OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing
ISSN: 1676 - 4285 | www.objnursing.uff.br

Envío: 19-Dec-2025
Aprobado: 27-Apr-2026

CORRELACIÓN ENTRE INDICADORES DE CALIDAD EN ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA PARA ADULTOS MAYORES: ESTUDIO DE IMPLEMENTACIÓN

CORRELAÇÃO ENTRE INDICADORES DE QUALIDADE EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ESTUDO DE IMPLEMENTAÇÃO

CORRELATION BETWEEN QUALITY INDICATORS IN LONG-TERM CARE FACILITIES FOR OLDER ADULTS: IMPLEMENTATION STUDY

Alexandre Félix Galdino[1] ORCID: 0009-0001-9478-7689
Amanda Ribeiro Vivas da Corte[1] ORCID: 0009-0008-8210-8379
Marina de Freitas Lopes[1] ORCID: 0009-0003-3573-9542
Ramon de Araujo Pontes[1] ORCID: 0009-0008-4342-1362
Rayane Cristina de Assis da Silva[1] ORCID: 0009-0002-6898-4950
Alice Silva Osterne Ribeiro[1] ORCID: 0000-0001-5312-8188
Julia Campos de França[2] ORCID: 0000-0002-8164-3889
Celeste Maria Thomaz Campos[2] ORCID: 0009-0009-8925-3402
Gladston Jose de Paula Santos[2] ORCID: 0009-0002-9850-2406
Francisca Jaqueline Freitas[2] ORCID: 0009-0008-0087-2550
Francisco Victor Hugo Magalhães Souza[2] ORCID: 0009-0008-5683-027X
Heitor Moreira Gomes[2] ORCID: 0000-0002-1414-9987
Stefany Cassano Quintão[2] ORCID: 0009-0004-2878-3083
Ana Luiza Campos Sampaio[2] ORCID: 0009-0006-4186-5205
Rosimere Ferreira Santana[1] ORCID: 0000-0002-4593-3715

1 Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.
2 Villa Vecchia Hospedagens, Serviços e Eventos LTDA. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

Cómo citar: Galdino AF, Corte ARV, Lopes MF, Pontes RA, Silva RCA, Ribeiro ASO, et al. Correlation between quality indicators in long-term care facilities for older adults: implementation study. Online Braz J Nurs. 2026;25(1):e20266929. https://doi.org/10.17665/1676-4285.20266929

RESUMO

Objetivo: Correlacionar indicadores de avaliação da qualidade em Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Método:** Estudo de implementação, longitudinal, prospectivo realizado com ciclos de treinamento da equipe multidisciplinar e monitoramento mensal e/ou semestral de 21 indicadores, coletados em planilha em Excel durante um ano (maio/2023 e agosto/2024), discutidos em reunião mensal com a equipe, líder de pesquisa e bolsistas acadêmico. Para análise foi aplicado o Teste de Spearman para correlações significativas (p<0,05; p<0,10). Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Análise longitudinal dos indicadores revelou padrões clínicos geriátricos consagrados na literatura e outros sazonais como: Mortalidade correlacionou-se com desnutrição (0,033); Diarreia com infecção urinária (0,010) Dor (0,032) ausência de visita dos familiares (0,002) pediculose (0,021); Desnutrição com Lesão por pressão (0,026); Infecção urinária com Dor (0,011); Constipação com infeção respiratória (0,026); Queda com funcionalidade (0,043) e Lesão por fricção (0,095; p<0,10); Funcionalidade com Cuidados bucais (0,029); Dor com ausência de visita familiares (0,026) Pediculose (0,010). **Conclusão:** Esse estudo recomenda a ampliação dos indicadores como estratégia para qualificar a avaliação da assistência prestada nas Instituições de Longa Permanência para Idosos a fim de identificar fragilidades, reconhecer boas práticas e alocar eficientemente os recursos.
Descritores: Instituições de Longa Permanência para Idosos; Enfermagem Geriátrica; Saúde do Idoso; Serviços de Saúde para Idosos; Indicadores de Qualidade.

ABSTRACT

Objective: To correlate quality assessment indicators in Long-Term Care Facilities for Older Adults. **Method:** Longitudinal, prospective implementation study conducted through training cycles for the multidisciplinary team and monthly and/or semiannual monitoring of 21 indicators, collected in an Excel spreadsheet over one year (May 2023 to August 2024) and discussed in monthly meetings with the team, the research leader, and academic fellows. Spearman's test was applied to identify significant correlations (p<0.05; p<0.10). The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** Longitudinal analysis of the indicators revealed geriatric clinical patterns well established in the literature and others that were seasonal, such as: mortality was correlated with malnutrition (0.033); diarrhea with urinary tract infection (0.010), pain (0.032), absence of family visits (0.002), and pediculosis (0.021); malnutrition with pressure injury (0.026); urinary tract infection with pain (0.011); constipation with respiratory infection (0.026); falls with functionality (0.043) and friction injury (0.095; p<0.10); functionality with oral care (0.029); pain with absence of family visits (0.026) and pediculosis (0.010). **Conclusion:** This study recommends expanding the indicators as a strategy to qualify the assessment of care provided in Long-Term Care Facilities for Older Adults in order to identify weaknesses, recognize good practices, and efficiently allocate resources.
Descriptors: Homes for the Aged; Geriatric Nursing; Health of the Elderly; Health Services for the Aged; Quality Indicators.

RESUMEN

Objetivo: Correlacionar indicadores de calidad mediante la evaluación multiprofesional de personas mayores residentes en Instituciones de Larga Estancia para Personas Mayores. **Método:** Estudio de implementación, longitudinal y prospectivo, llevado a cabo mediante ciclos de formación del equipo multidisciplinar y un seguimiento mensual y/o semestral de 21 indicadores, recopilados en una hoja de cálculo de Excel durante un año (mayo de 2023 y agosto de 2024), que se analizaron en reuniones mensuales con el equipo, el responsable de la investigación y los becarios académicos. Para el análisis se aplicó la prueba de Spearman para detectar correlaciones significativas (p < 0,05; p < 0,10). Estudio aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** El análisis longitudinal de los indicadores reveló patrones clínicos geriátricos bien establecidos en la literatura y otros de carácter estacional, tales como: la mortalidad se correlacionó con la desnutrición (0,033); la diarrea con la infección urinaria (0,010); el dolor (0,032); la ausencia de visitas de familiares (0,002); y la pediculosis (0,021); la desnutrición con las úlceras por presión (0,026); Infección urinaria con dolor (0,011); Estreñimiento con infección respiratoria (0,026); Caída con funcionalidad (0,043) y Lesión por fricción (0,095; p < 0,10); Funcionalidad con cuidados bucales (0,029); Dolor con ausencia de visitas familiares (0,026); Pediculosis (0,010). **Conclusión:** Este estudio recomienda ampliar los indicadores como estrategia para mejorar la evaluación de la asistencia prestada en los centros de larga estancia para personas mayores, con el fin de identificar puntos débiles, reconocer las buenas prácticas y asignar los recursos de manera eficiente.
Descriptores: Hogares para Ancianos; Enfermería Geriátrica; Salud del Anciano; Servicios de Salud para Ancianos; Indicadores de Calidad.

Editores:
Rosimere Ferreira Santana (ORCID: 0000-0002-4593-3715)
Geilsa Soraia Cavalcanti Valente (ORCID: 0000-0003-4488-4912)

Editora:
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF
Rua Dr. Celestino, 74 – Centro, CEP: 24020-091 – Niterói, RJ, Brasil
Correo electrónico de la revista: objn.cme@id.uff.br

Autor Correspondiente:
Alexandre Félix Galdino
E-mail: alexandre21feliz@gmail.com

Lo que ya se sabe:

- Los centros de larga estancia para personas mayores se han ampliado para ofrecer servicios sociosanitarios híbridos, que abarcan tanto las necesidades sanitarias como las sociales.
- En Brasil, la Resolución del Consejo de Administración n.º 502/2021 de la ANVISA establece un conjunto mínimo de seis (6) indicadores obligatorios.
- La bibliografía especializada señala que los indicadores normativos son insuficientes para reflejar la complejidad de la atención geriátrica, que exige enfoques multidimensionales y multiprofesionales.

Lo que este artículo aporta:

- El estudio implementa y supervisa 15 nuevos indicadores de calidad relacionados con la geriatría y la gerontología.
- El uso de un programa de formación, basado en los ciclos Plan–Do–Check–Act, ha resultado relevante para la implementación de los indicadores.
- Se han observado correlaciones entre los indicadores que ponen de manifiesto la multicomplejidad y las intersecciones de la atención gerontológica.

INTRODUCCIÓN

La búsqueda de la mejora continua de la calidad en los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAMs) impulsa la consolidación de prácticas asistenciales seguras y centradas en la persona mayor[1]. Este proceso implica la evaluación sistemática, la planificación y la implementación de acciones dirigidas a los estándares de cuidado y a la promoción de resultados asistenciales[2]. En este contexto, la evaluación de la calidad está mediada por indicadores que miden el desempeño institucional y guían el proceso de toma de decisiones, sustentando la gestión basada en evidencias.

Las instituciones de larga estancia para personas mayores (ILPI) son servicios de carácter residencial destinados a personas de 60 años o más que necesitan cuidados continuos, seguimiento multiprofesional y asistencia sanitaria[3]. En Brasil, su origen se remonta al modelo asistencialista y filantrópico, como las casas de caridad. Con el avance del envejecimiento de la población y las políticas públicas orientadas a las personas mayores, estas instituciones han experimentado una importante transformación normativa y conceptual, incorporando principios de dignidad, autonomía, fomento de la funcionalidad y seguridad del paciente[4,5].

La normativa sanitaria se consolidó inicialmente mediante la Resolución del Consejo de Administración n.º 283 y, posteriormente, se actualizó mediante la Resolución del Consejo de Administración n.º 502 de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, que estableció requisitos estructurales, organizativos y de seguimiento de seis indicadores que deben supervisarse en los centros de larga estancia para personas mayores: tasa de mortalidad, incidencia de enfermedades diarreicas, incidencia de sarna, incidencia de deshidratación, prevalencia de úlceras por presión y prevalencia de desnutrición[3].

Estos indicadores constituyen el mínimo de seguimiento, pero su alcance sigue siendo limitado dada la complejidad de la atención geriátrica, por lo que es necesario ampliarlos incluyendo parámetros que evalúen los aspectos funcionales, emocionales y sociales del envejecimiento. La bibliografía señala que los indicadores normativos son insuficientes para captar la complejidad de la atención geriátrica y gerontológica, así como, de forma holística, los aspectos multidimensionales y multiprofesionales que intervienen[6-8].

En consonancia con la bibliografía que destaca la prevalencia de las enfermedades crónicas, las limitaciones funcionales y la creciente demanda de cuidados gerontológicos como algunos de los principales retos asociados al envejecimiento, junto con los contextos de vulnerabilidad social, la falta de apoyo familiar y la elevada dependencia funcional, lo que exige respuestas integradas por parte de los sistemas de salud y asistencia social[9-10].

En este contexto, los centros de larga estancia para personas mayores desempeñan un papel fundamental al ofrecer una atención continua orientada a promover la dignidad y la calidad de vida de los residentes. Sin embargo, las diferencias entre las regiones brasileñas en cuanto a las desigualdades estructurales, la escasez de profesionales cualificados y las limitaciones de accesibilidad merman la calidad de los servicios de las instituciones de larga estancia para personas mayores en todo Brasil[11]. Esto refuerza la necesidad de realizar estudios de implementación que pongan de manifiesto la importancia de realizar un seguimiento de indicadores multidimensionales y sus correlaciones con la atención sanitária.

No obstante, se ha establecido como objetivo de este estudio: correlacionar los indicadores de evaluación de la calidad en los centros de larga estancia para personas mayores. De este modo, se pretende reforzar los indicadores multidimensionales, crear instrumentos de autoevaluación aplicables a la realidad institucional de los cuidados de larga duración, junto con la formación profesional continua y la mejora de los sistemas de seguimiento basados en indicadores que orienten la toma de decisiones y promuevan la mejora de la calidad asistencial. De este modo, se pretende contribuir a un enfoque más amplio de la calidad de la atención, integrando los aspectos físicos, emocionales y sociales del envejecimiento.

MÉTODO

Se trata de un estudio de implementación, longitudinal y prospectivo, en el que se han seguido las directrices de SQUIRE 2.0 (*Standards for Quality Improvement Reporting Excellence*).

Contexto

Estudio realizado en una residencia para personas mayores, situada en la ciudad de Niterói, que lleva 24 años contribuyendo a un envejecimiento digno con una atención esmerada, durante el periodo comprendido entre mayo de

2023 y agosto de 2024. Esta residencia de larga estancia para personas mayores forma parte, en calidad de institución colaboradora, del Proyecto de Extensión ILPI Escola en el ámbito de la enseñanza teórico-práctica de grado y de la residencia multiprofesional en salud de las personas mayores.

La institución cuenta con 40 plazas, variando en su tasa de ocupación, con 28 residentes, y en grado de complejidad, lo que demanda un abordaje multidisciplinario en el cuidado. Para este estudio, se incluyeron inicialmente 26 personas mayores institucionalizadas durante al menos tres meses para garantizar una mayor estabilidad en las condiciones de salud y consistencia en los datos recolectados, a pesar de la variabilidad por la tasa de mortalidad y de admisión. El equipo multidisciplinar de la institución se incorporó y participó en la puesta en marcha de la investigación: 2 médicos, 2 enfermeros, 2 fisioterapeutas, 2 nutricionistas, 2 psicólogos, 5 residentes y becarios de medicina y enfermería, que recopilaron y supervisaron los indicadores definidos por el estudio[12].

Intervención

La implementación se llevó a cabo en el marco de un programa de extensión de la Universidad Federal Fluminense denominado ILPI-Escola, basado en el modelo *Plan-Do-Check-Act* (PDCA), en el que los ciclos continuos de planificación, ejecución, análisis y ajustes promueven la mejora progresiva de la atención y la medición de los indicadores[13,14], tal y como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1 – Aplicación práctica del ciclo PDCA para la implementación de mejora de calidad en la ELEAM. Niterói, RJ, Brasil, 2025

ETAPA DEL PDCA	APLICACIÓN PRÁCTICA
Planificar (*Plan*)	Se realizó el diagnóstico situacional de la ELEAM, identificando las principales fragilidades relacionadas con el seguimiento de la salud de los residentes y la ausencia de indicadores sistematizados. Con base en este análisis, se seleccionaron 21 indicadores de salud, elaborados a partir de evidencia científica y ajustados a las necesidades específicas de la población institucionalizada. Se definieron, entonces, las metas de desempeño, los responsables de las recolecciones y la periodicidad de monitoreo.
Ejecutar (*Do*)	Los indicadores propuestos fueron implementados en la rutina de la institución, asegurando la estandarización de los registros y la comprensión de los criterios de evaluación. Se inició el registro de los datos y el seguimiento inicial de los resultados.
Verificar (*Check*)	Se realizó el análisis de los resultados obtenidos a partir de los indicadores aplicados, lo que permitió identificar avances, lagunas e inconformidades, además de verificar la adecuación de los instrumentos y la adhesión del equipo a las nuevas prácticas.
Actuar (*Act*)	Con base en la información analizada, se ajustaron los indicadores y procesos, estandarizando las mejoras consolidadas y el refuerzo de las acciones que demostraron efectividad. Se buscó garantizar la sostenibilidad de los cambios y fomentar la cultura de mejora continua en la institución.

Fuente: elaborado por los autores, 2025.

Cada ciclo contó con la participación del equipo de investigación y de la institución, utilizando el monitoreo comparativo de datos antes, durante y después de las intervenciones como principal instrumento para verificar los cambios registrados y discutidos en las reuniones mensuales. El equipo multidisciplinario revisaba continuamente los datos y realizaba los ajustes necesarios, manteniendo un ciclo de *feedback* fundamentado en el PDCA, útil para validar la efectividad de las intervenciones y confirmar su relación con la mejora de la calidad del cuidado y de la salud de los residentes.

El equipo multidisciplinario actuó en la aplicación y monitoreo de los indicadores, con reunión mensual para presentación y discusión, conforme a sus competencias: nutricionistas acompañaron desnutrición, deshidratación y consistencia alimentaria; fisioterapeutas caídas y funcionalidad; enfermeros lesiones y contención; médicos dolor, infecciones, revisión medicamentosa, desprescripción y alteraciones conductuales; odontólogo salud bucal; psicólogo ausencia familiar y participación en las actividades. Este abordaje integrado y multidimensional posibilitó la intervención sistemática y adaptada a las necesidades específicas de los residentes.

Capacitación del equipo

La confiabilidad de los datos fue garantizada por la estandarización de los procedimientos de recolección de datos y capacitación del equipo multidisciplinario en 4 entrenamientos de 2 horas, organizados de modo sistemático para garantizar uniformidad en la medición de los indicadores[9,12,13]. El análisis se basó en la triangulación de datos cuantitativos y cualitativos, abarcando variables ambientales, comunicacionales entre el equipo, de rotación de profesionales y adhesión de los residentes y su influencia en los resultados observados[14,15].

Para garantizar la captación e interpretación continua de las barreras y facilitadores a lo largo de la intervención, se adoptó un modelo de monitoreo participativo. Reuniones regulares con el equipo multidisciplinario permitieron acompañar la evolución de los indicadores, levantar dificultades emergentes e identificar adaptaciones necesarias. Los cambios contextuales como estacionalidad, alteración en el perfil de los residentes o rotación de personal fueron

documentados e incorporados al análisis para una mejor interpretación de los resultados. También se implementaron sistemas de seguimiento y auditoría interna, con revisión cíclica de los datos en cada etapa de intervención[10,16,17].

Mediciones

Este estudio avanza en la evaluación ampliada de 15 indicadores, a saber: infección urinaria; estreñimiento; caídas; funcionalidad; cognición; úlceras por presión; reducción de la medicación; cambio en la consistencia de la alimentación; alteraciones conductuales; infecciones del tracto respiratorio; dolor; higiene bucal; ausencia de visitas de familiares; no participación en actividades; y pediculosis. Estos indicadores se han obtenido mediante una revisión sistemática de la bibliografía y un debate en equipo; se describen en la «Guía práctica para la medición de indicadores con listas de verificación instructivas para el equipo multiprofesional», que se incluye como **material complementario** de este artículo y que figura en la Tabla 2.

El equipo asistencial realizaba las mediciones a diario, mientras que el equipo de investigación lo hacía semanalmente; además, cada mes se llevaba a cabo un análisis conjunto de los casos para su inclusión en la hoja de cálculo. Se hicieron excepciones con tres (3) indicadores, que se evaluaban semestralmente o en función de los cambios en el cuadro clínico-social de la persona mayor.

Tabla 2 – Definición conceptual y operacional de las medidas de mejora de la calidad. Niterói, RJ, Brasil, 2025

Nº	INDICADOR DE MEJORA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	REFERENCIAS
1	MORTALIDAD*	Número de óbitos entre los residentes de la institución.	Número de óbitos ocurridos y anotados en el historial médico con el motivo de la muerte y circunstancias.	(3,7,11,16,17)
2	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA*	Síndrome causada por varios agentes etiológicos cuya manifestación predominante es el aumento del número de evacuaciones, con heces acuosas o de poca consistencia. Con frecuencia, es acompañada de vómito, fiebre y dolor abdominal.	Número de personas mayores con registro en el historial del paciente, con número de episodios y aspecto, relación con medicamentos y/o condición clínica.	(3,18,19)
3	ESCABIOSIS*	Parasitosis de la piel causada por un ácaro cuya penetración causa lesiones en forma de vesículas, pápulas o pequeños surcos, donde ocurre deposición de huevos.	Número de personas mayores con registro en el historial del paciente e iniciar medidas para prevención de la transmisión a otros residentes.	(3)
4	DESHIDRATACIÓN*	Falta de cantidad suficiente de líquidos corporales para mantener las funciones normales en un nivel adecuado; deficiencia de agua y electrolitos corporales con pérdidas superiores a la ingesta.	Número de personas mayores con examen de laboratorio Urea-Creatinina en sangre >20 mg/dL; evaluar visualmente la lengua y la sequedad de las mucosas; turgencia cutánea deficiente. Presentación de 2 de estos síntomas: membranas mucosas secas, constipación, hipotensión, lengua hinchada, ojos hundidos e infección crónica. Se considera un episodio de deshidratación cuando: una hospitalización por deshidratación, una administración en el sitio de fluidos intravenosos para deshidratación o BUN/creatinina >25:1.	(3,16,19)
5	LESIÓN POR PRESIÓN*	Daño localizado en la piel y/o tejido blando subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea o debido al uso de dispositivos de salud. La lesión puede presentarse en piel íntegra o como lesión abierta, pudiendo ser dolorosa. Ocurre como resultado de una presión intensa y/o prolongada o en combinación con el cizallamiento.	Número de residentes con lesión por presión identificada, con riesgo evaluado por medio de la Escala de Braden, registro de la categoría de la lesión, medición del tamaño (longitud, ancho y profundidad), tipo de cobertura utilizada y evaluación del estado nutricional, con reevaluación de las lesiones de espesor parcial en hasta dos semanas, conforme a registro en el historial.	(3,19,20,21)
6	DESNUTRICIÓN*	Condición causada por ingesta o digestión inadecuada de nutrientes, proveniente de dieta no balanceada, problemas digestivos, problemas de absorción o problemas similares.	Número de residentes evaluados en cuanto al estado nutricional, con registro del peso corporal e identificación de reducción de la ingesta oral, documentación de pérdida ponderal, presencia de condiciones comórbidas asociadas, investigación de causas potencialmente reversibles y consideración de alternativas a la alimentación oral (sonda enteral o gastrostomía) cuando esté indicado. La evaluación nutricional deberá ser realizada por medio de la Mini Evaluación Nutricional (MAN), circunferencia de la pantorrilla, pliegues cutáneos y bioimpedancia, cuando esté disponible, así como dosificación de proteínas séricas en casos graves, conforme a registro en el historial.	(3,19,20,21)

Nº	INDICADOR DE MEJORA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	REFERENCIAS
7	INFECCIÓN URINARIA	Infección bacteriana que afecta la vejiga y estructuras asociadas, siendo la causa más común de hospitalización entre personas mayores. Puede ser causada por la higiene íntima incorrecta, baja ingesta de agua, diabetes y constipación.	Número de diagnósticos clínicos de infección urinaria confirmados por síntomas (disuria, fiebre, cambio conductual) y/o examen de laboratorio en el historial; orina tipo I y urocultivo.	(22)
8	CONSTIPACIÓN	Síntoma caracterizado por: heces endurecidas, evacuaciones irregulares, necesidad de un esfuerzo excesivo para evacuar, un intento persistente de evacuar en tiempo excesivo o que resulte en poca producción de heces.	Número de residentes con registros de constipación intestinal en el historial por el equipo de enfermería, caracterizada por relato de cuidadores o del propio residente de ausencia de evacuación por período prolongado, heces endurecidas, esfuerzo evacuatorio, así como por la identificación de masa fecal palpable durante la evaluación clínica, conforme a documentación asistencial.	(19,23)
9	CAÍDA	Desplazamiento no intencional del cuerpo a un nivel inferior a la posición inicial, provocado por circunstancias multifactoriales, resultando o no en daño.	Número de caídas ocurridas entre los residentes en un determinado período, con o sin consecuencias físicas, registradas en el historial como evento adverso, con apertura y seguimiento de protocolo institucional de prevención y manejo de caídas, conforme a documentación asistencial.	(24)
10	FUNCIONALIDAD	Engloba todas las funciones del cuerpo, actividades y participación, indicando los aspectos positivos o facilitadores de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales.	Evaluación semestral de la pérdida o mantenimiento de la funcionalidad de los residentes por medio de escalas estandarizadas, incluyendo el Índice de Barthel, la prueba Timed Up and Go y la medición de la fuerza de prensión palmar, con registro de los resultados en el historial para monitoreo de la capacidad funcional a lo largo del tiempo.	(16,24,25)
11	COGNICIÓN	Capacidad de percibir, integrar, comprender y responder adecuadamente a todos los estímulos del ambiente en el que una persona está inserta.	Evaluación Semestral de residentes con pérdida o mantenimiento de la cognición por escalas (MMSE y CDR para los no aplicables) y detección precoz de déficits neurocognitivos.	(9,13)
12	LESIÓN POR FRICCIÓN	Herida en la piel común en individuos en extremos de edad, caracterizada por la presencia de colgajo de piel que puede ser epidérmico, cuando hay traumatismo que separa la epidermis de la dermis, o dermoepidérmico, cuando el traumatismo separa la dermis y epidermis de las estructuras adyacentes. Tiene como principales causas cizallamiento, fricción y traumas sin corte.	Número de casos de lesión por fricción identificados entre los residentes, clasificados en cuanto a la gravedad y al riesgo, evaluados por medio de escala estandarizada (STAR – Skin Tear Audit Research), con registro en el historial para monitoreo y seguimiento de las lesiones.	(26,27)
13	DESPRESCRIPCIÓN MEDICAMENTOSA	Interrupción de la prescripción de ciertas medicaciones basado en la evaluación del riesgo-beneficio de cada medicamento para minimizar la polifarmacia y, consecuentemente, los riesgos a la salud que pueden causar.	Número de medicamentos suspendidos con base en la evaluación de los riesgos y beneficios, evitando polifarmacia.	(28,29)
14	CAMBIO DE CONSISTENCIA ALIMENTARIA	Alteración en la consistencia de la dieta (pastosa, líquida, triturada), por indicación nutricional, médica o fonoaudiológica frente a la necesidad de atención a las dificultades de deglución, disfagia, problemas digestivos u otras condiciones neurocognitivas que afecten el comportamiento alimentario.	Número de personas mayores residentes que tuvieron alteraciones en la textura y consistencia de los alimentos.	(20,25)
15	ALTERACIONES CONDUCTUALES	Cambio de comportamiento habitual con alteraciones de humor, expresando apatía, agresividad y/o agitación.	Número de residentes con episodios de alteraciones conductuales identificados en evaluación por el equipo multiprofesional, medidos por medio del Inventario Neuropsiquiátrico (NPI), con registro en el historial para monitoreo de la frecuencia y de la gravedad de los síntomas.	(9,30,31)
16	INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO	Infecciones que provocan obstrucción en el paso del aire, afectando el tracto respiratorio superior y/o inferior, estando entre las principales causas de morbimortalidad en todo el mundo.	Número de diagnósticos de infecciones respiratorias (vias superiores o inferiores), con confirmación clínica.	(16,32)

Nº	INDICADOR DE MEJORA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	REFERENCIAS
17	DOLOR	Es una experiencia sensorial y emocional asociada a alguna lesión real o potencial de los tejidos.	Número de residentes con dolor identificado en evaluaciones regulares utilizando escalas de dolor estandarizadas: EVA y/o Evaluación del dolor en escalas para demencia avanzada (PAINAD).	(9,10,11)
18	CUIDADOS BUCALES	Visita del odontólogo al residente, conforme a lo solicitado por la familia o por el equipo multidisciplinario.	Evaluación Semestral realizadas con acciones de cuidado bucal: cepillado supervisado, uso de prótesis adecuadas, uso de técnicas adaptadas.	(19,33)
19	AUSENCIA DE VISITA DE FAMILIARES	Control de las visitas a los huéspedes, tanto para seguimiento como para socialización de la persona mayor.	Número de residentes que no recibieron visitas en el mes conforme a registros de control de entrada y salida de visitantes.	(15,34)
20	NO PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES	Medio de análisis de la participación de la persona mayor en las actividades propuestas por todo el equipo, regulando sua socialización y los niveles de complejidad y progresión de la enfermedad.	Número de residentes que no participaron en ninguna de las actividades programadas en el mes, correlacionando con grado de dependencia o desinterés, incluso después de la adaptación de la actividad de forma personalizada.	(1,13)
21	PEDICULOSIS	Infestación causada por el ectoparásito hematófago *Pediculus humans capitis*, localizada principalmente en el cuero cabelludo. Causan lesiones pruriginosas locales y pueden manifestar complicaciones como infecciones bacterianas, micosis y miasis caso no tratado adecuadamente.	Número de casos diagnosticados de pediculosis entre los residentes.	(35)

*Indicador RDC 502 Anvisa.
Fuente: elaborado por los autores, 2025.

Análisis de los indicadores

La información se integró en una hoja de cálculo de mejora continua, lo que permitió correlacionar los resultados e identificar los factores que influyeron en la eficacia de las medidas[14]. Se adoptó un enfoque longitudinal con recopilaciones de datos en múltiples periodos para evaluar las variaciones temporales y distinguir los efectos de la intervención de los factores contextuales o estacionales[9,10]. Los indicadores se supervisaron en ciclos mensuales y semestrales durante un año, identificando tendencias y patrones[16]. Se utilizó la prueba de Spearman, adecuada para variables ordinales o continuas que no siguen una distribución normal, convirtiendo los datos en clasificaciones y generando un coeficiente de correlación (r) entre -1, correlación negativa perfecta (aumento de una variable asociado a la disminución de otra), y +1, correlación positiva perfecta (aumento simultáneo de ambas variables). Cabe destacar que la correlación no implica una relación causal entre las variables[9]. Se adoptaron niveles de significación del 5 % y del 10 % (p <0,05; p <0,10), considerándose que la correlación era estadísticamente significativa cuando el valor p era inferior a dichos límites.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución con el número de dictamen 7.202.873, CAAE: 81010724.8.0000.8160, lo que garantiza el cumplimiento de los principios éticos de la Resolución n.º 466/2012 del Consejo Nacional de Salud. Cabe destacar que los participantes, o sus representantes legales, dieron su consentimiento informado. Además, se garantizó el anonimato de las personas mayores internadas en centros asistenciales y la confidencialidad de los datos recopilados.

RESULTADOS

La Tabla 3 presenta las principales características del perfil de las personas mayores institucionalizadas.

Al analizar la edad media, se observa un perfil de personas mayores en su mayoría mujeres, de edad muy avanzada (más de 85 años), cuyo diagnóstico principal es el síndrome demencial, con una amplia variación en la duración de la hospitalización, aunque, como era de esperar, la mayoría os oscila entre 1 y 5 años, con una media de 4,19; en cuanto al grado de dependencia asistencial, la mayoría (el 88,47 %) depende de ayuda para las actividades de la vida diaria, principalmente para el aseo y el autocuidado.

En la Tabla 4 se observan las correlaciones entre los indicadores medidos; es decir, esto explica la complejidad de la atención, ya que, a menudo, las personas mayores presentan afecciones clínicas asociadas y es necesaria una evaluación multidimensional en geriatría en los centros de residencia para personas mayores. Además, en el caso de las personas mayores que residen desde hace mucho tiempo en el centro, es necesario realizar un seguimiento sistemático de la evaluación. Se destaca, en color gris, la correlación significativa al nivel de 0,05 (bilateral) y, en color naranja, la correlación significativa al nivel de 0,10 (bilateral). Cabe destacar que los indicadores Q10 (funcionalidad) y Q11 (cognición) arrojaron los mismos resultados en las personas mayores y se agruparon, ya que ayudan a clasificar los niveles de dependencia I, II y III. Por su parte, los indicadores Q19 «Ausencia de visitas de familiares» y Q20 No participa en las actividades se observaron en este primer estudio tanto en estos mismos mayores como en los más dependientes, por lo que se agruparon.

Tabla 3 – Perfil de las personas mayores institucionalizadas. Niterói, RJ, Brasil, 2025

Variable		n	%
Sexo	F	21	80,77
	M	5	19,23
Edad	70-80	8	30,77
	81-90	10	38,46
	91-100	8	30,77
Diagnóstico médico principal – motivo de la institucionalización	Síndrome demencial	23	88,47
	Psiquiátrico	3	11,53
Tiempo de institucionalización	1 año	7	26,93
	2 a 3 años	6	23,07
	4 a 5 años	6	23,07
	6 a 7 años	3	11,53
	8 a 9 años	2	7,68
	10 años	1	3.84
	17 años	1	3.84
Grado de dependencia	I	3	11,53
	II	14	53,84
	III	9	34,63
Edad - Media	85,8 (71-100)		
Tiempo de institucionalización - Media	4,19 (1-17 años)		

Fuente: elaborado por los autores, 2025.

Tabla 4 – Correlación de Spearman entre los indicadores de la encuesta. Niterói, RJ, Brasil, 2025

			Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10/11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19/20	Q21
Mortalidad	Q1	Correlación	-0,110	,597*	-,553*	-0,184	-0,351	0,065	-0,049	0,010	-0,187	0,085	0,400	0,192	0,176	-0,145	0,228	0,209	0,033	0,423
		valor p	0,696	**0,019**	**0,033**	0,511	0,200	0,818	0,863	0,973	0,506	0,763	0,140	0,492	0,530	0,605	0,414	0,454	0,907	0,116
Enfermedad diarreica aguda	Q2	Correlación		-0,421	-0,166	-0,288	-0,031	,639*	-0,368	0,081	0,052	0,266	-0,037	-0,064	0,143	0,053	,555*	0,064	,740*	,589*
		valor p		0,118	0,555	0,298	0,914	**0,010**	0,177	0,775	0,855	0,338	0,896	0,822	0,610	0,852	**0,032**	0,821	**0,002**	**0,021**
Escabiosis	Q3	Correlación			-0,382	-0,105	-0,121	-0,203	0,046	-0,033	-0,270	-0,109	0,498	0,184	0,009	0,080	-0,203	0,158	-0,421	-0,194
		valor p			0,160	0,711	0,667	0,468	0,871	0,906	0,331	0,700	**0,059**	0,511	0,974	0,777	0,468	0,574	0,118	0,488
Desnutrición	Q4	Correlación				0,326	,571*	-0,147	0,279	0,274	0,409	-0,096	-0,502	0,033	0,162	-0,004	-0,350	-0,209	0,041	-0,485
		valor p				0,235	**0,026**	0,601	0,314	0,322	0,130	0,733	**0,056**	0,907	0,563	0,989	0,200	0,456	0,885	**0,067**
Deshidratación	Q5	Correlación					0,186	-0,316	-0,236	-0,124	-0,184	-0,371	-0,235	0,279	-0,186	-0,315	-0,315	-0,184	-0,288	-0,133
		valor p					0,506	0,252	0,397	0,659	0,511	0,173	0,399	0,313	0,507	0,253	0,252	0,511	0,298	0,637
Lesión por presión	Q6	Correlación						0,102	0,312	-0,294	0,071	0,239	-0,099	0,201	0,119	-0,007	-0,284	0,028	-0,110	-0,422
		valor p						0,716	0,258	0,288	0,803	0,392	0,725	0,474	0,673	0,979	0,304	0,922	0,695	0,117
Infección urinaria	Q7	Correlación							-0,191	0,057	-0,049	-0,042	0,346	-0,235	0,099	0,349	,633*	0,305	0,408	0,444
		valor p							0,496	0,841	0,863	0,882	0,206	0,400	0,727	0,203	**0,011**	0,269	0,131	**0,097**
Constipación	Q8	Correlación								-0,170	0,230	0,082	-0,219	-0,180	0,247	,572*	-0,345	0,028	-0,249	-0,438
		valor p								0,545	0,410	0,772	0,434	0,521	0,375	**0,026**	0,208	0,922	0,370	0,103
Caída	Q9	Correlación									,528*	-0,447	-0,281	0,143	0,149	-0,110	0,265	0,189	0,411	0,133
		valor p									**0,043**	**0,095**	0,310	0,612	0,595	0,697	0,340	0,500	0,128	0,636
Funcionalidad / cognición / nivel de dependencia	Q10/ Q11	Correlación valor p										0,196 0,484	-0,191 0,496	0,147 0,602	0,180 0,520	-0,033 0,908	0,177 0,528	,564* **0,029**	0,314 0,255	0,205 0,463
Lesión por fricción	Q12	Correlación											0,142	0,044	0,047	-0,142	0,013	0,183	0,325	0,222
		valor p											0,615	0,875	0,869	0,614	0,964	0,514	0,237	0,426
Medicamentos / desprescripción	Q13	Correlación												0,235	-0,095	0,190	0,121	0,268	-0,324	0,198
		valor p												0,398	0,736	0,499	0,669	0,335	0,239	0,479
Cambio de consistencia	Q14	Correlación													0,147	-0,370	-0,088	0,060	-0,076	0,003
		valor p													0,602	0,175	0,754	0,832	0,787	0,992
Alteraciones conductuales	Q15	Correlación														-0,102	0,412	-0,052	0,264	0,058
		valor p														0,717	0,127	0,853	0,342	0,838
Infección respiratoria	Q16	Correlación															-0,143	0,054	-0,128	-0,213
		valor p															0,612	0,848	0,650	0,446
Dolor	Q17	Correlación																0,478	,570*	,640*
		valor p																**0,072**	**0,026**	**0,010**
Cuidados bucales (visita cada 6 meses)	Q18	Correlación																	0,202	0,421
		valor p																	0,470	0,118
Ausencia de visita de familiares / No participación en actividades	Q19 Q20	Correlación valor p																		,583* **0,022**
Pediculosis	Q21	Correlación																		-
		valor p																		-

El color gris indica que la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).
El color naranja indica que la correlación es significativa al nivel 0,10 (bilateral).
Fuente: elaborado por los autores, 2025.

DISCUSIÓN

El dato principal de este estudio se refiere a la ampliación de los indicadores para evaluar la atención prestada a las personas mayores residentes en residencias de la tercera edad, como la estandarización de procesos y las definiciones conceptuales y operativas. A ello se suman los datos de correlación obtenidos entre los indicadores, que revelan la posibilidad de que un indicador influya en otro, y el efecto en cadena, es decir, la multicomplejidad de la atención gerontológica.

Por ello, es necesario llevar a cabo un seguimiento preventivo y multidimensional de los riesgos relacionados con la salud de las personas mayores, así como fomentar la transparencia en la gestión de las instituciones. En este sentido, la propuesta de incluir nuevos indicadores parece

contribuir a una evaluación exhaustiva del bienestar de las personas mayores internadas en centros, lo que ayuda a identificar las áreas que necesitan mejoras.

Los indicadores propuestos por profesionales y seleccionados sobre la base de pruebas científicas han permitido identificar variables que influyen en la calidad de vida de las personas mayores internadas en centros asistenciales y que pueden reproducirse. Sin embargo, para la implementación de estos indicadores en centros de larga estancia para personas mayores es necesario superar una serie de retos, como los recursos limitados, la falta de formación del personal y la necesidad de recursos materiales para su puesta en marcha de las intervenciones necesarias[16,17].

Sin embargo, el seguimiento de estos indicadores ha permitido elaborar un plan de acción que ha demostrado la importancia de una práctica clínica ampliada en geriatría y centrada en la persona mayor. Este plan abarca características significativas para las ILPI, que pueden servir de guía para la formación y la implementación de los planes de atención integral exigidos en los centros de larga estancia para personas mayores[12,14]. Las mejores prácticas para el seguimiento incluyen el uso de herramientas validadas y protocolos basados en directrices internacionales, lo que permite una evaluación sistemática de la funcionalidad y la salud física, mental y social de las personas mayores[9,10,13]. La bibliografía subraya la importancia de los enfoques multidisciplinares y de la participación activa de los profesionales en la recopilación y el análisis de los datos, lo que garantiza intervenciones personalizadas y eficaces[12].

En concreto, cabe señalar que el indicador de mortalidad presentó una correlación positiva significativa con la enfermedad diarreica aguda, lo que podría indicar infecciones de mayor gravedad con desenlaces mortales[18]. Por su parte, el indicador de desnutrición presentó una correlación positiva con las úlceras por presión, un dato consolidado en la literatura que demuestra la relación entre el déficit nutricional y la integridad de la piel[19,20].

También se observó una correlación entre los indicadores de estreñimiento y el cambio en la consistencia de los alimentos, lo que sugiere que los cambios en la dieta influyen en el tránsito intestinal. La pérdida de apetito y las dificultades alimentarias asociadas a las lesiones requieren una evaluación conjunta de estos indicadores para aumentar la sensibilidad y predecir los daños de forma temprana. La coexistencia de desnutrición y sarcopenia es un predictor de mortalidad por todas las causas más fuerte que la sarcopenia aislada[36]. Y, en las personas mayores institucionalizadas, la desnutrición puede ser un indicador precoz de sarcopenia, y las intervenciones nutricionales y el ejercicio físico pueden mitigar estos riesgos, reduciendo la mortalidad.

El estreñimiento también se ha relacionado con alteraciones conductuales, lo que concuerda con la literatura sobre geriatría, que indica que el malestar abdominal, el sedentarismo y la baja ingesta de fibra pueden afectar negativamente al estado de ánimo y al comportamiento. Incluso en las personas mayores con demencia que no pueden comunicarlo, esto puede ser una señal de alerta para buscar atención médica. Esto refuerza la necesidad de realizar una evaluación multidimensional continua de las personas mayores internadas en centros asistenciales, prestando especial atención a los signos físicos y a los cambios sutiles en el comportamiento[23].

También se identificó una correlación significativa entre los indicadores de caídas y el deterioro funcional. Esta correlación puede verse influida por los casos de demencia avanzada; este dato refuerza la necesidad de intervenciones que promuevan el mantenimiento de la movilidad y la autonomía funcional de las personas mayores institucionalizadas[19,24,25].

En lo que respecta a los indicadores de dolor y sufrimiento físico, el dolor se correlacionó con una higiene bucal inadecuada y la ausencia de visitas familiares. Estos hallazgos ponen de relieve la relación entre el sufrimiento y los aspectos psicosociales, como el aislamiento social, lo que refuerza la importancia de la presencia familiar como componente terapéutico[37]. La correlación entre los indicadores de dolor y la ausencia de visitas familiares sugiere que el dolor puede limitar la vida social, dificultando las interacciones, y que la falta de apoyo familiar puede intensificar la percepción del dolor[34]. Por su parte, los cuidados bucales se han relacionado con el dolor en personas mayores frágiles que no podían alimentarse debido a la disfagia.

Además, la correlación entre el dolor y una higiene bucal inadecuada se relacionó con una mayor fragilidad de las personas mayores, sobre todo entre aquellas con disfagia y dependencia total para la higiene bucal, una condición que dificulta la alimentación, agrava el malestar físico y contribuye a la persistencia del dolor[33]. Estos hallazgos refuerzan la importancia de adoptar enfoques integrados que tengan en cuenta simultáneamente los aspectos clínicos, funcionales y psicosociales en la atención a las personas mayores internadas en centros asistenciales.

El indicador «ausencia de visitas familiares» también mostró una correlación con la aparición de pediculosis; al analizar cualitativamente a las personas mayores afectadas, se observó que se trataba de las más frágiles y que, en esos casos, necesitaban el apoyo familiar para mantener los vínculos y recibir asistencia en los cuidados al final de la vida y, por ello, presentaban una baja inmunidad y eran más susceptibles a la pediculosis[35].

El indicador de infección urinaria mostró una correlación significativa con alteraciones conductuales, enfermedades diarreicas agudas y dolor. Esto indica que las infecciones en las personas mayores pueden manifestarse de forma atípica, con síntomas como agitación, delirios y confusión mental, asociados a los síndromes geriátricos. Además del malestar derivado de la inflamación del tracto urinario, que puede intensificar los cambios de comportamiento y aumentar el riesgo de complicaciones.

Los indicadores de caídas y lesiones por fricción mostraron una correlación significativa de 0,10. Las caídas suelen provocar lesiones cutáneas, entre las que destacan las lesiones por fricción, que a veces se pasan por alto. Estas lesiones son especialmente frecuentes en las personas mayores debido a los cambios fisiológicos que conlleva el envejecimiento de la piel, como la reducción de la elasticidad, la disminución del grosor dérmico y una mayor fragilidad capilar[27], y requiere medidas de prevención en las que participe todo el equipo asistencial.

No obstante, cabe destacar que el modelo de imple-

mentación basado en el ciclo *Plan-Do-Check-Act* (PDCA) permitió fundamentarse en ciclos iterativos de planificación, ejecución, evaluación y ajuste, lo que confirma que se trata de un enfoque aplicable. El diseño de acciones colaborativas y multidisciplinares en torno a los indicadores resultó eficaz para definir la especificidad de estos y para elaborar planes de acción personalizados y adaptados a cada contexto; las reuniones constituían los momentos en los que se debatían los datos de los indicadores y las intervenciones, definiendo así el modelo teórico-práctico.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran el hecho de que la investigación se haya llevado a cabo en un único entorno y el reducido número de participantes de edad avanzada, lo que puede afectar a la representatividad de la muestra. Entre los puntos fuertes del estudio, cabe destacar el seguimiento a lo largo de un año, lo que permite una evaluación longitudinal, así como la realización de las mediciones por parte de un único evaluador, debidamente formado, y en el propio lugar de trabajo, lo que contribuye a la estandarización de los procedimientos y a la reducción de los sesgos entre evaluadores.

El resto de indicadores no mostraron correlaciones estadísticamente significativas, lo que podría indicar la ausencia de correlación o una limitación de la muestra a la hora de detectar efectos. Dadas las correlaciones significativas entre los indicadores, es importante recordar que la correlación entre ellos no implica causalidad. No obstante, las correlaciones observadas aportan datos importantes para futuros análisis y para el desarrollo de estrategias de intervención conjuntas y ampliadas, que sirvan de orientación para la práctica clínica, asistencial y de gestión de los centros de larga estancia para personas mayores.

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio apuntan a recomendar la ampliación de los indicadores como estrategia para mejorar la evaluación de la asistencia prestada en los centros de larga estancia para personas mayores, con el fin de identificar deficiencias, reconocer las buenas prácticas y asignar los recursos de manera eficiente. La correlación observada entre los indicadores pone de manifiesto la complejidad de la atención que se exige al equipo multidisciplinar, el cual necesita instrumentos, sistemas de seguimiento y programas de mejora con intervenciones adecuadas que tengan en cuenta los resultados esperados en un centro de cuidados de larga duración. Además, los resultados de este estudio refuerzan la idea de que el uso de un conjunto más amplio de indicadores es fundamental para captar la complejidad de la atención; la adopción de indicadores clínicos, funcionales, nutricionales, psicosociales y de seguridad del paciente permite consolidar prácticas asistenciales seguras, humanizadas y centradas en la persona mayor.

Aplicación para la práctica

El estudio amplía los indicadores para su uso en centros de larga estancia para personas mayores de forma sistemática, con definiciones conceptuales y operativas que permiten su aplicación en la práctica clínica, y también puede contribuir a la formación de los profesionales de estos centros, así como a futuras investigaciones que adopten y pongan a prueba los indicadores y el programa de seguimiento. Además, ofrece una guía práctica con instrucciones y listas de verificación de los indicadores, pensada para su uso en la práctica. El uso de los indicadores sirve de orientación para la aplicación de medidas preventivas e intervenciones personalizadas destinadas a mejorar la calidad de la atención a las personas mayores internadas en centros. En resumen, la integración entre los indicadores normativos, clínicos y de gestión, junto con los ciclos continuos de mejora, contribuye a mejorar la calidad de la atención gerontológica, a reforzar la gestión institucional y a promover entornos de atención adaptados a las necesidades de las personas mayores residentes.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN

Proex-UFF - Pro-rectoría de Extensión de la Universidad Federal Fluminense.

REFERENCIAS

1. Oliveira IF, Cavalcante JAG, Souza JKC de, Silva LEO da, Batista LM. Promoção de saúde, educação e qualidade de vida para os residentes e cuidadores de uma instituição de longa permanência para idosos: relato de experiência. Braz J Health Rev. 2020;3(6):19665–19671. https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-342
2. Souza CB da S, Medeiros KR de, Silva MF. Contextualização das instituições de longa permanência para idosos: qualidade do cuidado e integração com as redes de atenção à saúde. Cad Pedagógico. 2025;22:e16484. https://doi.org/10.54033/cadpedv22n7-217
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2021 [citado 2025 mar. 10]; Seção 1:110. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf
4. World Health Organization. Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2026 Oct 2]. 54 p. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240038844
5. Lourenço LFL, Santos SMA. Institucionalização de idosos e cuidado familiar: perspectivas de profissionais de instituições de longa permanência. Cogitare Enferm. 2021;26:e69459. https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.69459
6. Medeiros PA, Fortunato AR, Viscardi AAF, Sperandio FF, Mazo GZ. Instrumentos desenvolvidos para o gerenciamento e cuidado de idosos em instituições de longa permanência: uma revisão sistemática. Ciênc Saúde Colet. 2016;21(11):3597-3610. https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.09912015. PMID:

27828592.

7. Ferreira KCMA, Nunes VMA, Gama ZAS, Costa NDL, Piuvezam G, Sousa ACPA. Monitoramento de indicadores de saúde em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Vigil Sanit Debate. 2016;4(3):57-62. https://doi.org/10.22239/2317-269x.00762
8. Moser AD, Hembecker PK, Nakato AM. Relação entre capacidade funcional, estado nutricional e variáveis sociodemográficas de idosos institucionalizados. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2021;24(5):e210211. https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210211.pt
9. Eltaybani S, Kitamura S, Fukui C, Igarashi A, Sakka M, Noguchi-Watanabe M, et al. Toward developing care outcome quality indicators for home care for older people: a prospective cohort study in Japan. Geriatr Gerontol Int. 2023;23(5):383–394. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ggi.14578. PMID: 37132041.
10. Hibbert PD, Molloy CJ, Wiles LK, Cameron ID, Gray LC, Reed RL, et al. Designing clinical indicators for residential aged care: the CareTrack Aged development and validation study. Int J Qual Health Care. 2022;34(2):mzac033. https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZAC033. PMID: 35445264.
11. Guimarães MRC, Giacomin KC, Ferreira RC, Vargas AMD. Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: um panorama das desigualdades regionais. Cien Saude Colet. 2023;28(7):2035-2050. https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.15792022. PMID: 37436317.
12. Doornebosch AJ, Smaling HJA, Achterberg WP. Interprofessional collaboration in long-term care and rehabilitation: a systematic review. J Am Med Dir Assoc. 2022;23:764–777. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.12.028. PMID: 35065048.
13. Ebrahimi Z, Patel H, Wijk H, Ekman I, Olaya-Contreras P. A systematic review on implementation of person-centered care interventions for older people in out-of-hospital settings. Geriatr Nurs. 2021;42(1):213-224. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.08.004. PMID: 32863037.
14. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. BMJ Qual Saf. 2014;23(4):290–298. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862. PMID: 24025320.
15. Vieira BL de C, Martins AC, Ferreira RC, Vargas AMD. Construção e validação de conteúdo de instrumento de autoavaliação da qualidade do cuidado em instituição de longa permanência para pessoas idosas. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2024;27:e230173. https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230173.pt
16. Guimarães MRC, Ferreira RC, Giacomin KC, Vargas AMD. Indicadores para avaliação das instituições de longa permanência para idosos: desenvolvimento e validação. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2020;23(5):e200265. https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200265
17. Oliveira LP de, Silva HS da. Desafios ao cumprimento da RDC nº 502/2021 e os cuidados de longa duração à pessoa idosa no Brasil. Estud Interdiscip Envelhec. 2024;29(1):1-13. https://doi.org/10.22456/2316-2171.133722
18. Zhao WZ, Wang JY, Zhang MN, Wu SN, Dai WJ, Yang XZ, et al. Global burden of diarrheal disease in the older adult and its attributable risk factors from 1990 to 2021: a comprehensive analysis from the global burden of disease study 2021. Front Public Health. 2025;13:1541492. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1541492. PMID: 40255369.
19. Neziraj M, Hellman P, Kumlien C, Andersson M, Axelsson M. Prevalence of risk for pressure ulcers, malnutrition, poor oral health and falls a register study among older persons receiving municipal health care in southern Sweden. BMC Geriatr. 2021;21:265. https://doi.org/10.1186/s12877-021-02205-x. PMID: 33882869.
20. Chen B, Yang Y, Cai F, Zhu C, Lin S, Huang P, et al. Nutritional status as a predictor of the incidence of pressure injury in adults: A systematic review and meta-analysis. J Tissue Viability. 2023;32(3):339–348. https://doi.org/10.1016/j.jtv.2023.04.005. PMID: 37117126.
21. Teixeira ABM, Pires PMRP, Caramelo ACLM, Monteiro MJFSP, Rodrigues VMCP, Pereira M da CARS, et al. Pressure ulcers, nutritional status and frailty. Motricidade. 2024;20(1):94–101. https://doi.org/10.6063/motricidade.34005
22. Miller SJ, Carpenter L, Taylor SL, Wesselingh SL, Choo JM, Shoubridge AP, et al. Intestinal microbiology and urinary tract infection associated risk in long-term aged care residents. Commun Med. 2024;4(1):164. https://doi.org/10.1038/s43856-024-00583-y. PMID: 39152271.
23. Rey E, Barcelo M, Jiménez Cebrián MJ, Alvarez-Sanchez A, Diaz-Rubio M, Rocha AL. A nation-wide study of prevalence and risk factors for fecal impaction in nursing homes. PLoS One. 2014;9(8):e105281. doi: 10.1371/journal.pone.0105281. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105281. PMID: 25148393.
24. Paula JGF de, Gonçalves LHT, Nogueira LMV, Delage PEGA. Correlação entre independência funcional e risco de quedas em idosos institucionalizados. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03601. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018054103601. PMID: 32901655.
25. Calvani R, Picca A, Coelho-Júnior HJ, Tosato M, Marzetti E, Landi F. Diet for the prevention and management of sarcopenia. Metabolism. 2023;146:155637. https://doi.org/10.1016/j.metabol.2023.155637. PMID: 37352971.
26. Malone ML, Rozario N, Gavinski M, Goodwin J. The epidemiology of skin tears in the institutionalized elderly. J Am Geriatr Soc. 1991;39(6):591-5. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb03599.x. PMID: 2037750.
27. Peres GRP, Bandeira da Silva CV, Strazzieri-Pulido KC, de Gouveia Santos VLC. Skin tears in older adult residents of long-term care facilities: prevalence and associated factors. J Wound Care. 2022;31(6):468-78. https://doi.org/10.12968/jowc.2022.31.6.468. PMID: 35678790.
28. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur

D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA Intern Med. 2015;175(5):827-34. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.0324 https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0324. PMID: 25798731.

29. Quek HW, Page A, Potter K, Etherton-Beer C. Deprescribing considerations for older people in general practice. Aust J Gen Pract. 2023;52(4):174-9. doi: 10.31128/AJGP-08-22-6547. https://doi.org/10.31128/AJGP-08-22-6547. PMID: 37021442.
30. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. BMJ. 2015;350:h369. doi: 10.1136/bmj.h369. https://doi.org/10.1136/bmj.h369. PMID: 25731881.
31. Zheng, Y., Zhang, X., Xia, M. and Wang, H. (2024), The DICE Approach to Intervene the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: a Study Protocol. Alzheimer's Dement., 2024: e093194. https://doi.org/10.1002/alz.093194
32. Vermunt P, Reijmer Y, van Biessum C, Groot V de, van den Berg B, Nies H. Improving the quality of care in nursing home organizations with urgent quality issues: design and effectiveness of a Dutch government-funded support programme. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):507. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09538-w. PMID: 37202786.
33. Yun S, Ogawa N, Izutsu M, Yuki M. The association between social isolation and oral health of community-dwelling older adults: a systematic review. Jpn J Nurs Sci. 2023;20(3):e12524. https://doi.org/10.1111/jjns.12524. PMID: 36772867.
34. Edwards AB. Bridging the family care gap: if not now, when? Gerontologist. 2022;62(3):481–482. https://doi.org/10.1093/geront/gnab123
35. Figueira AS, Rodrigues LAA, Borges-Moroni R, Mendes J, Moroni FT. Occurrence and awareness of head lice among elderly residents in long-term care facilities. Rev Patol Trop. 2020;48(4):234–242. https://doi.org/10.5216/rpt.v48i4.62122
36. Prokopidis K, Testa GD, Giannaki CD, Stavrinou P, Kelaiditi E, Hoogendijk EO, Veronese N. Prognostic and associative significance of malnutrition in sarcopenia: a systematic review and meta-analysis. Adv Nutr. 2025;16(5):100428. doi: 10.1016/j.advnut.2025.100428. https://doi.org/10.1016/j.advnut.2025.100428. PMID: 40222723.
37. Gardiner C, Laud P, Heaton T, Gott M. What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2020;49(5):748-57. doi: 10.1093/ageing/afaa049. https://doi.org/10.1093/ageing/afaa049. PMID: 32396600.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Diseño del proyecto: Santana RF.
Obtención de datos: Corte ARV, Lopes MF, Pontes RA, Silva RCA, Ribeiro ASO, França JC, Campos CMT, Santos GJP, Freitas FJ, Souza FVHM, Gomes HM, Sampaio ALC, Quintão SC.
Análisis de datos: Galdino AF, Lopes MF, Pontes RA, Silva RCA, Santana RF.
Interpretación de datos: Galdino AF, Lopes MF, Pontes RA, Silva RCA, Ribeiro ASO, França JC, Campos CMT, Santos GJP, Freitas FJ, Souza FVHM, Gomes HM, Sampaio ALC, Quintão SC, Santana RF.
Todos los autores asumen la responsabilidad por la redacción del manuscrito, la revisión crítica de su contenido intelectual, la aprobación de la versión final publicada y todos los aspectos éticos, legales y científicos relacionados con la exactitud y la integridad del estudio.

© 2026 Autores. Los autores conservan los derechos de autor y conceden a la Online Brazilian Journal of Nursing el derecho de primera publicación. Este artículo está licenciado bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).