cuando los ancianos se caen, pueden desarrollar miedo e inseguridad, el miedo a “volver a caerse”, y esto tiene consecuencias negativas para su bienestar físico y funcional, ya que puede llevar a una pérdida de autonomía e independencia²⁷.

Más del 82,8% de los residentes que declararon haber sufrido una caída se encontraban en la ILEA. Estos datos son similares a los encontrados en un estudio realizado en el nordeste de Brasil, que mostró un mayor porcentaje de caídas en la institución en lugares como la lavandería, los pasillos, la cantina, las consultas y la zona de ocio³.

El principal motivo de las caídas de los residentes de este estudio fueron los resbalones/tropezos, que pueden estar asociados a la estructura física de las propias instituciones, como entornos con accesibilidad comprometida (escaleras, suelos irregulares, zonas húmedas, objetos en el suelo). Además, el uso de calzado inadecuado por parte de los residentes puede aumentar esta incidencia. Como las instituciones que participaron en este estudio son instituciones que albergan a personas vulnerables, la mayoría de ellas no pueden usar calzado adecuado y otras no logran adaptarse y prefieren sandalias de goma, que no sujetan los talones³.

Con relación a la necesidad de asistencia médica después de una caída, aproximadamente la mitad de los ancianos que se cayeron necesitaron asistencia médica, y este hallazgo es semejante al encontrado en un estudio sobre la ocurrencia de caídas en ancianos de la ciudad de Picos/PI, donde 40% necesitaron asistencia médica²⁹. Entre los que se cayeron, entre el 9,9% y el 29,6% presentaron fractura, y este hallazgo fue más prevalente que el encontrado en otro estudio, donde el 4,1% de los ancianos presentaron fractura²⁹. La prevalencia de caídas observada en este estudio fue menor, pero la ocurrencia de fracturas fue proporcionalmente mayor, mostrando una mayor fragilidad de los residentes o una mayor gravedad de las ocurrencias en un lugar que debería ser más seguro.

El foco de fractura más frecuente fue la cadera, la pelvis o el fémur. Las fracturas son una de las consecuencias más frecuentes de las caídas entre los ancianos, especialmente las de cadera y fémur, seguidas de las de muñeca²⁷.

En cuanto a las caídas, las consecuencias no son sólo físicas, sino también psicológicas y sociales, como la hospitalización, la institucionalización o la rehabilitación, lo que reduce la autonomía y aumenta los costes de la sanidad pública, siendo una de las principales causas de discapacidad y muerte²⁷.

En cuanto al estado funcional, se constató que la mayoría de los ancianos de todas las regiones son dependientes de al menos una de sus ABVD. Datos similares se encontraron en un

estudio que identificó el perfil social y sanitario de los residentes, en el que la mayoría de los participantes eran dependientes de sus ABVD³.

La dificultad para alimentarse osciló entre el 13,5% y el 20,1%. Cabe recordar que esta dificultad suele asociarse a ancianos más dependientes, y es muy superior a la prevalencia observada en un estudio realizado en 11 ILEA de Rio Grande do Sul, en el que sólo el 5% de los participantes eran dependientes alimentarios²³. La mayor prevalencia de dependencia funcional estaba relacionada con el baño, y oscilaba entre el 51,6% y el 60,5%. Datos similares fueron encontrados en otro estudio²³.

Este panorama de la dependencia funcional en las ILEA requiere una evaluación más profunda, ya que la dependencia a la que se hace referencia no deja claro si está relacionada con la limitación del propio anciano o con la estructura organizativa de la propia institución.

Es necesario estar atento a estas cuestiones relacionadas con la capacidad funcional del anciano, ya que con el paso del tiempo es común un mayor declive, que puede intensificarse con los años de residencia, requiriendo cuidados especializados para su prevención y tratamiento. Así, los ancianos aumentan gradualmente su dependencia y disminuyen su capacidad funcional, lo que es aún más común entre los ancianos institucionalizados¹⁶.

Los resultados apuntan a la necesidad de animar a los ancianos del entorno institucional a cuidar de sí mismos y a mantener y/o recuperar su capacidad funcional, independencia y autonomía durante el mayor tiempo posible, pero también a la importancia de que las instituciones ofrezcan actividades y cuidados que fomenten esta independencia¹¹. Este enfoque es importante, ya que la capacidad funcional tiene implicaciones directas en la calidad de vida de los ancianos y la incapacidad conduce a una mayor vulnerabilidad y dependencia, contribuyendo a una disminución del bienestar³.

En lo que respecta a las AIVD, se observó que la mayoría de los residentes no realizaban las actividades o la ILEA no se lo permitía. Lo que puede contribuir a esta situación es el hecho de que los ancianos llegan al centro con algún tipo de deficiencia, por lo que no realizan las AIVD¹⁴.

El hecho de que los ancianos no puedan realizar las AIVD, o que el ILEA no les permita realizarlas, significa que estas actividades tienen que ser llevadas a cabo por otras personas. Esta condición pone de manifiesto la dependencia estructural que se impone, aunque sea de forma velada, a estos residentes. Otro hecho a destacar es que las AIVD también están directamente relacionadas con la participación social, y cuando no están permitidas en las instituciones, puede aumentar el aislamiento del anciano. Los residentes no pueden salir, no pueden tomar su propia medicación, no pueden ir de compras, no pueden hacer las tareas

domésticas, no pueden “hacer nada”. La institución les limita, les quita la capacidad de vivir de forma autónoma e independiente.

Entre los ancianos evaluados, 60,7% caminaban. Datos contrarios fueron encontrados en un estudio realizado en Campo Grande/MS, en el cual hubo predominio de ancianos usuarios de silla de ruedas (69%), mientras que los que caminaban representaban el 25% de los participantes¹⁸. Además, entre el 13% y el 21% de los ancianos utilizan un dispositivo o instrumento de apoyo para atravesar un local mientras caminan, siendo el bastón el más utilizado. En un estudio realizado en Curitiba/PR se constató lo contrario, ya que la mayoría de los residentes evaluados utilizaban un dispositivo de ayuda para caminar¹⁸. En otro estudio realizado en un ILEA del estado de Minas Gerais, 43,1% de los ancianos utilizaban algún tipo de dispositivo¹³.

Los estudios sobre el uso de servicios de salud por ancianos en Brasil son escasos, especialmente entre ancianos institucionalizados, aunque esta población generalmente tiene varias demandas de salud (condiciones crónicas, discapacidades, multimorbilidad y polifarmacia) que requieren atención. Se observó que, dependiendo de la región, entre el 82,8% y el 89,3% de los residentes tuvieron una consulta médica en los 12 meses anteriores a la entrevista, cifra muy superior a la observada en otro estudio, en el que sólo el 46% tuvieron atención médica³⁰. La elevada proporción de consultas médicas realizadas en las ILEA puede ser un reflejo de la presencia de profesionales médicos en las instituciones.

En cuanto a la hospitalización, entre el 14,8% y el 19,3% de los residentes fueron hospitalizados. Este resultado es superior al encontrado en un estudio de ancianos no institucionalizados de cinco regiones del país, en el que el 11,1% de los participantes fueron hospitalizados³⁰.

Otro dato importante es que entre el 15,9% y el 22,1% de los ancianos de este estudio habían sido atendidos en servicios de urgencia/emergencia en los 12 meses anteriores a la recogida de datos. Datos similares se encontraron en un estudio que constató que el 16,4% de los ancianos que vivían en la comunidad buscaron este tipo de servicio³⁰.

Los estudios sobre el uso y el acceso a los servicios sanitarios por parte de los residentes de las ILEA son escasos, aunque se trata de una población más frágil y con grandes demandas de atención, por lo que cabe preguntarse si las personas reciben una atención adecuada en las instituciones o si están siendo desatendidas.

CONCLUSIÓN

Este estudio encontró un predominio de ancianos de sexo masculino de 80 años o más, con deterioro cognitivo. En cuanto a las condiciones de salud, la mayoría de los residentes presentaban multimorbilidad, con una prevalencia de enfermedades relacionadas con el sistema cardiovascular, en particular la HSA.

También se observó que casi la mitad de los residentes hacen un uso continuado de pañales, a pesar de que la incontinencia urinaria y fecal está presente en un pequeño número de ancianos. La gran mayoría utiliza medicación, con una polifarmacia prevalente en las regiones Sur y Sudeste. La cobertura de vacunación contra la gripe es satisfactoria.

Las caídas no fueron un acontecimiento significativo; en cambio, se demostró que suponían una mayor restricción física para los ancianos. Entre los que se cayeron, el principal motivo señalado fue resbalar/tropezar, y no precisaron asistencia sanitaria.

En cuanto a la condición funcional de los residentes, la mayoría camina (con y sin asistencia), lo que sugiere una mayor independencia para las ABVD, pero esto no se informó, lo que sugiere la presencia de dependencia estructural impuesta por las instituciones. La cobertura asistencial fue satisfactoria.

Es esencial un análisis continuo de las condiciones sanitarias y de las demandas existentes. Las instituciones deben ser evaluadas y adaptadas en términos de estructura, profesionales y políticas públicas actuales, con el fin de garantizar la atención con dignidad, calidad y seguridad.

Entre las limitaciones de este estudio está el hecho de que la muestra fue regional y no permitió una visión nacional, aunque se debe tener en cuenta que no se han realizado estudios regionales previos. La falta de estudios representativos para apoyar la discusión también fue un factor limitante, mostrando la necesidad de desarrollar futuros estudios, preferentemente con diseño longitudinal, que permitan análisis más consistentes y una planificación más adecuada de las políticas públicas dirigidas a esta población.

Asimismo, el enfoque transversal utilizado no permite trazar una panorámica evolutiva y el diseño descriptivo no establece relaciones causales entre las variables analizadas. Además, la utilización de un apoderado en más del 50% de las entrevistas en todas las regiones también podría ser una limitación.

REFERENCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2022 [Internet]. Brasília: IBGE; 2022 [citado el 22 abr 2024]. Disponible en: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>
2. Moura RF, Cesar CLG, Goldbaum M, Okamura MN, Antunes JLF. Fatores associados às desigualdades das condições sociais na saúde de idosos brancos, pardos e pretos na cidade de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2023 [citado el 22 abr 2024]; 28(3):897-907. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.08582022>
3. Rocha VA, Fernandes BKC, Furtado AM, Freitas MC, Lima AB, Chaves DNR, et al. Perfil social e de saúde de idosos institucionalizados. *International Journal of Development Research*. [Internet]. 2022 [citado el 10 mayo 2024]; 12(4):55155-59. Disponible en: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/24309.pdf>
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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 [Internet]. Brasília, DF: ANVISA; 2021 [citado el 22 abr 2024]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf
5. Caetano M, Guimarães GTD, Fiorotti MRO. Política de Assistência Social: avaliação da gestão municipal a partir do Censo SUAS. *Argumentum* [Internet]. 2021 [citado el 15 mayo 2024]; 13(1):187-98. DOI: <https://doi.org/10.47456/argumentum.v13i1.30158>
6. Ribeiro AE, Santos GS, Baldani MH. Edentulismo, necessidade de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos institucionalizados. *Saúde Debate* [Internet]. 2023 [citado el 20 mayo 2024]; 47(137):222-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313716>
7. Lebrão ML, Duarte YAO. Estudo das condições sociodemográficas e epidemiológicas dos idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos registradas no censo SUAS (Sistema Único de Assistência Social). Projeto de pesquisa apresentado ao Ministério da Saúde. São Paulo, 2015.
8. Icaza MC, Albala C. Projeto SABE. Minimental State Examination (MMSE) del estudio de dementia en Chile: análisis estatístico. Washington, D.C.: OPAS; 1999. (Investigaciones en Salud Pública Documentos Técnicos, 7).
9. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah Júnior CH, Chance JM, Filos RN. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol*. [Internet]. 1987 [citado el 20 feb 2024]; 37(3):323-9. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronj/37.3.323>

10. Santos A, Nunes B, Kislaya I, Gil AP, Ribeiro O. Estudo de validação em Portugal de uma versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica. *Análise Psicológica* [Internet]. 2019 [citado el 20 feb 2024]; 37(3):405-15. DOI: <https://doi.org/10.14417/ap.1505>
11. Rosa VPP, Urbanetto JS. Perfil sociodemográfico e clínico e sua associação com o grau de dependência em idosos institucionalizados. *Estud Interdiscipl Envelhec*. [Internet]. 2021 [citado el 20 mayo 2024]; 27(3):315-33. DOI: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.104973>
12. Christofolletti M, Duca GFD, Gerage AM, Malta DC. Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis em 2013 nas capitais brasileiras: prevalência e perfil sociodemográfico. *Epidemiol. Serv Saúde* [Internet]. 2020 [citado el 20 feb 2024]; 29(1):e2018487. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100006>
13. Bernardes TAA, Santana ET, Coutinho GG, Camisasca LR, Araújo GD, Pereira FAF, et al. Caracterização clínica e epidemiológica de idosos de uma instituição de longa permanência. *Enferm Foco* [Internet]. 2021 [citado el 15 abr 2024]; 12(3):588-93. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4397>
14. Lima VS, Sousa JPS, Cavalcanti SL, Cavalcante JC. Estado cognitivo e funcional de idosos institucionalizados de Maceió, Alagoas, Brasil. *Revista Portal: saúde e sociedade*. [Internet]. 2022 [citado el 11 abr 2024]; 7:e02207002. Disponible en: <https://doi.org/10.28998/rpss.e02207002>
15. Vasconcelos CLB, Bastos GCFC, Sousa IF, Almeida RJ. Qualidade de vida de idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira Militar de Ciências*. [Internet]. 2022 [citado el 11 abr 2024]; 8(20):23-9. DOI: <https://doi.org/10.36414/rbmc.v8i20.133>
16. Ferreira SP, Palma RS, Ribeiro KS, Miranda VCR, Teodoro ECM, Pereira ECA. Prevalência da síndrome da fragilidade e perfil clínico e sociodemográfico dos idosos institucionalizados de Pindamonhangaba/SP. *Fisioter Brasil* [Internet]. 2021 [citado el 19 mayo 2024]; 22(6):809-23. DOI: <https://doi.org/10.33233/fb.v22i6.4123>
17. World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia. Geneva: WHO; 2021 [citado el 24 jul 2024]. Disponible en: <https://digitalcommons.fiu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1962&context=srhreports>
18. Santos LV, Crovador GPR, Henke C, Macedo CPL, Ribeiro URVCO. Fatores associados com redução da capacidade funcional em idosos de uma Instituição de Longa Permanência no município de Curitiba – PR. *Res Soc Dev*. [Internet]. 2023 [citado el 03 abr 2024]; 12(7):e14812742652. Disponible en: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i7.42652>

19. Souza AP, Rezende KTA, Marin MJS, Tonhom SFR, Damaceno DG. Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2022 [citado el 21 mayo 2024]; 27(5):1741-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23112021>
20. Faria FP, Souza FSL. Risco de queda em idosos com incontinência urinária. *Pensar Acadêmico* [Internet]. 2023 [citado el 21 mayo 2024]; 21(5):1535-56. DOI: <https://doi.org/10.21576/pensaracadmico.2023v21i5.4070>
21. Costa EM, Moreira VG, Neri AL, Ferriolli E, Pereira LS, Drummond FM, et al. Cuidados de saúde, capacidade funcional e incontinência urinária estão associados à incontinência fecal? Estudo Fibra-BR. *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2023 [citado el 21 mayo 2024]; 17:e0230028. DOI: <https://doi.org/10.53886/gga.e0230028>
22. Silva JLA, Fonseca CD, Stumm EMF, Rocha RM, Silva MR, Barbosa DA. Fatores associados à infecção de trato urinário em Instituição de Longa Permanência para idosos. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2021 [citado el 03 abr 2024]; 74(Supl 2):e20200813. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0813>
23. Güths JFS, Jacob MHVM, Santos AMPV, Arossi GA, Béria JU. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2017 [citado el 07 mayo 2024]; 20(2):175-85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160058>
24. Ciola G, Silva MF, Yassuda MS, Neri AL, Borim FSA. Dor crônica em idosos e associações diretas e indiretas com variáveis sociodemográficas e de condições de saúde: uma análise de caminhos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2020 [citado el 07 mayo 2024]; 23(3):e200065. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.200065>
25. Rozenbaum R. Vacinação no idoso. *Medicina, Ciências e Arte* [Internet]. 2023 [citado el 03 jun 2024]; 2(3):38-60. Disponible en: <https://www.medicinacienciaearte.com.br/revista/article/view/68/63>
26. Silva PVC, Nicoli LHS, Oliveira SH, Tavares LOM, Guimarães EAA, Oliveira VC. Cobertura de vacinação anti-influenza em idosos, Minas Gerais, Brasil. *Res Soc Dev*. [Internet]. 2021 [citado el 07 mayo 2024]; 10(6):e3610615222. Disponible en: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15222>
27. Sofiatti SL, Oliveira MM, Gomes LM, Vieira KVS. A importância da fisioterapia na capacidade funcional de idosos com risco de quedas. *Revista Brasileira Militar de Ciências*

[Internet]. 2021 [citado el 03 abr 2024]; 7(17):31-7. DOI:

<https://doi.org/10.36414/rbmc.v7i17.87>

28. Montenário JVC, Oliveira GS, Vieira SE, Reis RH, Brinati LM, Cheloni IG. Prevalência de quedas entre idosos de uma instituição de longa permanência. Nursing. [Internet].

2021[citado el 01 mayo 2024]; 24(281):6309-18. Disponible en:

<https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1975/2395>

29. Moura EM, Pereira FTS, Moura PL, Feitosa LMH, Leal LB, Cirino IP, et al. Quedas em idosos: inquérito de saúde domiciliar. Revista Foco [Internet]. 2023 [citado el 10 mayo 2024];

16(6):e2157. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n6-031>

30. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Lima RCD, Facchini LA. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2020

[citado el 10 mayo 2024]; 25(6):2213-26. DOI: [https://doi.org/10.1590/1413-](https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27792018)

[81232020256.27792018](https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27792018)

Editor asociado: Rafael Gomes Ditterich

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses

Financiación: no hubo

Contribuciones:

Conceptualización - Duarte YAO, Oliveira JM, Watanabe HAW

Investigación - Duarte YAO, Oliveira JM, Watanabe HAW

Redacción - primera redacción - Oliveira JM

Redacción - revisión y edición - Duarte YAO, Watanabe HAW

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Oliveira JM, Duarte YAO, Watanabe HAW. Condiciones de salud y demandas asistenciales de los residentes en Instituciones de Larga Estancia: panorama regional. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2024 [citado el *insertar el día, mes y año de acceso*]; 12(3):e7844. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v12i3.7844>.

Como citar este artigo (ABNT)

OLIVEIRA, J. M.; DUARTE, Y. A. O.; WATANABE, H. A. W. Condiciones de salud y demandas asistenciales de los residentes en Instituciones de Larga Estancia: panorama regional. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, MG, v. 12, n. 3, e7844, 2024. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v12i3.7844>. Acceso el: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artigo (APA)

Oliveira, J. M., Duarte, Y. A. O., & Watanabe, H. A. W. (2024). Condiciones de salud y demandas asistenciales de los residentes en Instituciones de Larga Estancia: panorama regional. Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc., 12(3), e7844. Recuperado el: *insertar el día, mes y año de acceso de* <https://doi.org/10.18554/refacs.v12i3.7844>.



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons