



ORIGINAL

Residencias de ancianos en Portugal durante la COVID-19: desafíos para el futuro



Odete Araujo^{a,b,c,*}, Carlos Sequeira^{c,d}, Carme Ferré-Grau^e y Lia Sousa^f

^a School of Nursing, University of Minho, Portugal

^b Health Sciences Research Unit, Nursing (UICISA E: UMinho), Portugal

^c CINTESIS-Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal

^d Nursing School of Porto, Porto, Portugal

^e Department of Nursing, University Rovira i Virgili, Tarragona, España

^f Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, CESPU, Vila Nova de Famalicão, Portugal

Recibido el 13 de marzo de 2021; aceptado el 18 de septiembre de 2021

Disponible en Internet el 20 de octubre de 2021

PALABRAS CLAVE

Residencias de ancianos;
Recursos humanos;
COVID-19;
Ancianos residentes;
Familia

Resumen

Objetivo: Este estudio pretende explorar la percepción de los especialistas sobre el desempeño de las residencias de ancianos durante la COVID-19.

Método: Este es un estudio desarrollado en 2 fases: 1) un grupo focal, con el que se trabajó en mayo 2020, con 5 especialistas y 2) un Delphi modificado, implementado en septiembre 2020 con 22 especialistas, ambos en el área de asistencia en residencias de ancianos del norte y centro de Portugal.

Resultados: Los resultados permitieron identificar 3 áreas principales que influenciaron el desempeño de las residencias de ancianos desde el inicio del brote de la COVID-19: modelos de organización y recursos; salud física y mental de los residentes y; la familia como apoyo.

Conclusiones: Las personas mayores que residen en residencias para ancianos quedan particularmente vulnerables a la COVID-19, pues esta enfermedad puede tener para ellos consecuencias muy graves o incluso conducirlo a la muerte. Es importante que las residencias prevengan la fragilidad física y mental de los ancianos, así como la soledad que muy probablemente les asola debido a las circunstancias pandémicas. Los responsables por las residencias de ancianos deben percibir que las personas mayores que viven en ellas tienen, por lo general, problemas de salud, lo que debería determinar la implementación de nuevas estrategias, entre ellas el aumento del número de profesionales debidamente capacitados.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: odete.araujo@ese.uminho.pt (O. Araujo).

KEYWORDS

Nursing home;
Human resources;
COVID-19;
Older residents;
Family

Nursing homes in Portugal during the COVID-19 outbreak: Challenges for the future**Abstract**

Objective: This study sought to explore the perceptions of experts about the performance of nursing homes during the COVID-19 outbreak.

Method: A qualitative study was developed in two stages: (1) a focus group, conducted in May 2020, with 5 experts; (2) a modified e-Delphi, implemented in September 2020 with 22 experts, both in the area of assistance in nursing homes from Northern and Center of Portugal.

Results: The results allowed identifying three main areas that influenced the performance of nursing homes during the COVID-19 outbreak: organization models and resources; physical and mental health of residents and; family as a support.

Conclusions: Older adults residing in nursing homes are particularly vulnerable to severe disease or death from COVID-19. It is emergent that nursing homes prevent physical and mental frailty in older residents and the loneliness aggravated by the pandemic circumstances. Decision-makers need to recognize that older people living in nursing homes have several health needs, which should determine the implementation of new strategies namely the increase in the number of professionals with appropriate skills.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Qué se conoce?

- Altos niveles de mortalidad y morbilidad en residencias de ancianos durante la pandemia de COVID-19.
- La salud mental y física de los ancianos se ha visto seriamente afectada por las restricciones sociales impuestas por las residencias de ancianos.

¿Qué aporta?

- Son necesarios más profesionales sanitarios para garantizar las necesidades principales de los ancianos que viven en residencias.
- Salud de los residentes: se reorganizaron las actividades físicas y cognitivas para animar a la interacción entre los residentes y evitar el contagio entre los ancianos y asistentes sanitarios.
- Se suspendió el contacto con los familiares, incluyendo las visitas, pero se promovieron otros canales de comunicación, tales como videoconferencias, redes sociales y llamadas telefónicas.

Introducción

Las residencias de ancianos se han visto seriamente afectadas por la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) (Werner et al., 2020). Esta realidad es más espectacular en EE. UU.¹ y Europa, que reportan mayores tasas de morbilidad y letalidad de las personas mayores que viven en residencias de ancianos, así como grandes tasas de absentismo laboral²⁻⁵. Al inicio de la pandemia, la falta de evidencia acerca de la transmisión de la COVID-19, y la baja

disponibilidad de pruebas aceleró considerablemente la propagación en estos centros, incrementando las tasas de morbimortalidad entre los residentes mayores⁵. Además, la gente frágil con diversas enfermedades crónicas vive en residencias en espacios comunes que incluyen el dormitorio, dificultando o imposibilitando la distancia o el aislamiento social, e incrementando por tanto la susceptibilidad al virus⁶.

De acuerdo con un informe reciente del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (2020)⁵, las estadísticas del impacto en ancianos que viven en centros asistenciales de larga duración (LTCF), que incluyen residencias, son trágicas. Algunos ejemplos relativos al pasado mes de mayo (primera ola) muestran a Bélgica con un 51% de los 9.052 casos fatales de COVID-19 provenientes de los LTCF, y solo un 23% de casos confirmados por laboratorio. En España, se reportaron 17.730 fallecimientos de los 5.400 residentes afectados, lo cual representa el 66% de los casos fatales asociados a la COVID-19⁷. En Alemania, se reportaron 22.071 infecciones vinculadas a centros de asistencia de larga duración y residencias, con una cifra de 2.966 víctimas (20%), que representa el 37% de las 7.914 muertes relacionadas con la COVID-19 en dicho país⁸. Portugal cuenta con 3.069 LTCF divididas en 2.445 residencias generales, 287 viviendas residenciales y 337 «LCT mixtos», y las estadísticas recientes reflejan un total de 4.700 ancianos residentes infectados de COVID-19 y 1.047 muertes a causa de la infección⁹.

Desafortunadamente, los puntos débiles a nivel social y sanitario de los LTCF en general, y principalmente en las residencias de ancianos, no son una realidad nueva. Durante décadas las residencias de ancianos han sido ignoradas, considerando especialmente las necesidades sanitarias frecuentemente inalcanzadas de las personas frágiles y el número reducido de profesionales sociales y sanitarios cualificados⁶. Al igual que en Europa, Portugal comparte una realidad similar en materia de situaciones bien documentadas de mala prestación de servicios, maltrato a los ancianos

y pérdida de dignidad de los mismos¹⁰. Además, la pandemia ha urgido la implementación de nuevos procedimientos en las residencias de ancianos, con un bajo ratio de profesionales para asistir a los ancianos residentes, especialmente en aquellas instituciones cuyo personal está infectado por COVID-19¹¹.

Las mayores dificultades durante esta pandemia son evitar las muertes prematuras relacionadas con la COVID-19 y prestar cuidados dignos a las personas mayores, previniendo el deterioro físico y cognitivo, y utilizando menos recursos humanos y materiales^{11,12}. De manera importante, prevenir la soledad en los residentes institucionalizados es ahora tan prioritario como la ayuda con su higiene personal¹³.

Otro asunto importante guarda relación con la gestión de las visitas y la comunicación con los familiares. Es bien sabido que las visitas de familiares y amigos son esenciales para mantener las relaciones sociales y contactar con el exterior, pero en el contexto de la pandemia es esencial garantizar un equilibrio entre las visitas presenciales y la sensación de soledad^{14–16}. La evidencia reciente describe intervenciones adicionales para reducir las consecuencias sanitarias y sociales negativas, añadiendo, por ejemplo, alternativas tecnológicas tales como las llamadas telefónicas y/o videollamadas¹⁷.

Objetivos

El objetivo del estudio fue explorar las percepciones de los expertos acerca del desempeño de las residencias durante la pandemia de la COVID-19.

Material y métodos

Se desarrolló un estudio exploratorio en 2 etapas. Durante la primera de ellas se reunió un grupo de debate. Se trata de una técnica cualitativa de recopilación de datos, utilizada para recopilar/debatir opiniones acerca de una cuestión determinada, a través de reuniones grupales que incluyen de 5 a 12 expertos en el área de estudio. La organización del grupo de debate debe incluir un guion semiestructurado, y el número de reuniones no debe exceder de 5 por estudio¹⁸. En este estudio, se realizó un grupo de debate en mayo de 2020, con 5 expertos en el área de asistencia a personas mayores, es decir, en el contexto de los LTCF del norte y centro de Portugal. Se seleccionó a los participantes mediante muestreo de conveniencia. Los criterios de selección fueron los expertos reconocidos en el área de la asistencia a personas mayores, la gestión de los LTCF y el tener al menos 5 años de experiencia en el área. El grupo de debate incluyó al primer investigador, quien realizó y facilitó la intervención, y a un asistente de investigación que trabajó como observador no participante, mecanografiando y grabando la intervención.

El grupo de debate inició la caracterización sociodemográfica de los expertos rellenando una tabla de datos (edad, sexo, titulación académica, ocupación profesional, duración de la práctica profesional y región del país en la que trabajaba). Se realizó la reunión de reflexión con un conjunto de 3 cuestiones abiertas para debate por parte de los expertos: 1) ¿Cuáles son las necesidades/dificultades principales de los LTCF en el contexto de la pandemia? 2) Con relación a la salud física y mental, ¿cómo se satisficieron

las necesidades? y 3) ¿Cuál es el papel de la familia en este proceso?

En la segunda etapa del estudio se utilizó un cuestionario Delphi electrónico modificado para validar los resultados obtenidos en el grupo de debate. Dicho cuestionario Delphi electrónico siguió las recomendaciones de Justo¹⁹:

1. Composición de un panel de expertos utilizando los criterios de inclusión siguientes: experiencia de al menos 3 años en colaboración/gestión/dirección/consultoría de LTCF. Los expertos fueron identificados mediante un muestreo de conveniencia.
2. Número de participantes: veintidós expertos aceptaron participar en el estudio.
3. Formuladón del cuestionario: los principales resultados obtenidos en el grupo de debate fueron adaptados a un cuestionario *online*, utilizando la aplicación Google Docs. El cuestionario electrónico se compuso de una introducción que describía el contexto y los objetivos del estudio y, a continuación, un grupo de preguntas de caracterización sociodemográfica. Seguidamente se invitó a los expertos a calificar su grado de acuerdo utilizando la escala Likert (de «totalmente en desacuerdo» a «totalmente de acuerdo»), con algunas de las afirmaciones que abordaban las cuestiones: 1) ¿Cuáles son las principales necesidades/dificultades de los LTCF en el contexto de la pandemia? 2) Con relación a la salud física y mental, ¿cómo se satisficieron las necesidades de los residentes? y 3) ¿Cuál es el papel de la familia en este proceso? Los cuestionarios fueron enviados por correo electrónico durante los meses de mayo y junio de 2020, y fueron completados en el plazo de un mes.
4. Proceso de formación de consenso: para esta labor se establecieron criterios basados en el nivel de acuerdo positivo de las respuestas de los expertos a cada ítem del cuestionario. Por tanto, se definió el acuerdo positivo como una tasa igual o superior al 50% (Scarpato et al., 2012), definiéndose el acuerdo positivo como la suma del porcentaje de respuestas «de acuerdo» y «totalmente de acuerdo». Para el acuerdo positivo, se establecieron 3 niveles de consenso (perfecto/acuerdo positivo: 100%; fuerte/acuerdo positivo: 79-99%; moderado/acuerdo positivo: 50-79%). Como en este estudio se alcanzó el acuerdo positivo directamente en la primera ronda, procedimos a la presentación y análisis de los resultados.

A lo largo de las etapas del estudio (grupo de debate y cuestionario Delphi electrónico modificado), se observaron todos los principios éticos. Los expertos accedieron libremente a participar en el estudio y aportaron su consentimiento informado. Se garantizó a los participantes la anonimidad y confidencialidad de sus respuestas y el uso de los resultados del estudio solo para publicación científica. En el grupo de debate, todos los expertos accedieron a grabar la reunión.

Análisis de los datos

En la primera fase se analizaron los datos del grupo de debate utilizando el análisis de contenido con arreglo a

Bardin (2015), incluyendo diferentes fases: 1) análisis previo, 2) exploración del material y 3) tratamiento, inferencia e interpretación de los resultados obtenidos. El objetivo del análisis previo es organizar y sistematizar las ideas para hacerlas operativas, a fin de orientar un esquema preciso para el desarrollo de las operaciones siguientes. La exploración del material, seguida del análisis previo, consiste en la aplicación sistemática de las decisiones adoptadas a través de las operaciones de codificación, descomposición o enumeración, de acuerdo con las reglas previamente formuladas. El tratamiento, inferencia e interpretación de los resultados se refiere al tratamiento de los datos brutos para que estos puedan ser significativos y válidos. En esta etapa el investigador puede realizar inferencias y avanzar interpretaciones. Todas las entrevistas fueron transcritas literalmente tras la recopilación de los datos. El análisis se inició con la escucha repetida de las grabaciones y la lectura de las transcripciones de la entrevista.

Para la segunda fase (estudio Delphi electrónico), realizamos un procesamiento estadístico de las respuestas: el análisis de las respuestas fue realizado mediante estadísticas descriptivas, es decir, mediante distribución de las frecuencias (absoluta y relativa) y medidas de la tendencia central (mediana) utilizando el programa Microsoft Excel® 2013 y el sistema operativo de análisis de datos Google Docs.

Resultados

Características de los participantes

La muestra incluyó 5 participantes en la primera fase (grupo de debate) y veintidós en la segunda (Delphi electrónico), con una edad media de 42,2 años (DE: 3,4 años) y 32,7 (DE: 7,9 años), respectivamente. En el grupo de debate participaron 5 varones y 15 en la fase de Delphi electrónico. La mayoría de los participantes de la primera fase fueron directores técnicos (n: 3), y enfermeras (n: 11) en la segunda fase. La caracterización sociodemográfica de los expertos que integraron las 2 fases del estudio se muestra en la [tabla 1](#).

Temas emergentes

Los 3 temas identificados fueron: a) Principales necesidades/dificultades de los LTCF en el contexto de la pandemia (COVID-19), b) Modo de satisfacer las necesidades físicas y mentales y c) Modo de implicación de los familiares en las estrategias de respuesta a la pandemia. A pesar de describirse separadamente, según se ilustra en la [tabla 2](#), los temas estuvieron interrelacionados, lo cual demuestra la complejidad del análisis.

Principales necesidades/dificultades de los centros asistenciales de larga duración en el contexto de la pandemia (COVID-19)

Durante el primer brote las instituciones necesitaron enfrentarse a diversos retos, incluyendo la dificultad de atraer a trabajadores especializados en los campos social y sanitario.

«Es muy difícil atraer a profesionales para trabajar en residencias de ancianos, porque además de ser un trabajo muy difícil desde el punto de vista físico y emocional, las condiciones laborales no son muy atractivas» (María).

Modo de satisfacer las necesidades de salud física y mental de los residentes

Se cancelaron o reorganizaron las actividades de salud física y mental como consecuencia del mantenimiento de las medidas de prevención de la COVID-19, incluyendo el distanciamiento y el protocolo respiratorio.

«Se cancelaron las actividades sociales y recreativas en grupo, tales como música o ejercicios. Tratamos de mantener la estimulación física y cognitiva de las personas mayores, pero se mantuvieron las medidas para prevenir la COVID-19 y se limitaron las actividades grupales» (João).

Modo de implicación de los familiares en las estrategias de respuesta a la pandemia

La presencia física de los familiares se vio comprometida por el requisito de cumplimiento de las normas impuestas por el gobierno. Para mitigar la falta de visitas, las instituciones implicadas, a través del personal, hicieron un esfuerzo crucial para establecer conexiones mediante videoconferencia o a través de redes sociales, a fin de establecer la comunicación y mantener los lazos familiares.

Mantuvimos el contacto con las familias y los familiares cercanos mediante videollamadas. Organizamos y desplegamos al personal para garantizar que cada una (de las personas mayores) pudiera ver y hablar con sus seres queridos.

En cuanto a los resultados obtenidos en la segunda fase del estudio/cuestionario Delphi electrónico modificado, se llegó a un nivel de acuerdo positivo en todos los ítems en la primera ronda de respuestas de los 22 expertos, que osciló entre un nivel de consenso moderado y perfecto, según se describe en la [tabla 3](#).

Discusión

Las personas mayores y sus cuidadores en las residencias de ancianos se han visto gravemente impactados por la pandemia de COVID-19. A nivel mundial la pandemia ha afectado particularmente a las personas mayores, debido al incremento de su condición de fragilidad, junto con las enfermedades crónicas potenciales y un mayor riesgo de morir de COVID-19. La OECD¹² ha reflejado que más del 60% de las personas mayores que viven con situaciones crónicas ha empeorado con la pandemia, y que bajo restricciones sociales estas eran más propensas a sufrir problemas incrementados de salud física y mental.

Los resultados de nuestro estudio han resaltado tres áreas principales de prioridad. En primer lugar, los resultados de este estudio han reflejado que las principales necesidades y dificultades experimentadas por las residencias de ancianos, en cuanto a recursos materiales y humanos disponibles

Tabla 1 Caracterización sociodemográfica de los expertos

| Variable | Grupo de debate (n = 5) | Delphi electrónico (n = 22) |
|---|--|---|
| Edad | Media: 42,2 años (DE: 3,4) | Media: 32,7 años (DE: 7,9) |
| Sexo | Mujer: 2 (40%) Varón: 3 (60%) | Mujer: 15 (68%) Varón: 7 (32%) |
| Titulación académica | Doctorado: 2 (40%) Máster: 3 (60%) | Doctorado: 2 (9%) Máster: 3 (14%) Licenciado: 12 (54%) Educación secundaria superior: 5 (23%) |
| Ocupación profesional | Director técnico: 3 (60%) Profesor/consultor: 2 (40%) | Director técnico: 3 (14%) Profesor/consultor: 2 (9%) Enfermera: 11 (50%) Terapeuta: 1 (4%) Asistente sanitario: 5 (23%) |
| Duración de la ocupación profesional/experiencia en el área | Media: 14,4 años (DE: 4,6) | Media: 7,7 años (DE: 5,6) |
| Lugar de trabajo (región geográfica) | Norte: 3 (60%) Centro: 2 (40%) | Norte: 20 (91%) Centro: 2 (9%) |

Tabla 2 Categorías y unidades contextuales extraídas del grupo de debate (n = 5)

| Principales necesidades/dificultades de los LTCF en el contexto de la pandemia (COVID-19) | |
|--|---|
| Categorías | |
| <ol style="list-style-type: none"> Atracción de los profesionales (con competencia específicas) Falta de profesionales especializados en el área sanitaria (dificultades para contratar y mantener a dichos profesionales en el área sanitaria) Modelos organizativos y de gestión de las instituciones (falta de directivos medios y altos) Falta de recursos materiales (Equipos de protección personal) Falta de orientación de las instituciones sanitarias gubernamentales (dificultades para implementar el plan de contingencia) Falta de solidaridad en el sector social (entre instituciones) Gestión de la sobrecarga física y emocional de los profesionales | |
| Modo de satisfacer las necesidades físicas y mentales de los residentes | |
| Categorías | Unidades de contexto |
| 1. Reorganización de las actividades recreativas/sociales | <ol style="list-style-type: none"> Cancelación de las actividades externas Mantenimiento de las actividades de clase (estimulación cognitiva y física) tras las medidas de prevención Reorganización del espacio físico (para mantener algunas actividades sociales) |
| 2. Contacto con los familiares | <ol style="list-style-type: none"> Videollamadas (programadas) Llamadas telefónicas a la institución |
| 3. Información aportada por los residentes | — |
| Modo de implicación de los familiares en las estrategias de respuesta a la pandemia | |
| Categorías | |
| <ol style="list-style-type: none"> Conocimiento de los familiares Comportamiento de los familiares | |
| LTCF: centros asistenciales de larga duración. | |

durante la primera ola de la COVID-19 no eran necesariamente nuevas, y siguen frenando la atracción del personal asistencial por las competencias adecuadas. Esto significa que siguen existiendo dificultades para contratar y mantener

a trabajadores asistenciales especializados en los campos social y sanitario¹².

Además, durante la pandemia, las organizaciones del sector social sintieron una falta de apoyo del resto de orga-

Tabla 3 Resultados del cuestionario Delphi electrónico modificado (n = 22)

| Principales necesidades/dificultades de los LTCF en el contexto de la pandemia (COVID-19) | | |
|--|---|------------------|
| | NA | NC |
| Dificultad para atraer y retener a los profesionales con competencias específicas sobre gerontogeriatría | D: 2 (9%) A: 14 (64%) TA: 6 (27%) | 91% Fuerte |
| Falta de profesionales especializados en el área sanitaria | TD: 3 (14%) D: 3 (14%) A: 11 (50%) TA: 5 (22%) | 72% Moderado |
| Modelos organizativos y de gestión inadecuados de las instituciones | TD: 3 (14%) D: 4 (18%) A: 10 (45%) TA: 5 (23%) | 68% Moderado |
| Falta de recursos materiales, es decir, equipos de protección personal | TD: 2 (9%) D: 7 (32%) A: 9 (41%) TA: 4 (18%) | 59% Moderado |
| Falta de orientación de las instituciones sanitarias gubernamentales | SD: 1 (4%) D: 6 (27%) A: 15 (69%) | 69% Moderado |
| Dificultades para implementar el plan de contingencia | D: 10 (45%) A: 8 (37%) TA: 4 (18%) | 55% Moderado |
| Falta de solidaridad en el sector social (entre instituciones) | TD: 2 (9%) D: 8 (37%) A: 11 (50%) TA: 1 (4%) | 54% Moderado |
| Gestión de la sobrecarga física y emocional de los profesionales | D: 2 (9%) A: 9 (41%) TA: 11 (50%) | 91% Fuerte |
| Modo de satisfacer las necesidades físicas y mentales de los residentes | | |
| | NA | NC |
| Reorganización de las actividades recreativas/sociales (p. ej., mantenimiento de las actividades en clase y reorganización del espacio físico) | D: 1 (4%) A: 11 (50%) TA: 10 (46%) | 96% Fuerte |
| Cancelación de las actividades externas | TD: 1 (4%) A: 9 (41%) TA: 12 (55%) | 96% Fuerte |
| Promoción de los contactos con los familiares (p. ej., videollamadas programadas y/o contactos telefónicos frecuentes con la institución). | A: 13 (59%) TA: 9 (41%) | 100% Perfecto |
| Información a los residentes (con condiciones cognitivas para ello) acerca de la necesidad de adaptación | A: 15 (68%) TA: 7 (32%) | 100% Perfecto |
| Modo de implicación de los familiares en las estrategias de respuesta a la pandemia | | |
| | NA | NC |
| Proporcionar a los familiares el conocimiento acerca de las medidas de prevención durante la pandemia | D: 2 (9%) A: 16 (73%) TA: 4 (18%) | 91% Fuerte |
| Mejorar el comportamiento familiar adecuado | D: 2 (9%) A: 15 (68%) TA: 5 (23%) | 91% Fuerte |

A: cuerdo; D: desacuerdo; LTCF: centros asistenciales de larga duración; NA: nivel de acuerdo (respuestas «de acuerdo» + «totalmente de acuerdo»); NC: nivel de consenso (Moderado: NA: 50-79%; Sólido: NA: 80-99% y Perfecto: NA: 100%); TA: totalmente de acuerdo; TD: totalmente en desacuerdo.

nizaciones. Esto no permitió que las residencias de ancianos compartieran las experiencias, procedimientos, y modos de mitigar el impacto de la COVID-19 en los residentes mayores y los miembros del personal²⁰. El modelo de gestión establecido, que no consideraba los directivos medios, ha conducido a una organización y gestión inadecuadas en cuanto a la toma de decisiones en situaciones complejas^{20,21}.

Al inicio de la pandemia de COVID-19, y en particular durante la primera ola, los distintos países del mundo se enfrentaron a retos comunes, incluyendo la escasez de equipos protectores individuales y la falta de directrices nacionales por parte del Ministerio de Salud portugués, especialmente dirigido a las residencias de ancianos²². Todos estos factores han contribuido en gran medida al desgaste de los trabajadores asistenciales. Por un lado, estos profesionales tuvieron que considerar nuevos procedimientos individuales y explicar dichos procedimientos a los residentes mayores de las residencias de ancianos, muchos de ellos con deterioro cognitivo, al igual que gestionar la comunicación con los familiares. Es bien sabido que las personas con deterioro cognitivo tienen serias dificultades para adherirse a las recomendaciones sobre distanciamiento social, en comparación con otros residentes sin enfermedades cognitivas. Además, las restricciones sociales tuvieron un impacto negativo, dado que se comprobó que incrementaban la confusión mental y la agitación, causadas principalmente por las medidas adicionales, tales como el uso de mascarillas¹⁶. Por otro lado, los profesionales que dieron positivo en la infección tuvieron que ser sustituidos por otros trabajadores, para garantizar la continuidad de la asistencia a los residentes. En diversas residencias de ancianos de Portugal muchos profesionales tuvieron un turno de trabajo de 24 a 24h durante varios días, para mitigar la falta de personal⁹. En este escenario, se identificaron mayores niveles de incertidumbre, ansiedad y depresión entre los trabajadores asistenciales²³.

En cuanto a la siguiente área —*salud de los residentes*— los resultados reflejaron que se habían suspendido todas las actividades externas, aunque se organizaron actividades internas para animar a la interacción entre los residentes, y evitar el contagio entre las personas mayores y los trabajadores asistenciales. En particular, se promovieron las actividades físicas y cognitivas para prevenir el empeoramiento de la fragilidad física y mental y la dependencia de los residentes, siempre que fuera posible. Sin embargo, deberán implementarse otros modos de promover las actividades físicas²⁴ y cognitivas²⁵, tales como, por ejemplo, incluir un plan individual y personalizado para evitar el contacto entre los residentes. Desafortunadamente, el bajo ratio de profesionales sanitarios entre las residencias de ancianos sigue dificultando la implementación de tales medidas.

La tercera área —*contacto con los familiares*—, incluyendo las visitas, fue suspendida, pero se promovieron otros canales de comunicación tales como videoconferencias, redes sociales, y llamadas telefónicas. Esto fue una realidad común en diversos países^{16,17,26,27}. De acuerdo con Sengupta et al.²⁸ alrededor del 72 al 85% de los residentes tuvo contacto con sus familiares al menos 2 veces al mes, y considerando las restricciones actuales, se adoptaron más frecuentemente las llamadas telefónicas y otras opciones de Internet (p. ej., mensajes de texto, FaceTime®,

Skype®) para residentes independientes y comunidades. Los miembros del personal jugaron un papel esencial, animando y ayudando a aquellos residentes con menor preparación tecnológica para utilizar equipos técnicos^{16,26}.

La implicación de las familias en las estrategias de respuesta a la pandemia, y en particular para aportar información y comportamiento adaptativo, fue bien aceptada por la mayoría de las familias, quienes comprendieron las medidas de aislamiento necesarias para proteger a sus familiares. Sin embargo, una publicación reciente de Lynn²⁹ reflejó que muchos residentes en residencias y sus familiares preferían asumir riesgos en lugar de perdurar una existencia emocionalmente dolorosa. Sería importante debatir las preferencias y expectativas con los residentes y sus familiares antes de imponer medidas severas de aislamiento indefinidamente.

Conclusión y direcciones futuras

Las personas mayores que viven en residencias son particularmente vulnerables a las enfermedades graves o muerte por COVID-19. La pandemia ha subrayado ya las debilidades existentes de las residencias de ancianos, incluyendo la falta de trabajadores asistenciales y las directrices/procedimientos claros. Los resultados de este estudio han reflejado 3 áreas prioritarias en cuanto a las necesidades de las organizaciones a la hora de prestar cuidados a las personas mayores, incluyendo recursos materiales y humanos, la salud de los residentes mayores, y la importancia de la familia. En Portugal, las residencias de ancianos fueron establecidas para mitigar los problemas sociales de las personas mayores con altos niveles de dependencia, dado que culturalmente las familias tienen la responsabilidad de cuidar de las personas mayores en casa, y la institucionalización es percibida como último recurso. Sin embargo, el incremento de la esperanza media de vida significa que ahora las personas viven más, a pesar del deterioro físico y mental. De este modo, sería importante abordar detenidamente la falta de preparación de las estructuras residenciales a la hora de responder a las necesidades asistenciales sanitarias de los residentes. Hay que resaltar también que la mayoría de las residencias de ancianos de Portugal no cuenta con profesionales sanitarios a tiempo completo, y en especial enfermeras para dar respuesta a las necesidades sanitarias, y anticiparse y mitigar con frecuencia la fragilidad física y cognitiva de sus residentes. Las políticas actuales necesitan un nuevo paradigma, ya que en Portugal el Ministerio de Solidaridad y Seguridad Social es responsable de las residencias de ancianos, aunque creemos firmemente que esto debería ser responsabilidad conjunta con el Ministerio de Salud, que tiene competencias específicas para abordar las necesidades sanitarias. También creemos que la principal prioridad es evitar los altos niveles de infección entre los residentes mayores, dada las altas tasas de mortalidad relacionadas con este grupo de población. Sin embargo, a la vista del contexto actual, son necesarias medidas urgentes, tales como establecer ratios adecuados de profesionales sanitarios que pudieran resultar más atractivos para las enfermeras, y promover la prestación de asistencia sanitaria de calidad. La rápida evolución de las características demográficas de las poblaciones de los países de la OCDE urge a la mejora de

las competencias del personal de las residencias de ancianos, siendo esencial que los gobiernos aborden diversos retos de manera prioritaria. Las enfermeras se hallan en la vanguardia en cuanto a prestación de cuidados a las personas mayores que viven en residencias, y juegan un papel esencial a la hora de diagnosticar tempranamente el deterioro cognitivo y físico, al igual que prevenir la soledad y dignificar la última etapa del ciclo vital de las personas.

Aprobación ética

N.º 2/2020 de la Sociedad Portuguesa de Enfermería de Salud Mental.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Autorías

OA, LS y CS: diseñaron el estudio y participaron en la recopilación de los datos.

LS y OA: analizaron los datos.

OA y LS: prepararon el documento final para su publicación.

CS y CF-G: revisaron el documento.

Todos los autores aprobaron el documento final.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores tiene conflicto de intereses que declarar.

Agradecimientos

Nos gustaría expresar nuestro profundo agradecimiento a los expertos que participaron en el grupo de debate y el cuestionario Delphi electrónico durante la primera ola de la COVID-19.

Bibliografía

- Grabowski D. Strengthening nursing home policy for the postpandemic world: How can we improve residents' health outcomes and experiences? Washington: The Commonwealth Fund; 2020 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2020/aug/strengthening-nursing-home-policy-postpandemic-world>.
- Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, Hsu AT, et al. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: Early international evidence. London: International Long Term Care Policy Network; 2020 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>.
- Gardner W, States D, Bagley N. The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care. *J Aging Soc Policy*. 2020;4-5 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08959420.2020.1750543>.
- McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County. *Washington. N Eng J Med*. 2020;2005-11 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2005412>.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of COVID-19 in long-term care facilities in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2020 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-long-term-care-facilities-surveillance-guidance.pdf>.
- Werner RM, Hoffman A, Coe NB. Long-Term Care Policy after Covid-19-Solving the Nursing Home Crisis. *N Eng J Med*. 2020;383:903-5 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp2014811>.
- RTVE.ES. Coronavirus: Radiografía del coronavirus en residencias de ancianos: más de 17.200 fallecidos a falta de test generalizados 2020 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/>.
- Robert Koch Institut. Aktueller Lage-/Situationsbericht des RKI zu COVID-19 2020. Berlín: RKI, 2020 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html.
- Carvalho P. Coronavirus: lares desesperados con falta de funcionarios. 2020 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://www.publico.pt/2020/03/26/sociedade/noticia/coronavirus-lares-desesperados-funcionarios-1909488>.
- Gil AP. Quality procedures and complaints: nursing homes in Portugal. *J Adult Prot*. 2019;11 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JAP-09-2018-0018/full/html>.
- World Health Organization. Mental health considerations during COVID-19 Outbreak. Geneva: WHO; 2020 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Organization for Economic Co-operation and Development. Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly. Paris: OECD; 2020 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://www.oecd.org/publications/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers-92c0ef68-en.htm>.
- Simard J, Volicer L. Loneliness and Isolation in Long-term Care and the COVID-19 Pandemic. *JAMDA*. 2020;966-7 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(20\)30373-X/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(20)30373-X/fulltext).
- 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*. 2020;21-31 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(20\)30012-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(20)30012-X/fulltext).
- Seipel B. Husband wishes wife happy anniversary from outside nursing home as COVID-19 keeps them apart. 2020 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://thehill.com/homenews/news/487923-husband-wishes-wife-happy-anniversary-from-outside-nursing-home-as-covid-19>.
- Zimmerman S, Sloane P, Katz P, Kunze M, O'Neil K, Resnick B. The need to include assisted living in responding to the COVID-19 Pandemic. *JAMDA*. 2020;21:572-5 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7175842/>.
- Dichter M, Sander M, Seismann-Petersen S, Kopke S. COVID-19: It is time to balance infection management and person-centered care to maintain mental health of people living in

- German nursing homes. *Int Psychogeriatr.* 2020;32:1157–60 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32393407/>.
18. Galego C, Gomes A. Emancipação, ruptura e inovação: o «focus group» como instrumento de investigação. *RLE.* 2005;5:173–84 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/1012>.
 19. Justo C. The Delphi technique for the training of consensus. Lisbon: Observatório Português dos Sistemas de Saúde; 2005 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://docplayer.com.br/10372168-A-tecnica-delphi-de-formacao-de-consensos.html>.
 20. SIC Notícias. SIM considera inqualificável o que se está a passar nos lares. 2020 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://sicnoticias.pt/especiais/coronavirus/2020-10-05-Covid-19.-SIM-considera-inqualificavel-o-que-se-esta-a-passar-nos-lares>.
 21. Quigley DD, Dick A, Agarwal M. COVID-19 Preparedness in Nursing Homes in the Midst of the Pandemic. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68:1164–6 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32343362/>.
 22. McGarry BE, Grabowski D, Barnett M. Severe staffing and personal protective equipment shortages faced by nursing homes during the COVID-19 pandemic. *Health Aff.* 2020;39:1812–21 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2020.01269>.
 23. Cabarkapa S, Nadjidai S, Murgier J, Ng C. The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain Behav Immun.* 2020;8:100144 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7494453/>.
 24. Aubertin-Leheudre M, Rolland Y. The Importance of Physical Activity to Care for Frail Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *JAMDA.* 2020;973–6 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7190526/>.
 25. National Institute on Ageing. Cognitive health and older adults. Maryland: NIA; 2020 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/health/cognitive-health-and-older-adults>.
 26. Hado E, Feinberg LF. Amid the COVID-19 Pandemic, Meaningful Communication between Family Caregivers and Residents of Long-Term Care Facilities is Imperative. *J Aging Soc Policy.* 2020;32:410–5 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32441209/>.
 27. Trabucchi M, Leo D. Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy. *Lancet Psychiatry.* 2020;75:387–8 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30149-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30149-8/fulltext).
 28. Sengupta M, Zimmerman S, Harris-Kojetin L. Activity Engagement in Residential Care Settings: Findings from the National Survey of Residential Care Facilities. *J Hous Elderly.* 2019;33:120–39 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02763893.2018.1534178>.
 29. Lynn J. Playing the cards we are dealt: COVID-19 and Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68:1629–30 [consultado 11 Jun 2021] Disponible en: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.16658>.