



Impacto del tamaño de las instituciones de larga estancia en la adhesión a las orientaciones de prevención de infecciones por COVID-19

Patrick Alexander Wachholz¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4474-009X>

Ruth Caldeira de Melo²

 <https://orcid.org/0000-0002-9713-8617>

Alessandro Ferrari Jacinto³

 <https://orcid.org/0000-0002-1977-5880>

Paulo José Fortes Villas Boas¹

 <https://orcid.org/0000-0001-9876-3222>

Destacados: **(1)** La prevención es un factor crítico en el control de infecciones durante las infecciones emergentes. **(2)** El COVID-19 ha afectado de manera desproporcionada a las instituciones de larga estancia para personas mayores (asilos). **(3)** La preparación para mitigar el COVID-19 en los asilos brasileños se consideró excelente. **(4)** El tamaño de las unidades no influyó en la adhesión a las medidas de prevención y control de infecciones (PCI) para COVID-19. **(5)** Las principales dificultades estuvieron relacionadas con dificultades financieras y de gestión del equipo de trabajo.

Objetivo: evaluar la adhesión de instituciones brasileñas de larga estancia a las orientaciones de Prevención y Control de Infecciones de la Organización Mundial de la Salud y evaluar la asociación entre su tamaño y la adhesión a esas recomendaciones. **Método:** estudio transversal realizado con gerentes de establecimientos. Los autores desarrollaron un cuestionario de 20 ítems basado en estas directrices y un puntaje general de cumplimiento acorde a la observancia de estas recomendaciones. La adhesión se calificó (1) excelente para aquellas que cumplieron con ≥ 14 de 20 recomendaciones; (2) buena para 10 a 13 artículos; y (3) baja para aquellas con menos de diez elementos. El tamaño de las instalaciones se clasificó como pequeños, medianos y grandes de acuerdo con un análisis de clúster de dos pasos. Se utilizó estadística descriptiva y la prueba de chi-cuadrado con un nivel de significancia del 5%. **Resultados:** de las 362 instituciones incluidas, 308 (85,1%) se adherieron a 14 o más recomendaciones. En cuanto a su tamaño, la adhesión al cribado de síntomas de COVID-19 de los visitantes ($p=0,037$) y al aislamiento de los pacientes hasta que tengan dos pruebas de laboratorio negativas ($p=0,032$) fue menor en los establecimientos más grandes en comparación con los establecimientos medianos y pequeños. **Conclusión:** la adhesión a las medidas de mitigación de la COVID-19 en las unidades brasileñas fue considerada excelente para la mayoría de las recomendaciones, independientemente del tamaño de las unidades.





Descriptorios: Anciano; COVID-19; Adhesión a Directriz; Cuidados a Largo Plazo; Coronavirus; Hogares para Ancianos.

¹ Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Wachholz PA, Melo RC, Jacinto AF, Boas PJFV. Impact of long-term care facilities' size on adherence to COVID-19' infection prevention guidance. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:3516. [Access   ]; Available in:  . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5581.3516>

Introducción

Las personas mayores que viven en Instituciones de Larga Estancia para Personas Mayores (Asilos) se han visto afectadas de manera desproporcionada por la pandemia de COVID-19⁽¹⁻⁶⁾. La pandemia ha abrumado los sistemas de salud de todo el mundo y ha puesto de relieve las debilidades (o la falta) de la base de datos nacional y de las prácticas de prevención y control de infecciones (PCI) en los asilos⁽⁷⁾.

La prevalencia de COVID-19 en la comunidad es un fuerte predictor del número de casos y muertes en asilos^(4,8). Las tasas de mortalidad aumentaron significativamente entre las personas mayores más frágiles y entre los que viven en instituciones más pobladas⁽⁹⁾. Además, se observó que la probabilidad de ocurrencia de casos de COVID-19 es mayor en las grandes instituciones sin fines de lucro y en las regiones metropolitanas⁽⁴⁾. Corroborando estos hallazgos, se examinaron las características de los asilos de América del Norte con casos documentados de COVID-19 y se encontró que las infecciones estaban relacionadas con la ubicación (urbana) y el tamaño (más de 50 camas) de las instituciones⁽¹⁾.

Por otro lado, otros autores han demostrado que un alto número de auxiliares de enfermería y el total de horas de enfermería contribuyen a mitigar las infecciones por COVID-19 en los asilos⁽⁴⁾. Los equipos más grandes⁽⁹⁾ y las prácticas tempranas y sólidas de PCI⁽⁸⁾ parecen estar asociadas con tasas más bajas de casos de COVID-19 y mortalidad entre los adultos mayores que viven en estos entornos.

Desde el inicio de la pandemia, la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y organismos regionales han publicado recomendaciones y acciones políticas para mitigar el impacto del COVID-19 entre las personas que dependen del sector de cuidado a largo plazo⁽¹⁰⁻¹³⁾. Sin embargo, hasta donde sabemos, la preparación para COVID-19 en ILEPM y el cumplimiento de estas recomendaciones no se han investigado lo suficiente.

Un estudio norteamericano con una muestra pequeña evidenció que las recomendaciones de los CDC para PCI fueron las más utilizadas (88%), seguidas por las recomendaciones de los departamentos de salud estatales o locales (84%) y por las orientaciones de la OMS (48%)⁽¹⁴⁾. Más de la mitad de los gerentes (54%) tenían planes separados para lidiar con el COVID-19, casi todos (96%) tenían políticas para evaluar a los visitantes y la mayoría (68%) indicó tener un hospital de referencia local que acepta a sus pacientes bajo sospecha de infección por COVID-19. Casi el 83% esperaba una escasez significativa de personal y el 66 % informó tener acceso a las pruebas de COVID-19⁽¹⁴⁾.

La implementación de la práctica clínica basada en la evidencia no es fácil ni rápida. Las barreras y los facilitadores necesitan ser abordados de manera urgente y correcta, especialmente a nivel organizacional⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. No está claro si el tamaño de los asilos puede ser una barrera para implementar estrategias para mitigar la propagación de COVID-19. Por ejemplo, en los asilos más grandes, cuanto mayor es el número de residentes, empleados y visitantes, mayor es el número de trabajadores, la necesidad de capacitación y el desarrollo de horarios de rotación para suplir las abstenciones por posibles bajas, las demandas de contratación por rotación/retención y el riesgo de desabastecimiento⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la adhesión de los gerentes de los asilos brasileños a las directrices de PCI de la OMS y evaluar la asociación entre el tamaño de la institución y su adhesión a las recomendaciones para mitigar el COVID-19.

Método

Aspectos éticos

Este estudio transversal fue aprobado por el *Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP (CAAE 30577520.0.0000.0008, protocolo nº 4.012.489)*, y todos los participantes firmaron un formulario de consentimiento informado *on line*. Los conjuntos de datos que respaldan los hallazgos de este estudio están disponibles*. A los fines de este estudio, un asilo es una institución que brinda atención a largo plazo y/o rehabilitación, restauración y atención al final de la vida a los residentes que requieren asistencia con las actividades de la vida diaria, incluida una variedad de servicios (sociales, médicos y personales) a las personas que no pueden vivir de forma independiente.

Diseño del estudio y participantes

Este estudio transversal se realizó exclusivamente por intermedio de plataformas electrónicas, durante doce semanas consecutivas, a partir del 5 de mayo de 2020, utilizando *Google Forms*. La población de interés estuvo compuesta por gerentes de los asilos brasileños, cuyos contactos fueron obtenidos a través de listados en dominios disponibles en Internet, incluidas búsquedas activas en departamentos de salud, vigilancia epidemiológica, accionistas, el *Sistema Único de Assistência Social (SUAS)* y grupos de apoyo para los asilos incluidos los sitios y grupos de redes sociales. No hubo restricciones de tamaño, ubicación o tipo de institución.

* Disponible en <https://doi.org/10.7910/DVN/LXBFQG>

Recolección de datos

La Organización Mundial de la Salud publicó, el 21 de marzo de 2020, el documento "Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19", con el objetivo de brindar orientación sobre las prácticas de PCI en este sector para prevenir que el virus ingrese a las instituciones y se propague dentro y fuera de ellas⁽¹⁰⁾. Preparado inicialmente en inglés, el documento fue posteriormente traducido al portugués por la Organización Panamericana de la Salud⁽¹⁰⁾. A diferencia de otras herramientas de evaluación desarrolladas por la OMS⁽²⁰⁻²¹⁾, esta guía provisional fue diseñada para informar y apoyar a los gerentes de los asilos en la implementación de los requisitos mínimos para las prácticas de PCI en el sector. El objetivo no era ser utilizado como una herramienta de auditoría, sino ayudar a evaluar, planificar, organizar e implementar prácticas y actividades de PCI en un contexto inicial con poca disponibilidad de evidencias de respaldo.

Con base en las recomendaciones de la OMS⁽¹⁰⁾, los autores desarrollaron un cuestionario de 20 ítems con preguntas de opción múltiple y dicotómicas. Como hasta el momento se carece de datos nacionales confiables sobre el sector, se incluyeron 26 preguntas adicionales, con el objetivo de brindar informaciones acerca de la caracterización de los asilos, provisión/disponibilidad de equipos de protección personal, infraestructura para el manejo de casos sospechosos/infectados y muertes, y planes de contingencia ante posibles brotes. También se incluyó una pregunta abierta sobre las dificultades más significativas que enfrenta la institución para combatir la pandemia. El cuestionario se dividió en nueve secciones: prevención, distanciamiento físico dentro de la institución, reglas para visitantes, vigilancia prospectiva de COVID-19 entre residentes, vigilancia prospectiva entre empleados, control de fuentes, restricciones de movimiento y transporte, suministro y disponibilidad de equipos de seguridad, equipos de protección personal y limpieza, apoyo técnico para enfrentar la pandemia.

Los autores desarrollaron una puntuación general de cumplimiento de las 20 preguntas basándose en la orientación original de la OMS (Tablas 2 y 3). Para este estudio, la adhesión se calificó como (1) **excelente** para los asilos que cumplieron con al menos 14 elementos de las 20 recomendaciones (es decir, 70%); (2) **bueno** para los asilos que cumplieron con 10 a 13 elementos (es decir, 50 a 69%); y (3) **bajo** para aquellas que cumplieron con menos de diez ítems (es decir, <49%).

El tiempo estimado para completar el cuestionario fue de 30 minutos. Los encuestados tenían la libertad de participar más de una vez, pero cada asilo se incluyó solo una vez en el estudio, y se utilizó la respuesta más completa y reciente para el análisis.

Procesamiento y análisis de datos

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 20. Cuando los encuestados no proporcionaron datos para una o más variables, se los describió como ausentes y su proporción se informó en la tabla. Como no existe una definición estándar para la clasificación por tamaño de los asilos para los fines de este artículo, se aplicó un análisis de clúster de dos pasos a la variable continua "número de residentes" utilizando el algoritmo de conglomerado automático en el SPSS versión 20. Se seleccionaron tres conglomerados establecidos: instituciones pequeñas, medianas y grandes. Se utilizó estadística descriptiva y pruebas de chi-cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

La pregunta abierta fue analizada a partir del análisis de contenido temático⁽²²⁾, dividida en tres etapas: preanálisis, exploración del material y tratamiento de los resultados. En la primera etapa, se realizó una lectura flotante para identificar las principales dificultades enfrentadas en los asilos. Luego se exploró el material para establecer los temas centrales y las subcategorías. Las respuestas fueron codificadas, permitiendo el cálculo de la frecuencia de cada categoría y la extracción de partes del texto, creando un diagrama de Venn.

Resultados

Se recibieron un total de 374 respuestas durante las 12 semanas de investigación. Cinco gerentes respondieron el cuestionario dos veces; se excluyeron sus respuestas más antiguas e incompletas. También se excluyó una respuesta de un asilo, no brasileño. Seis gerentes no proporcionaron datos sobre el número de residentes, por lo que no se incluyeron sus respuestas.

En total, se incluyeron 362 asilos con una población total de 11.903 personas mayores. La región Sudeste de Brasil concentra la mayor proporción de unidades incluidas (53,8%), principalmente unidades con fines de lucro (39,7%) y sin fines de lucro que reciben subsidios gubernamentales/no gubernamentales (37,5%). La Tabla 1 presenta una caracterización general de la muestra, según una división de tres tamaños de asilos.

Tabla 1 - Características de 362 instituciones de larga estancia para personas mayores brasileñas según el tamaño de la institución, cuyos directores respondieron un cuestionario en línea para identificar su preparación para la pandemia de COVID-19 (n=362). Botucatu, SP, Brasil, 2020

Características de la muestra	Tamaño de la institución		
	Instituciones pequeñas (n= 172)	Instituciones medianas (n= 157)	Instituciones grandes (n= 33)
Número de residentes			
Mediana (IC 95%)	18 (16,8 - 18,5)	37 (37,5 - 40,3)	76 (74,6 - 92,2)
Promedio (DE)	17,7 (5,7)	38,9 (8,8)	83,4 (24,8)
Fuente de financiamiento, n (%)			
Público	10 (5,8)	6 (3,8)	2 (6,0)
Fines de lucro	98 (56,9)	40 (25,5)	4 (12,1)
Sin fines de lucro tipo 1*	43 (25,0)	76 (48,4)	18 (54,5)
Sin fines de lucro tipo 2†	21 (12,2)	35 (22,2)	9 (27,3)

*Instituciones de atención de larga estancia que reciben subsidios gubernamentales/no gubernamentales; †Instituciones de atención de larga estancia que trabajan para otros que no sean sus fundadores o directores y pueden recibir reembolso por sus servicios (generalmente organizaciones benéficas)

Ciento sesenta y seis asilos (45,1%), independientemente del tipo de financiamiento, declararon no haber recibido subsidios o financiamiento externo para prepararse y enfrentar la pandemia, incluida la capacitación, la compra de equipos de protección y la adecuación de la infraestructura para el aislamiento respiratorio de casos sospechosos.

Doscientos treinta y cinco (64,9%; 74 respuestas ausentes) gerentes respondieron que sus establecimientos ya contaban con la infraestructura necesaria para atender casos sospechosos de COVID-19, incluyendo alojamientos con baños individuales, con espacios suficientes para realizar las medidas preventivas de higiene y protección para trabajadores y residentes. La disponibilidad de pruebas para influenza y coronavirus fue baja: el 23,5% (n=85) no tuvo acceso a ambas pruebas y el 17,4% (n=63) tuvo acceso solo a kits de prueba rápida para SARS-Cov-2.

Las Tablas 2 y 3 resumen el cumplimiento de los 20 elementos según las pautas de PCI de la OMS. Trescientos ocho gerentes (85,1%) se adhirieron a 14 o más recomendaciones de orientación de IPC; tres fueron clasificados como de baja adhesión y 35 (9,7%) no respondieron. En cuanto al tamaño de los asilos, la

adhesión al tamizaje de signos y síntomas de COVID-19 de los visitantes ($p=0,037$) y al aislamiento de los pacientes con COVID-19 hasta que tengan dos pruebas de laboratorio negativas ($p=0,032$) fue menor en las unidades más grandes en comparación con unidades medianas y pequeñas. No se encontraron diferencias significativas para las otras orientaciones de la OMS entre los tres tamaños de los asilos estudiados.

La Tabla 4 muestra los problemas que pueden influir en la preparación y el cumplimiento de las recomendaciones de apoyo técnico adicionales para enfrentar la pandemia de COVID-19 en los asilos en relación con los problemas no incluidos en el puntaje general de cumplimiento. Los problemas más frecuentes estuvieron relacionados con el apoyo externo (74,3% no recibió apoyo para planificar y ejecutar planes de capacitación y contingencia), seguido de las dificultades para adquirir equipos de protección personal para residentes y empleados (47,0 %) y el manejo de casos de muerte (46,1%). Un comité de planificación multidisciplinario, creado específicamente para tratar temas relacionados con COVID-19, fue menos frecuente en los asilos pequeños (49,4%) en comparación con las medianas (65,0) y grandes (75,8) ($p=0,034$).

Tabla 2 - Adhesión a las directrices de la Organización Mundial de la Salud para instituciones de larga estancia en el contexto de COVID-19 en establecimientos brasileños (n=362). Botucatu, SP, Brasil, 2020

RECOMENDACIONES	ADHESIÓN n (%)				valor-p
	TOTAL (n=362)	Pequeña (n=172)	Mediana (n=157)	Grande (n=33)	
PREVENCIÓN					
Brindar capacitación sobre PCI* en el contexto de COVID-19 a todos los empleados	288 (79,6)	132 (76,7)	128 (81,5)	28 (84,8)	0,611
Ofrecer sesiones informativas sobre el COVID-19 para los residentes	258 (71,3)	121 (70,3)	109 (69,4)	28 (84,8)	0,241
Llevar a cabo auditorías periódicas de las prácticas PCI*	320 (88,4)	146 (84,9)	145 (92,4)	29 (87,9)	0,108
Ofrecer vacunación anual de acuerdo con las políticas locales	344 (95,0)	162 (93,6)	151 (96,2)	32 (97,0)	0,720
DISTANCIAMIENTO FÍSICO EN LA INSTITUCIÓN					
Publicar avisos, carteles, volantes en toda la institución.	302 (83,4)	148 (86,0)	125 (79,6)	29 (87,9)	0,423
Distanciamiento físico en la unidad (en actividades grupales)	305 (84,3)	146 (84,9)	132 (84,1)	27 (81,8)	0,894
Distanciamiento físico en la unidad (durante las comidas)	212 (58,6)	103 (59,9)	92 (58,6)	17 (51,5)	0,772
Requerir que los residentes y el personal eviten tocarse entre sí	344 (95,0)	163 (94,8)	148 (94,3)	33 (100)	0,539
REGLAS PARA VISITANTES					
Tamizaje para detectar signos y síntomas o riesgo de COVID-19	337 (93,1)	161 (93,6)	148 (94,3)	28 (84,8)	0,037

*PCI = Prácticas de prevención y control de infecciones

Tabla 3 - Adhesión a las directrices de la Organización Mundial de la Salud para instituciones de larga estancia en el contexto de COVID-19 (n=362) Botucatu, SP, Brasil, 2020

VIGILANCIA PROSPECTIVA ENTRE RESIDENTES	TOTAL (n=362)	Pequeña (n=172)	Mediana (n=157)	Grande (n=33)	valor-p
Evaluar el estado de salud de cada nuevo residente cuando ingresa	344 (95,0)	164 (95,3)	148 (94,3)	32 (97,0)	0,700
Evaluar a cada residente dos veces al día para detectar síntomas	336 (92,8)	160 (93,0)	146 (93,0)	30 (90,9)	0,206
Informar de inmediato si un residente tiene fiebre o síntomas respiratorios	358 (98,9)	168 (97,7)	157 (100)	33 (100)	0,346
VIGILANCIA PROSPECTIVA ENTRE EMPLEADOS					
Vigilancia prospectiva de los empleados (en caso de síntomas)	355 (98,1)	168 (97,7)	156 (99,4)	31 (93,9)	0,223
Supervisar a los empleados con ausencias injustificadas	328 (90,6)	157 (91,3)	142 (90,4)	29 (87,9)	0,568
Realizar controles de temperatura a todos los empleados al ingresar a las instalaciones.	275 (76,0)	128 (74,4)	122 (77,7)	25 (75,8)	0,777
DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL					
Empleados deben tomar precauciones de contacto y gotitas	327 (90,3)	155 (90,1)	143 (91,1)	29 (87,9)	0,792
Los EPP* deben usarse de acuerdo con los procedimientos recomendados para evitar la contaminación.	345 (95,3)	162 (94,2)	152 (96,8)	31 (93,9)	0,386
CONTROL DE FUENTES					
Notificar a las autoridades locales de cualquier caso sospechoso y aislar a los residentes que comienzan a experimentar síntomas respiratorios	228 (63,0)	101 (59,7)	100 (43,9)	27 (81,8)	0,190
RESTRICCIONES DE MANEJO Y TRANSPORTE					
Pacientes con casos confirmados no deben salir de sus habitaciones mientras estén enfermos.	338 (93,4)	162 (94,2)	147 (93,6)	29 (87,9)	0,057
Aislar a los pacientes con COVID-19 hasta que tengan dos resultados negativos en las pruebas de laboratorio	329 (90,9)	158 (91,9)	142 (90,4)	29 (87,9)	0,032

*EPP = Equipo de protección personal

Tabla 4 - Preparación y adhesión a las recomendaciones de soporte técnico para enfrentar la pandemia de COVID-19 en instituciones de larga estancia brasileñas (n=362). Botucatu, SP, Brasil, 2020

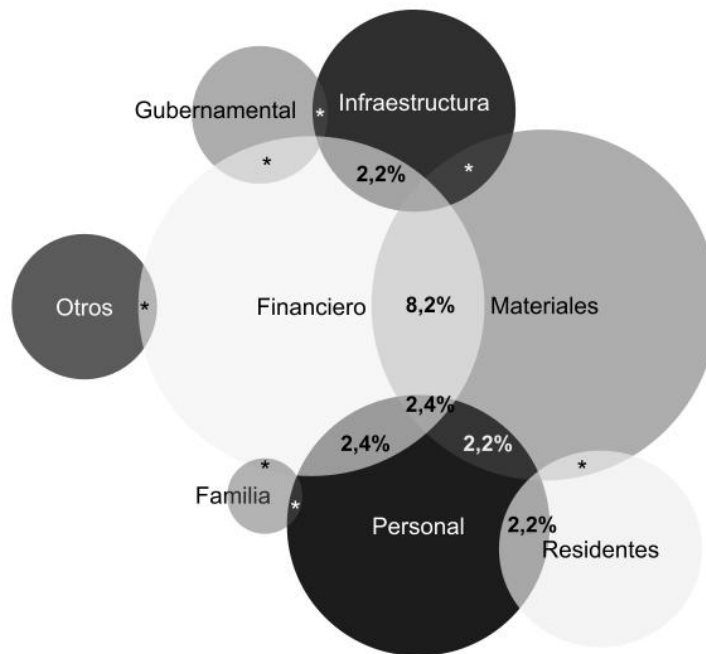
RECOMENDACIONES	ADHESIÓN n (%)				valor-p
	TOTAL (n=362)	Pequeña (n=172)	Mediana (n=157)	Grande (n=33)	
PLAN DE CONTINGENCIA					
Gerentes discutieron, analizaron o consideraron crear un plan de contingencia para identificar la cantidad mínima de empleados necesarios para funcionar de manera segura.	276 (72,7)	128 (74,4)	124 (79,0)	24 (72,7)	0,838
Gerentes implementaron efectivamente un plan de contingencia para identificar la cantidad mínima de empleados necesarios para funcionar de manera segura y cómo contratarlos o reclutarlos.	241 (66,6)	110 (64,0)	109 (69,4)	22 (66,7)	0,304
Una comisión de planificación multidisciplinaria específicamente para decidir y discutir la planificación de acciones para prevenir y combatir el COVID-19.	212 (58,6)	85 (49,4)	102 (65,0)	25 (75,8)	0,034
EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL					
Residentes y el personal tienen acceso cómodo y suficiente a los EPP*.	323 (89,2)	156 (90,7)	137 (87,3)	30 (90,9)	0,716
La institución enfrenta dificultades para comprar o mantener materiales de limpieza y EPP para residentes y empleados.	192 (53,0)	89 (51,7)	89 (56,7)	14 (42,2)	0,499
MANEJO DE CASOS SOSPECHOSOS/INFECTADOS Y DEFUNCIONES					
La unidad estableció flujos de atención con las autoridades sanitarias locales o unidades de referencia para el traslado de casos sospechosos.	228 (63,0)	101 (58,7)	100 (63,7)	27 (81,8)	0,199
Los gerentes crearon un plan de contingencia para hacer frente a los casos de muerte dentro de la unidad.	195 (53,9)	80 (46,5)	95 (60,5)	20 (60,6)	0,249

*EPP = Equipo de protección personal

El análisis de las respuestas de los gerentes a la pregunta abierta mostró que la mayoría (98%) de los asilos enfrentaron dificultades para encarar la pandemia de COVID-19. Según los gerentes, las áreas más afectadas fueron: disponibilidad de materiales suficientes (42%) (por ejemplo, EPP, higiene y limpieza, pruebas de COVID-19); dificultades financieras (39%) (por ejemplo, el costo adicional de materiales, el costo adicional de personal y problemas de recaudación de fondos); y gestión de personal (24%) (por ejemplo, ausencias y sustituciones, conocimiento y cumplimiento del protocolo, cualificación y formación, y malestar emocional). Problemas con la infraestructura (adecuación para el aislamiento de casos sospechosos/confirmados y espacio suficiente para los procedimientos de distanciamiento social) y con los residentes (concienciación

y cumplimiento del protocolo, malestar emocional, distanciamiento social, manejo de la demencia, restricción social y de visitas y ausencia de contacto familiar) fueron informados por el 14% de los asilos.

La Figura 1 ilustra la superposición entre los problemas que enfrentan los asilos, según sus gerentes. La principal superposición detectada fue entre cuestiones financieras y materiales (8,2%), seguida de cuestiones financieras vs. equipo de trabajo (2,4%) y financiero vs. materiales contra equipo de trabajo (2,4%). También se observó una superposición del 2,2% en temas financieros y de infraestructura, materiales y personal y personal y residentes. Las otras combinaciones de problemas enfrentados en los asilos estuvieron presentes en menos del 2,0% de las respuestas.



El símbolo * indica una superposición de menos del 2.0%

Figura 1 - Diagrama de Venn que muestra la superposición entre los problemas que enfrentan las instituciones de larga estancia. Botucatu, SP, Brasil, 2020

Discusión

En este estudio transversal, la mayoría de los gestores de los asilos brasileños (85,1%) informó una excelente adhesión a las recomendaciones generales basadas en las pautas de PCI de la OMS para mitigar el COVID-19. A pesar de eso, el 98% de las instituciones reportaron dificultades con escasez de insumos, EPP y materiales, problemas financieros y dificultades en la gestión del equipo de trabajo.

A pesar de las evidencias previas que sugieren que el tamaño del asilo se asocia con un mayor riesgo de brotes y muertes y, posiblemente, con dificultades para adherirse a las medidas de PCI^(1,4), los asilos en este estudio tuvieron una alta tasa de adhesión general, independientemente de su tamaño. El puntaje general fue ligeramente más bajo en los asilos más grandes para "control de visitantes externos" y "aislamiento de residentes contaminados". La adhesión a la recomendación de establecer comités multidisciplinarios para combatir el COVID-19 fue menor en los asilos más pequeños.

Aunque el tamaño de las instalaciones no se evaluó en una revisión sistemática reciente⁽²³⁾ sobre la epidemiología y las características clínicas de los brotes de COVID-19 en las instituciones de cuidado de personas mayores, las instituciones más grandes se han correlacionado previamente con la propagación de infecciones⁽²³⁻²⁴⁾. Sin embargo, el aumento de la

capacidad de prueba y la actualización de los protocolos de vigilancia pueden facilitar la detección temprana de brotes y ayudar a estos establecimientos a gestionar la oferta de trabajadores de la salud y la calidad de los hogares de reposo, especialmente en relación con su respuesta a las enfermedades infecciosas⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Muchos asilos han notado un aumento considerable en la carga de trabajo durante la pandemia de COVID-19. Las tareas y actividades que requieren la participación directa de los empleados, como el cuidado de los residentes infectados (en particular, aquellos con deterioro funcional y deterioro cognitivo) y el control de visitantes externos, tienen un impacto más significativo en las instituciones con un mayor número de residentes. Este impacto, sin embargo, no fue suficiente para reducir la adhesión a las recomendaciones del IPC.

La mortalidad por COVID-19 fue mayor en unidades con más aglomeración (9,7% vs. 4,5% en baja aglomeración) en EE. UU., independientemente del tamaño de la unidad⁽²⁶⁾. En Canadá, el tamaño del asilo estuvo fuertemente asociado con los brotes de COVID-19 (*odds ratio* para cada aumento de 20 camas 3.35, IC 95% 1.99-5.63)⁽²⁷⁾. En el Reino Unido, la probabilidad de propagación fue mayor en los asilos más grandes (> 20 camas) cuando los trabajadores y las instalaciones no se adherieron a las medidas de PCI para mitigar la infección⁽²⁸⁾. Sin embargo, la preparación y el cumplimiento de estas recomendaciones en los asilos no se han descrito suficientemente en los países de ingresos bajos y medios (LMIC).

La prevención es un factor crítico en el control de infecciones, especialmente durante las infecciones emergentes. El sector de atención de larga estancia en los asilos sigue estando subdesarrollado, y se deben considerar y adaptar estrategias específicas para promover e implementar con éxito los protocolos y las pautas de PCI. La implementación de prácticas de PCI en poblaciones de alto riesgo difirió significativamente entre los grupos de mayor y menor prevalencia en las categorías de distanciamiento social y uso de EPP en un país de altos ingresos⁽²⁶⁾.

Otros factores pueden influir en la adhesión a las prácticas de PCI, actuando como facilitadores o barreras para su implementación. La prevalencia de COVID-19 en la comunidad, la disponibilidad de pruebas y la tasa de infección entre los trabajadores (incluida la rotación y retención del personal) pueden influir en el cumplimiento de algunas de las recomendaciones de PCI. El índice de ocupación de la institución, las medidas inadecuadas de PCI entre el personal para minimizar la transmisión entre el equipo, la demora en el reconocimiento de los casos en los residentes por un bajo índice de sospecha y residentes con riesgo de morbilidad severa y muerte que comparten una ubicación también son factores que pueden influir a la adhesión⁽²⁸⁾.

Los datos de estudios previos realizados con 23.896 encuestados brasileños (edad promedio: 47,4 años) revelaron que los participantes se adhieron satisfactoriamente a las pautas nacionales de prevención de COVID-19. Los más jóvenes, del sexo masculino, residentes de áreas rurales/aldeas o barrios populares, estudiantes y trabajadores relataron menor adhesión a conductas preventivas⁽²⁹⁾.

Los resultados de este estudio tienen limitaciones inherentes al diseño transversal adoptado y al sesgo de memoria. Asimismo, potenciales sesgos de selección pueden haber privilegiado los asilos con acceso a internet y con equipos más completos, incluyendo trabajadores dedicados a actividades administrativas. Aunque las preguntas hayan sido desarrolladas por los autores con base en las pautas de la OMS, ellas no pretenden ser una herramienta de evaluación o auditoría, y las respuestas proporcionadas por los gerentes de los asilos pueden no reflejar la situación real de las unidades incluidas. Asimismo, no existen puntos de corte establecidos para clasificar las instalaciones por tamaño, lo que puede haber influido en los hallazgos. A pesar de ello, todas las definiciones adoptadas para este estudio fueron definidas *a priori*, y se incluyeron un gran número de unidades representativas a nivel nacional.

El COVID-19 ha sido una pandemia o sindemia⁽³⁰⁾ de desigualdades: los países con respuestas exitosas han desarrollado alianzas en varios niveles entre sectores gubernamentales, realizaron pruebas en tiempo oportuno

e hicieron derivaciones de casos sospechosos⁽³¹⁾. Parte del drama observado al inicio de la pandemia, cuando la mortalidad por COVID-19 entre los residentes de los asilos era brutalmente alta en algunos países, se debió a la ausencia de guías y reglamentos oficiales para pandemias y desastres naturales a nivel mundial⁽³²⁾.

Pocas iniciativas en Brasil se han dedicado a recomendar las mejores prácticas en la mitigación del COVID-19 en el sector de los cuidados en los asilos. Entre las más representativas, como las lideradas por la *Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI*⁽³³⁾ y por la *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia*⁽³⁴⁾, ninguna ha sido investigada en cuanto a su efectividad hasta la fecha. Al identificar la tasa de adhesión a las recomendaciones de PCI, los gerentes de los asilos y sus equipos de trabajo pueden reconocer la efectividad de estas acciones, trazando y adaptando planes de contingencia que pueden preparar al sector para nuevas amenazas emergentes. Asimismo, en términos prácticos, el personal de enfermería de los asilos ILEPM puede utilizar esta guía de preguntas para verificar las mejores prácticas de PCI en el sector.

Conclusión

En conclusión, el cumplimiento de las recomendaciones de la guía del PCI de la OMS se consideró excelente para la mayoría de los elementos propuestos, independientemente del tamaño de la unidad. Solo el cumplimiento del cribado de síntomas de COVID-19 para evaluar a los visitantes y aislar a los pacientes hasta que tengan dos pruebas de laboratorio negativas fue menor en las instalaciones más grandes en comparación con las instalaciones medianas y pequeñas. Según los gerentes, la mayoría de las ILEPM enfrentaron dificultades para hacer frente a la pandemia de COVID-19, principalmente relacionadas con las dificultades financieras, la falta de materiales de protección personal, higiene y limpieza, así como la gestión del personal.

Agradecimientos

Nuestros agradecimientos a la investigadora Helena Akemi Wada Watanabe, de la *Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI*, y al grupo de profesionales e investigadores del sitio <https://www.ilpi.me/> por su apoyo en la realización de este estudio.

Referencias

1. Abrams HR, Loomer L, Gandhi A, Grabowski DC. Characteristics of U.S. Nursing Homes with COVID-19 Cases. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68:1653-6. doi: <http://doi.org/10.1111/jgs.16661>
2. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, Litwin C, Hsu AT, Schmidt AE, et al. Mortality associated with COVID-19

- in care homes: international evidence [Internet]. 2020 [cited 2021 May 10]. Available from: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/10/Mortality-associated-with-COVID-among-people-living-in-care-homes-14-October-2020-3.pdf>
3. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society Policy Brief: COVID-19 and Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68:908-11. doi: <http://doi.org/10.1111/jgs.16477>
 4. Gorges RJ, Konetzka RT. Staffing Levels and COVID-19 Cases and Outbreaks in U.S. Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc.* 2020. doi: <http://doi.org/10.1111/jgs.16787>
 5. Watanabe HAW, Domingues MARC, Duarte YAO. COVID-19 and homes for the aged: care or an announced death? *Geriatr Gerontol Aging.* 2020;14:143-5. doi: <http://doi.org/10.5327/Z2447-2123202020142LTTR>
 6. Wachholz PA, Moreira VG, Oliveira D, Watanabe HAW, Boas PJFV. Estimates of infection and mortality from COVID-19 in care homes for older people in Brazil. *Geriatr Gerontol Aging.* 2020;14:290-3. doi: <http://doi.org/10.5327/Z2447-212320202000127>
 7. Hanratty B, Burton JK, Goodman C, Gordon AL, Spilsbury K. Covid-19 and lack of linked datasets for care homes. *BMJ.* 2020;369. doi: <http://doi.org/10.1136/bmj.m2463>
 8. Sepulveda ER, Stall NM, Sinha SK. A Comparison of COVID-19 Mortality Rates Among Long-Term Care Residents in 12 OECD Countries. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21:1572-1574.e3. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.08.039>
 9. Fisman DN, Bogoch I, Lapointe-Shaw L, McCreedy J, Tuite AR. Risk Factors Associated With Mortality Among Residents With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Long-term Care Facilities in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open.* 2020;3:e2015957. doi: <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.15957>
 10. World Health Organization. Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance, 21 March 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 28]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331508>
 11. Center for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations to Prevent SARS-CoV-2 Spread in Nursing Homes [Internet]. [cited 2020 Oct 28]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html>
 12. British Geriatric Society. Managing the COVID-19 Pandemic in Care Homes [Internet]. London: British Geriatric Society; 2020 [cited 2020 Sept 5]. Available from: www.bgs.org.uk/COVID-19
 13. Comas-Herrera A, Fernández-Plotka JL. Summary of international policy measures to limit impact of COVID19 on people who rely on the Long-Term Care sector [Internet]. March 29 2020 [cited 2020 Oct 28]. Available from: <https://ltccovid.org/2020/03/29/summary-of-international-policy-measures-to-limit-impact-of-covid19-on-people-who-rely-on-the-long-term-care-sector/>
 14. Quigley DD, Dick A, Agarwal M, Jones KM, Mody L, Stone PW. COVID-19 Preparedness in Nursing Homes in the Midst of the Pandemic. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68:1164-6. doi: <http://doi.org/10.1111/jgs.16520>
 15. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Sci.* 2009;4:50. doi: <http://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
 16. Babar Z, Austin Z. *Encyclopedia of Pharmacy Practice and Clinical Pharmacy.* Amsterdam: Elsevier; 2019.
 17. Helfrich CD, Li YF, Sharp ND, Sales AE. Organizational readiness to change assessment (ORCA): Development of an instrument based on the Promoting Action on Research in Health Services (PARIHS) framework. *Implementation Sci.* 2009;4:38. doi: <http://doi.org/10.1186/1748-5908-4-38>
 18. Zúñiga F, Chu CH, Boscart V, Fagertun A, Gea-Sánchez M, Meyer J, et al. Recommended Common Data Elements for International Research in Long-Term Care Homes: Exploring the Workforce and Staffing Concepts of Staff Retention and Turnover. *Gerontol Geriatr Med.* 2019;5:2333721419844344. doi: <http://doi.org/10.1177/2333721419844344>
 19. Lepore M, Scales K, Anderson RA, Porter K, Thach T, McConnell E, et al. Person-directed care planning in nursing homes: A scoping review. *Int J Older People Nurs.* 2018;13:e12212. doi: <http://doi.org/10.1111/opn.12212>
 20. World Health Organization. Instructions for the National Infection Prevention and Control Assessment Tool 2 (IPCAT2) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330078>
 21. World Health Organization. Assessment tool of the minimum requirements for infection prevention and control programmes at the national level [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2021 Nov 23]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/assessment-tool-of-the-minimum-requirements-for-infection-prevention-and-control-programmes-at-the-national-level>
 22. Bardin L. *L'analyse de contenu.* Paris: Presses Univ. de France; 2005.
 23. Hashan MR, Smoll N, King C, Ockenden-Muldoon H, Walker J, Wattiaux A, et al. Epidemiology and clinical features of COVID-19 outbreaks in aged care facilities: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine.*

- 2021;33:100771. doi: <http://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100771>
24. Bagchi S, Mak J, Li Q, Sheriff E, Mungai E, Anttila A, et al. Rates of COVID-19 Among Residents and Staff Members in Nursing Homes — United States, May 25–November 22, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021;70:52-5. doi: <http://doi.org/10.15585/mmwr.mm7002e2>
25. Abe K, Kawachi I. Deaths in Nursing Homes During the COVID-19 Pandemic - Lessons from Japan. *JAMA Health Forum.* 2021;2:e210054. doi: <http://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.0054>
26. Telford CT, Bystrom C, Fox T, Holland DP, Wiggins-Benn S, Mandani A, et al. COVID-19 Infection Prevention and Control Adherence in Long-Term Care Facilities, Atlanta, Georgia. *J Am Geriatr Soc.* 2021;69:581-6. doi: <http://doi.org/10.1111/jgs.17001>
27. Burton JK, Bayne G, Evans C, Garbe F, Gorman D, Honhold N, et al. Evolution and effects of COVID-19 outbreaks in care homes: a population analysis in 189 care homes in one geographical region of the UK. *Lancet Healthy Longevity.* 2020;1:e21-e31. doi: [http://doi.org/10.1016/S2666-7568\(20\)30012-X](http://doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30012-X)
28. European Centre for Disease Prevention and Control. Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 19]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Increase-fatal-cases-of-COVID-19-among-long-term-care-facility-residents.pdf>
29. Faria de Moura Villela E, López RVM, Sato APS, Oliveira FM, Waldman EA, Van den Bergh R, et al. COVID-19 outbreak in Brazil: adherence to national preventive measures and impact on people's lives, an online survey. *BMC Public Health.* 2021;21:152. doi: <http://doi.org/10.1186/s12889-021-10222-z>
30. Mendenhall E. The COVID-19 syndemic is not global: context matters. *Lancet.* 2020;396:1731. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32218-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32218-2)
31. Sirleaf EJ, Clark H. Report of the Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response: making COVID-19 the last pandemic. *Lancet.* 2021:S0140673621010953. doi: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01095-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01095-3)
32. Thompson DC, Barbu MG, Beiu C, Popa LG, Mihai MM, Berteanu M, et al. The Impact of COVID-19 Pandemic on Long-Term Care Facilities Worldwide: An Overview on

- International Issues. *BioMed Res Int.* 2020;2020:1-7. doi: <http://doi.org/10.1155/2020/8870249>
33. Giacomini KC, coord. Instituições de Longa Permanência para Idosos e o Enfrentamento da Pandemia de COVID-19: subsídios para a Comissão de Defesa dos Direitos do Idoso da Câmara Federal – Relatório técnico [Internet]. Brasília: Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos; 2020 [cited 2021 Nov 24]. Available from: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Relato%CC%81rio-final-FN_fichaC.pdf
34. Special Commission COVID-19, Brazilian Society of Geriatrics and Gerontology Recommendations for the prevention and control of coronavirus infections (SARS-CoV-2) in long term care facilities. *Geriatr Gerontol Aging.* 2020;14:134-7. doi: <http://doi.org/10.5327/Z2447-2123202020142ESP3>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Patrick Alexander Wachholz, Ruth Caldeira de Melo. **Obtención de datos:** Patrick Alexander Wachholz, Ruth Caldeira de Melo, Alessandro Ferrari Jacinto, Paulo José Fortes Villas Boas. **Análisis e interpretación de los datos:** Patrick Alexander Wachholz, Ruth Caldeira de Melo, Alessandro Ferrari Jacinto, Paulo José Fortes Villas Boas. **Análisis estadístico:** Patrick Alexander Wachholz, Ruth Caldeira de Melo, Alessandro Ferrari Jacinto, Paulo José Fortes Villas Boas. **Redacción del manuscrito:** Patrick Alexander Wachholz, Ruth Caldeira de Melo, Alessandro Ferrari Jacinto, Paulo José Fortes Villas Boas. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Patrick Alexander Wachholz, Ruth Caldeira de Melo, Alessandro Ferrari Jacinto, Paulo José Fortes Villas Boas.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

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

Recibido: 21.07.2021

Aceptado: 28.12.2021

Editora Asociada:

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem


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

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Patrick Alexander Wachholz

E-mail: patrick.wachholz@unesp.br

 <https://orcid.org/0000-0002-4474-009X>