



## ARTÍCULO ESPECIAL

# La atención paliativa en las residencias durante la pandemia COVID-19 (o cuando el coronavirus llamó a la puerta del ámbito más vulnerable del sistema)

Jordi Amblàs-Novellas<sup>1,2</sup>, Raquel Martínez-Gómez<sup>3</sup> y Montserrat Blasco-Rovira<sup>1,2,4</sup>

<sup>1</sup>Cátedra de Cuidados Paliativos, Centre d'Estudis Sanitaris i Socials (CESS), Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (UVIC-UCC), Vic, Barcelona, España. <sup>2</sup>Grupo de Investigación en Cronicidad de la Cataluña Central (C3RG), Centre d'Estudis Sanitaris i Socials (CESS), Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (UVIC-UCC), Vic, Barcelona, España. <sup>3</sup>Residencia geriátrica Sant Pau, Barcelona, España. <sup>4</sup>Residència El Nadal, Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic, Vic, Barcelona, España

Recibido el 16 de junio de 2020

Aceptado el 9 de julio de 2020

**PALABRAS CLAVE**  
COVID-19,  
residencias, cuidados  
paliativos, toma de  
decisiones, consenso,  
recomendaciones.

## Resumen

La pandemia de COVID-19 ha sido especialmente agresiva en el ámbito residencial, entorno donde la mortalidad supone más del 50 % del total de las muertes por esta enfermedad. Pero las repercusiones (físicas y emocionales) que esta crisis ha condicionado, tanto en los residentes como en sus familias y en los profesionales, van mucho más allá de estos datos.

En primer lugar, y mediante la revisión de la (escasa) bibliografía existente, de los (escasos) datos disponibles en nuestro país y de la (intensa) experiencia vivida por parte de alguno de estos profesionales, en el presente artículo revisamos el impacto de la pandemia en este ámbito.

En segundo lugar, se describen algunas propuestas desarrolladas con el objetivo de aportar respuesta a esta crisis, desde la perspectiva de los cuidados paliativos. Finalmente, y partiendo de las evidencias publicadas y de la propia experiencia, los autores formulan una serie de recomendaciones específicas y pragmáticas sobre la atención paliativa en el ámbito residencial, a corto, medio y largo plazo.

\*Autor para correspondencia:

Jordi Amblàs-Novellas

Cátedra de Cuidados Paliativos. Centre d'Estudis Sanitaris i Socials de la UVIC-UCC. Carrer de Miguel Martí i Pol, n.º 1. 08500, Vic, Barcelona  
Correo electrónico: [jordiambblas@gmail.com](mailto:jordiambblas@gmail.com)

DOI: [10.20986/medpal.2020.1169/2020](https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1169/2020)

1134-248X/© 2020 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

#### KEYWORDS

COVID-19, nursing home, palliative care, decision making, consensus, recommendations.

#### Abstract

The COVID-19 pandemic has been very aggressive in nursing homes, where mortality accounts for more than 50% of all deaths from this disease. But the physical and emotional repercussions go far beyond these data, both for residents and their families, and for professionals.

Firstly, we review the impact of the pandemic in nursing homes based on a review of the existing literature, the data available in Spain, and the experience lived by some of these professionals.

Secondly, some proposals developed by organizations with the objective of providing a response to this crisis from the palliative care perspective are described. Finally, and based on the published evidence and their own experience, the authors provide a series of specific and pragmatic recommendations on palliative care in nursing homes for the short, medium and long term.

*Amblàs-Novellas J, Martínez-Gómez R, Blasco-Rovira M. La atención paliativa en las residencias durante la pandemia COVID-19 (o cuando el coronavirus llamó a la puerta del ámbito más vulnerable del sistema). Med Paliat. 2020;27(3):234-241*

## INTRODUCCIÓN y SITUACIÓN ACTUAL DEL TEMA

La actual pandemia de la COVID-19 ha afectado especialmente a las personas de mayor edad y a aquellas con multimorbilidad y/o enfermedades crónicas avanzadas: se estima que el 90 % de las muertes por COVID-19 se han dado en personas de más de 65 años<sup>1</sup>, y que al menos la mitad del total de estas muertes se habrá producido en las residencias geriátricas<sup>2,3</sup>.

En este artículo especial realizamos en primer lugar una revisión narrativa de la bibliografía internacional sobre este ámbito, y más especialmente sobre el papel de los cuidados paliativos en esta crisis. Con el fin de completar el relato desde una mirada más local, se describen también algunas propuestas realizadas en nuestro entorno académico, así como una aproximación cualitativa en base a las vivencias y experiencias de algunos profesionales. Finalmente, los autores realizan una serie de reflexiones y propuestas sobre la atención paliativa en el ámbito residencial, a corto, medio y largo plazo.

### **Impacto de la pandemia de COVID-19 en el ámbito residencial**

En España existen unas 5450 residencias, donde viven más de 270.000 usuarios<sup>4</sup>. En el caso específico de las residencias geriátricas, el perfil de persona residente es el de una mujer (el 72 % [por un 28 % de hombres]), de edad avanzada (con una media de 87 años), con gran multimorbilidad (con predominio de demencia [46 %]), con gran complejidad (el

51 % de personas con una morbilidad ajustada [GMA] de alto riesgo), y que probablemente está en situación de final de vida (el 54 % de personas NECPAL positivas)<sup>5,6</sup>.

En este entorno, donde la mortalidad anual habitual es cercana al 20 %<sup>5</sup>, la infección por SARS-CoV-2 ha presentado una alta letalidad: al menos una de cada cuatro personas infectadas en este ámbito murió (muy por encima de la tasa de letalidad en población general, que es del 4 %)<sup>2</sup>. Aunque no existen datos oficiales, el porcentaje de defunciones en residencias geriátricas en relación con el total de muertes en España podría situarse entre el 35 % (si solo se toman en consideración los casos confirmados por PCR) hasta el 70 % (si se incluyen aquellos casos con clínica sugestiva)<sup>7</sup>. Desgraciadamente, tampoco existen datos oficiales sobre las circunstancias, el contexto y la calidad de muerte.

Pero más allá de la crudeza de las cifras de mortalidad, deberemos tomar en consideración las repercusiones físicas, y sobre todo las psicoemocionales, que esta crisis ha provocado<sup>8</sup>. Ante una respuesta sanitaria donde habitualmente se ha priorizado la seguridad por encima de otros principios y derechos de las personas y sus familiares, las restricciones de información y de participación en la toma de decisiones, la soledad, el miedo y la limitación de visitas y actividades, han generado un importante impacto, que puede resultar tanto o más catastrófico que la propia enfermedad<sup>9-12</sup>. Los damnificados de esta situación han sido muchos: sobre todo las persona residentes, pero también sus familias y los profesionales asistenciales.

Al impacto emocional derivado de la crudeza de algunas de las situaciones vividas, en el caso de los profesionales (a los que se podría llamar “las víctimas silentes” de esta crisis) es necesario añadir el propio riesgo vital derivado de

la falta de Equipos de Protección Individual (EPI), especialmente en las primeras fases<sup>13,14</sup>. Aunque hasta el momento tampoco existen datos oficiales del número de profesionales que han enfermado por COVID-19 en el ámbito residencial, en el análisis de lo sucedido las vivencias de muchos de estos profesionales aportan una información tanto o más valiosa que los números (como en el caso de R y M, que se puede leer en el Cuadro 1).

#### Cuadro 1. Vivencias de los profesionales del ámbito residencial durante la pandemia de COVID-19.

##### R

*“A finales de febrero, principios de marzo, irrumpía de forma precipitada la COVID-19 y hospitales, sociosanitarios, centros de atención primaria y centros residenciales se vieron colapsados. Todos teníamos en común la falta de experiencia, falta de recursos tanto materiales como humanos, pero en las residencias contábamos con diferencias importantes...”*

*“... Las residencias contaban con todos los ingredientes (población muy vulnerable, un entorno con muchos espacios compartidos y una importante circulación de personas a diario) y así comenzó una carrera para intentar evitar lo que parecía inevitable...”*

##### M

*“Han pasado 15 días desde que hemos confinado la residencia... Está todo tranquilo... Escucho que hay residencias afectadas por COVID-19 y pienso: ‘a nosotros no nos afectará porque hemos cerrado a tiempo, hemos reorganizado los equipos, no tenemos ningún caso, solo lo tenemos que mantener así’... ¡No tenía ni idea del tsunami que estaba a punto de llegar!”*

*“... A los pocos días, un profesional parece que tiene síntomas y lo enviamos a casa inmediatamente... Hay que extremar las medidas: hay que revisar los profesionales que trabajaban con él, los residentes que atendió... Damos la alarma. En pocas horas cae todo el equipo de aquella unidad y, con ellos, los residentes comienzan a presentar síntomas de COVID-19... Estoy muy asustada... Sé que nuestros residentes son los más vulnerables y que, si esto avanza, el problema será grave...”*

*“... No disponemos de EPI... Hace días que vamos con bolsas de plástico y mascarillas quirúrgicas... Empezamos a movilizar recursos para conseguir material de protección para las vías de la solidaridad ciudadana... Vamos a ciegas, ya que no sabemos qué usuarios están afectados y cuáles no y, desgraciadamente, llega la primera muerte... Y luego la segunda... En pocos días vamos sumando muertes diarias...”*

*“... Los profesionales están cada vez más desanimados, más cansados, se sienten culpables, tienen miedo de contagiar a los suyos, pero no fallan, como siempre, en primera línea y en la brecha, protegiendo más a los residentes que a ellos mismos...”*

#### Cuidados paliativos en las residencias en situación de pandemia

Como es obvio, previamente a la crisis actual no existía evidencia sobre las mejores prácticas de atención paliativa en el ámbito residencial en una pandemia por COVID. Desgraciadamente, la bibliografía existente en otras pandemias (SARS, Gripe A...) tampoco es demasiado explícita en el ámbito residencial, limitándose a algunas recomendaciones específicas sobre la disponibilidad de fármacos para el control sintomático y a los equipos de soporte<sup>15-17</sup>.

A pesar de que esta crisis ha impactado de forma prioritaria en el ámbito residencial, muchos de los artículos de revisión sobre atención paliativa ante la pandemia de COVID-19, así como los planes de contingencia en muchos países, han seguido obviando la necesidad de recomendaciones en este ámbito<sup>18-20</sup>. Es más: muchas de ellas solo hacen referencia a las medidas de confinamiento, así como en los supuestos de traslado a los hospitales, como constatan Joni y cols. en una revisión reciente<sup>20</sup>. Algunos aspectos trascendentales, como la valoración integral e individualizada, la necesidad de la toma de decisiones compartida, el manejo de los síntomas y las necesidades al final de la vida, la educación y el apoyo del personal, la participación de los servicios especializados, el apoyo familiar o el soporte psicosocial y espiritual, son obviados sistemáticamente, como también padecieron en primera persona R y M (Cuadro 2).

#### Cuadro 2. Vivencias de los profesionales del ámbito residencial durante la pandemia de COVID-19.

##### R

*“La entrada de la COVID-19 supuso la rotura radical de los planes de vida de las personas que allí residen, sin previo aviso y sin consentimiento. El aislamiento impuesto por el confinamiento preventivo, la restricción de las visitas de sus familiares y la pérdida total de las relaciones con sus semejantes ha condicionado también el empeoramiento de su estado de salud...”*

*“... Incluso con la Planificación de Cuidados Anticipados (PCA) elaborada en esos momentos tan difíciles, el equipo entraba en conflicto, no teníamos nada claro, ni tan siquiera la familia; en ningún momento se pensó en un escenario en el que no pudieran acompañar a sus mayores en sus últimos días. Nadie estaba preparado para algo así...”*

##### M

*“Y llega la parte más dura: avisar a las familias afectadas de que su ser querido está en situación de final de vida... Hacemos el acompañamiento según una normativa excesivamente estricta, teniendo en cuenta la dureza del momento, pero no perdemos ni podemos perder la serenidad... Ni tampoco actuamos ni podemos actuar de forma impulsiva, ni con miedo...”*

*“... Conocemos la persona, su situación previa, alguna tiene hecha la PCA y tenemos definidos los niveles asistenciales, por lo que este trabajo hecho con anterioridad, ahora nos da seguridad en la toma de decisiones, en momentos en los que no tenemos tiempo de pensar y compartimos el luto y el sufrimiento con las familias... Con muchas de ellas tenemos pendiente un abrazo cuando toda esta pesadilla termine...”*

## ACCIONES Y EXPERIENCIAS

Ante una realidad tan imprevisible como devastadora como ha sido la actual crisis por COVID-19 en el ámbito residencial, para intentar dar respuesta a las necesidades de las personas que en ellas habitan la mayoría de los centros ha tenido que adaptarse tanto a nivel estructural como funcional. Basados en las decenas de recomendaciones o normativas desarrolladas por las distintas administraciones, habrán sido miles los planes de contingencia, las medidas tomadas, las iniciativas implantadas o las experiencias vividas en las distintas residencias de España (como explican R y M en el Cuadro 3).

### Cuadro 3. Vivencias de los profesionales del ámbito residencial durante la pandemia de COVID-19.

#### R

*“Cuando nos llegaron los primeros documentos sobre la actuación en residencias frente a la COVID-19, la dificultad radicaba en la imposibilidad para poder aplicarlos, dado que frecuentemente no reconocían la realidad de los centros residenciales...”*

*“... La contención inicial en el número de contagios tuvo relación directa con la capacidad de anticipación, la rapidez en la toma de decisiones (muchas veces basadas únicamente en la intuición), dada la situación de caos y de colapso de todo el sistema sanitario...”*

*“... Se tomaron medidas extremas, restricción tanto de entradas como de salidas, eliminación de las zonas comunes, identificación de los usuarios más vulnerables y de los miembros del personal con más riesgo, sectorizando la residencia en zonas blancas (a priori libres de enfermedad), zonas naranjas (aislamiento preventivo por contacto estrecho), y zonas rojas (casos positivos o en espera de la realización de las pruebas de confirmación)...”*

*“... Todo el personal cada día a primera hora nos reuníamos en la recepción del centro, repetíamos la colocación y retirada de los EPI, repasábamos la situación del día, poníamos en común las dudas, pero creo que lo más importante era durante unos instantes compartir el momento, mirarnos y creernos que podíamos con todo aquello...”*

#### M

*“La avalancha de normativas y protocolos se hacen de difícil cumplimiento (el papel lo aguanta todo), pero no son nada fáciles de aplicar cuando la realidad va mucho más rápida que la capacidad que tenemos de adaptación a estas tantas normativas...”*

*“... Los diferentes departamentos implicados están más interesados en la recogida de datos que en darnos la ayuda y el apoyo que necesitamos... Nos marean cada día con requerimientos y duplicidades de datos que ya se les ha facilitado...”*

*“... Una carga de trabajo excesiva que supone muchos días trabajando 10 o 12 horas seguidas, llegando a casa agotada y con ganas de llorar... Consigo dormir un poco para poder seguir aguantando la presión como responsable del centro, de los residentes, de las familias y de mis profesionales.”*

Más allá de las recomendaciones realizadas por parte de las distintas administraciones, desde el ámbito científico (sociedades científicas, investigadores, grupos de expertos, etc.) han sido también muchas las aportaciones realizadas con el objetivo de aportar luz ante tanta incertidumbre. En este sentido, destacan especialmente dos iniciativas:

1. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL) han trabajado distintos documentos de apoyo, con el fin de aportar respuestas concretas, también en el ámbito residencial. Así, por ejemplo, la SECPAL publicó un documento sobre “Orientaciones sobre el control sintomático de enfermos graves afectados por la enfermedad COVID-19 y que requieran atención paliativa o se encuentren próximos al final de la vida”<sup>21</sup>, en el que se hace énfasis en el ámbito residencial, con recomendaciones sobre la administración de medicación (con objetivo sintomático y/o ante la necesidad de una sedación paliativa), así como la importancia de una atención cercana, individualizada y compasiva. También en la publicación de la SECPAL “Recomendaciones para familiares para la despedida y el duelo ante la presencia de COVID-19” se hace referencia al ámbito residencial<sup>22</sup>. Finalmente, la publicación conjunta de la SECPAL y la AECPAL “Recomendaciones sobre cuidar y acompañar personas en situación de últimos días y a su familia y/o cuidadores” hacía énfasis en la importancia que todas las personas pudieran morir acompañadas, también en el ámbito residencial<sup>23</sup>.
2. Por otro lado, es especialmente destacable el esfuerzo de consenso realizado por más de 30 entidades (incluidas sociedades científicas, organizaciones de bioética, colegios profesionales, patronales y administración), en la confección del documento “Recomendaciones éticas y clínicas para la toma de decisiones en el entorno residencial en contexto de la crisis de COVID-19”<sup>24</sup>. Impulsado por las Cátedras de Cuidados Paliativos y de Bioética de la Universidad de Vic (Vic-UCC), junto con el Centro de estudios Sociales y Sanitarios (CESS) de la UVic-UCC y el grupo de investigación en Cronicidad de la Catalunya Central (C3RG), se consensuó un documento estructurado en un apartado de recomendaciones generales (ordenadas en cinco pasos [Figura 1]) y cuatro fichas de recomendaciones específicas, que facilitan información clave para una mejor atención paliativa.

## REFLEXIONES Y RECOMENDACIONES

### Reflexiones y aprendizajes

Más allá del necesario análisis de los procedimientos y resultados (de los que seguro podremos, y deberemos,



Figura 1. Resumen visual de los cinco pasos de recomendaciones para la toma de decisiones en el entorno residencial en contexto de la crisis por COVID-19.

aprender), de momento nos quedan las vivencias y los aprendizajes, tanto a nivel individual como grupal (como explican R y M en el Cuadro 4).

#### Cuadro 4. Vivencias de los profesionales del ámbito residencial durante la pandemia de COVID-19.

R

“... Con el paso de las semanas, el sistema sanitario en su totalidad se descongestionó, los canales de comunicación dejaron de estar colapsados, disponibilidad de más recursos materiales y los equipos con la suficiente capacidad para poder hacer el seguimiento de todos los casos...”

“... Ahora los residentes siguen confinados, asistidos por un personal con unos equipos de protección que no reflejan normalidad y tampoco favorecen la comunicación.”

“... La crisis ha puesto en evidencia el modelo asistencial en las residencias, ha acentuado carencias importantes en el sistema de cuidados y ha generado la discusión sobre si debemos o no medicalizar estos centros. Es, sin duda, momento de reflexión sobre el modelo de atención que queremos ofrecer a nuestros mayores.”

M

“Al cabo de muchos días nos llega la noticia que podemos empezar a realizar PCR a todos los residentes y profesionales,

lo que nos permite ‘sectorizar’ correctamente y blindar la zona afectada... También llegan (¡finalmente!) los EPI tan esperados... Empezamos a respirar un poco, pero no podemos bajar la guardia...”

“... Los equipos de profesionales han crecido ‘a marchas forzadas’, han trabajado en condiciones muy difíciles, han asumido nuevas competencias y nuevos roles, su capacidad de adaptación a los cambios constantes ha sido realmente admirable...”

“... Ahora que todo parece que va volviendo a la calma, pero con la angustia de que esta pesadilla se vuelva a repetir, solo me queda la esperanza de que todo este sufrimiento sirva para algo, al menos para poner (un poco) en valor el sector residencial, y que tomemos el compromiso como sociedad de cuidar de nuestros mayores como se merecen.”

#### Recomendaciones

Adaptando al ámbito residencial las propuestas publicadas por Etkin y cols.<sup>25</sup> en su artículo de revisión del papel de los cuidados paliativos durante la pandemia por COVID-19, en la Tabla I mostramos algunas recomendaciones que deberían ser tomadas en consideración.

**Tabla I. Síntesis de la evidencia y recomendaciones para la atención paliativa en el ámbito residencial ante la COVID-19. Adaptado de Etkind y cols.<sup>25</sup>.**

<b>SISTEMA</b>	<b>Normativas</b>	<p>Las normativas deben ser flexibles para responder de forma rápida a los cambios Se debe limitar el número de visitantes y los horarios de visita Se deben modificar los criterios de ingreso</p> <p>Es necesario disponer de sistemas de asistencia telefónica diaria para las familias Hay que detener los servicios de voluntariado La atención paliativa debe formar parte de la planificación de la respuesta a pandemias, tanto a nivel nacional como local</p>
	<b>Entrenamiento y protocolos</b>	<p>Los protocolos de cuidados paliativos para el personal no especializado en el manejo de los síntomas y el apoyo psicológico son esenciales Es importante capacitar a los líderes del ámbito residencial en el uso de estos protocolos Se debe formar y educar al personal no especializado en conceptos básicos de cuidados paliativos (incluyendo la comunicación y el duelo) Se deben considerar pautas concretas para poblaciones específicas (por ejemplo: personas con discapacidad intelectual o demencia)</p>
	<b>Comunicación y coordinación</b>	<p>Dentro de cada residencia se deberían consensuar protocolos, consejos e indicadores de atención en base a un plan de contingencia Dentro del equipo, es importante identificar a un responsable de la toma de decisiones Es importante disponer de un sistema de clasificación/estratificación, la valoración individualizada y un plan de decisiones anticipadas para cada persona</p>
	<b>Datos</b>	<p>Es necesaria una estandarización en la recopilación de la información, en forma de indicadores Es necesario monitorizar y evaluar estos indicadores de forma continua, con el fin de detectar e informar de los cambios que se puedan producir</p>
<b>EQUIPO</b>	<b>Despliegue de personal</b>	<p>Es importante tener un plan de contingencia con mirada territorial, a fin de movilizar profesionales entre distintos ámbitos del sistema (por ejemplo, incorporando profesionales de atención primaria, de cuidados paliativos o de geriatría, si es necesario) Se deben adecuar las ratios de personal a las necesidades de la residencia Hay que restringir el contacto con voluntarios para el control de infecciones Se puede valorar la incorporación o soporte de profesionales (psicólogos con experiencia en cuidados paliativos) u otras figuras (curas...), para ayudar a dar respuesta a las necesidades psico-emocionales y espirituales de los residentes</p>
	<b>Soporte al personal</b>	<p>Hay que facilitar el bienestar y soporte al personal, con el fin de minimizar los efectos psicosociales negativos Se deben realizar medidas para mejorar la conexión entre el personal Se debe facilitar entrenamiento en comunicación y <i>counselling</i>, especialmente ante situaciones de duelo Se recomienda desarrollar medidas para ayudar a los trabajadores a afrontar las situaciones de estrés</p>
<b>ESPACIOS</b>	<b>Planes de contingencia territoriales</b>	<p>Hay que considerar espacios alternativos (hospitales de atención intermedia, alojamientos alternativos...) para dar respuesta a las posibles necesidades de sectorización dentro del ámbito residencial Es necesario disponer planes de contingencia desde una perspectiva territorial, con dinámicas de flujo de personas según su situación, objetivos y necesidades</p>
	<b>Utilización de tecnología</b>	<p>Valorar el papel de la tecnología para permitir la comunicación en contextos de restricción de visitas</p>
<b>MATERIAL</b>	<b>Medicamentos y equipamiento</b>	<p>Se debe disponer de los medicamentos necesarios para dar respuesta a los síntomas más relevantes de la COVID-19 (disnea, tos, fiebre, confusión, ansiedad y dolor), así como el resto de material sanitario necesario (catéteres intravenosos...) Es imprescindible disponer de acceso a equipos de diagnóstico y monitoreo</p>
	<b>Equipos de protección individual (EPI)</b>	<p>Se debe tener suministro suficiente de EPI para todo el personal</p>

## PROPUESTAS DE FUTURO

Aunque ante una crisis de tal magnitud no hay ningún sistema que esté suficientemente preparado, también es cierto que las costuras siempre se rompen por el lugar más vulnerable. Así pues, la pandemia por COVID-19 ha actuado como una prueba de esfuerzo (o un “test de estrés”) de nuestro sistema, y el resultado ha sido elocuente: aunque con algunas excepciones, y en distinto grado de afectación, el ámbito residencial se ha demostrado sin duda como el eslabón más frágil.

Una vez superado (en menor o mayor grado) el primer gran envite, nos enfrentamos a un segundo reto tanto o más difícil: ser capaces de realizar los aprendizajes que esta situación nos brinda. Ante el horizonte de una probable nueva oleada de COVID-19, y partiendo tanto de las recomendaciones de la Tabla I como de las experiencias acumuladas durante esta crisis, los autores hacemos un planteamiento pragmático de futuro en el ámbito residencial, en tres escenarios temporales: a corto, medio y largo plazo.

### A corto plazo (semanas)

Con el objetivo de frenar el impacto de posibles rebrotes de COVID-19, habría que empezar por centrarse en aspectos más organizativos. Dada la imperiosa necesidad de adelantarse a los acontecimientos, cada residencia debería disponer de un plan de contingencia (que incluyera los cinco pasos de la Figura 1), así como el material básico para dar respuesta a las necesidades de las personas y a la seguridad de los profesionales.

Para ello, resulta imprescindible realizar acciones para garantizar el soporte a los profesionales, así como para su formación (especialmente de los nuevos profesionales), tanto en aspectos más técnicos (colocación de EPI, sectorización...) como más instrumentales/conceptos básicos de cuidados paliativos (identificación de signos de alarma y de control sintomático, comunicación y duelo).

También es importante hacer énfasis en la planificación de la respuesta a una futura crisis, desde un enfoque territorial colaborativo, compartido y/o integrado. Esto requiere de la definición específica de los roles, circuitos, criterios de derivación y gestión de flujos de personas, basadas en: 1) dispositivos (características de la residencia y cartera de dispositivos territoriales [implicando necesariamente los servicios de cuidados paliativos]); 2) características basales de la persona y objetivos asistenciales; y 3) grado de afectación de la persona por COVID-19 (asintomático, afectación leve o afectación grave) y necesidades relacionadas.

### A medio plazo (semanas-meses)

Desde una perspectiva asistencial, sería necesario centrarse en la valoración de las personas y la actualización de su plan de atención, en base a un modelo de atención individualizado. Esto implica: 1) identificar de forma precoz a las personas que puedan estar en situación de final de vida (utilizando, por ejemplo, el NECPAL<sup>26</sup>); 2) realizar una valoración multidimensional de estas personas/diagnóstico

situacional (utilizando por ejemplo la metodología de valoración geriátrica integral<sup>27</sup> y/o instrumentos como el Índice Frágil-VIG<sup>28</sup>); 3) consensuar un plan de atención individualizado con la persona y su familia mediante un proceso de toma de decisiones compartida y planificación de cuidados anticipados (PCA)<sup>29</sup>; y 4) registrar este plan en los sistemas de información de la residencia y, en caso de ser posible, compartirlo con otros proveedores que puedan intervenir en la atención de la persona en algún momento de la crisis.

Desde una perspectiva sistémica, resultaría imprescindible: 1) consensuar estándares de calidad (que incorporen resultados significativos para las personas [PROM y PREM])<sup>30</sup> y monitorización en base a un cuadro de mando único; 2) realizar acciones orientadas a mejorar el reconocimiento laboral de los profesionales, así como sus competencias (haciendo especial énfasis en los elementos clave para una buena atención paliativa) y su bienestar psicoemocional.

### A largo plazo (meses-algún año)

Finalmente, esta crisis nos ofrece una oportunidad única para repensar, no solo la atención residencial, si no todo el modelo de atención de larga duración (que incluye también la atención domiciliaria, los centros de atención diurna o la larga estancia, por ejemplo). La atención paliativa debería jugar un papel trascendental en este planteamiento, como ya sucede en muchos otros países<sup>31,32</sup>.

Finalmente, si bien no hay duda de que es necesario rediseñar la prestación de atención sanitaria en el ámbito residencial, esto se debería producir en un contexto de atención integrada social y sanitaria<sup>33,34</sup>, partiendo de la base de que las residencias son el domicilio de estas personas. De unas personas que, como todos nosotros, tienen derecho a vivir todas las etapas de la vida (también las últimas) según los propios principios, valores y preferencias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad. Actualización n.º 127. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) [Internet]; 2020; [Consultado 15-06-2020]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion\\_127\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_127_COVID-19.pdf)
2. Comas-Herrera A, Zalakain J, Litwin Ch, T Hsu A, Lane N, Fernandez-Plotka JL. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence [Internet]; 2020; [Consultado 15-06-2020]. Disponible en: <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>
3. Lau-Ng R, Caruso LB, Perls TT. COVID-19 deaths in long term care facilities - a critical piece of the pandemic puzzle. J Am Geriatr Soc. 2020; 10.1111/jgs.16669.
4. Rada AG. Covid-19: The precarious position of Spain's nursing homes. BMJ. 2020;369:3-5.
5. Amblàs-Novellas J, Santa Eugènia SJ, Vela E, Clèries M, Contel JC. What Lies Beneath: Clinical and Resource-use Characteristics of Institutionalized Older People. A Retrospective, Population-based Cohort Study in Catalonia. BMC Geriatr. 2020;1-17.
6. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa C, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the

- general population: A cross-sectional study. *Palliat Med.* 2014;28:302-11.
7. Zalakaín J, Davey V. The COVID-19 on users of Long-Term Care services in Spain [Internet]; 2020; [Consultado 15-06-2020]. Disponible en: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCCovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>
  8. Simard J, Volicer L. Loneliness and Isolation in Long-term Care and the Covid-19 pandemic. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;S1525-8610(20)30373-X.
  9. Arlonson L. Age, Complexity, and Crisis - A Prescription for Progress in Pandemic. *N Engl J Med.* 2014;371:1277-9.
  10. Thompson AK, Faith K, Gibson JL, Upshur REG. Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Med Ethics.* 2006;7:E12.
  11. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing. *JAMA Intern Med.* 2020. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.1562.
  12. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med.* 2020. DOI: 10.1056/NEJMp2008017.
  13. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw open.* 2020;3:e203976.
  14. Iacobucci G. Covid-19: Lack of PPE in care homes is risking spread of virus, leaders warn. *BMJ.* 2020;368:m1280.
  15. Leong IYO, Lee AOK, Ng TW, Lee LB, Koh NY, Yap E, et al. The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: Opportunities for palliative care. *Palliat Med.* 2004;18:12-8.
  16. Downar J, Seccareccia D. Palliating a Pandemic: "All Patients Must Be Cared For." *J Pain Symptom Manage.* 2010;39:291-5.
  17. Waldman E, Glass M. Palliative Care Needs of People Affected by Natural Hazards, Political or Ethnic Conflict, Epidemics of Life-Threatening Infections, and Other Humanitarian Crises. *A F Man Palliat Care Humanit Cris.* 2019;1-15.
  18. Fausto J, Hirano L, Lam D, Mehta A, Mills B, Owens D, et al. Creating a Palliative Care Inpatient Response Plan for COVID-19—The UW Medicine Experience. *J Pain Symptom Manage.* 2020;S0885-3924(20)30176-7.
  19. Radbruch L, Knaul FM, de Lima L, de Joncheere C, Bhadelia A. The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. *Lancet.* 2020;2019:2019-21. DOI:
  20. Joni G, Lara P, Unroe Kathleen T, Lieve V den B. International COVID-19 palliative care guidance for nursing homes leaves key themes unaddressed. *J Pain Symptom Manage.* 2020;S0885-3924(20)30372-9.
  21. SECPAL. Orientaciones sobre el control sintomático de enfermos graves afectados por la enfermedad COVID-19 y que requieran atención paliativa o se encuentren próximos al final de la vida [Internet]; 2020; [Consultado 15-06-2020]. Disponible en: [http://www.secpal.com//Documentos/Blog/2020\\_03\\_23%20FIN%20DE%20VIDA%20Y%20COVID%2019%20\\_1.%20Documento%20para%20profesionales\\_1.pdf](http://www.secpal.com//Documentos/Blog/2020_03_23%20FIN%20DE%20VIDA%20Y%20COVID%2019%20_1.%20Documento%20para%20profesionales_1.pdf)
  22. SECPAL. Recomendaciones para familiares para la despedida y el duelo ante la presencia del COVID-19 [Internet]; 2020; [Consultado 15-06-2020]. Disponible en: <http://www.secpal.com//Documentos/Blog/covid19%20duelo%20y%20despedida%20familiares%20documento%20final%20V2.pdf>
  23. SECPAL, AEPAL. Recomendaciones sobre cuidar y acompañar personas en situación de últimos días y a su familia y/o cuidadores [Internet]; 2020; [Consultado 15-06-2020]. Disponible en: [http://www.secpal.com//Documentos/Blog/DOCUMENTO%20SOBRE%20ACOMPANAMIENTO%20\\_COVID%2019.pdf](http://www.secpal.com//Documentos/Blog/DOCUMENTO%20SOBRE%20ACOMPANAMIENTO%20_COVID%2019.pdf)
  24. Amblàs-Novellas J, Gómez-Batiste X. Recomendaciones éticas y clínicas para la toma de decisiones en el entorno residencial en contexto de la crisis de COVID-19. *Med Clin (Barc).* 2020. DOI: 10.1016/j.medcli.2020.06.003.
  25. Etkind SN, Bone AE, Lovell N, Cripps RL, Harding R, Higginson IJ, et al. The Role and Response of Palliative Care and Hospice Services in Epidemics and Pandemics: A Rapid Review to Inform Practice During the COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage.* 2020;S0885-3924(20)30182-2.
  26. Gómez-Batiste X, Turrillas P, Tebé C, Calsina-Berna A, Amblàs-Novellas J. NECPAL tool prognostication in advanced chronic illness: a rapid review and expert consensus. *BMJ Supportive & Palliative Care.* 2020;bmjpscare-2019-002126.
  27. Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ.* 2011;343:d6799.
  28. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Espauella J, Oller R, Molist-Brunet N, Inzitari M, et al. Frail-VIG index: a concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. *BMC Geriatr [Internet].* 2018;18:29.
  29. Lasmariás Martínez C, Delgado Girón S, Rietjens JAC, Korfage IJ, Gómez-Batiste X. Definición y recomendaciones para la planificación de decisiones anticipadas: Un consenso internacional apoyado por la European Association for Palliative Care (EAPC). *Med Paliativa.* 2019;26:236-49.
  30. Coulter A. Measuring what matters to patients. *BMJ* 2017.;356:j816.
  31. Smets T, Onwuteaka-Philipsen BBD, Miranda R, Pivodic L, Tanghe M, van Hout H, et al. Integrating palliative care in long-term care facilities across Europe (PACE): Protocol of a cluster randomized controlled trial of the "PACE Steps to Success" intervention in seven countries. *BMC Palliat Care.* 2018;17:1-11.
  32. Winn PAS, Dentino AN. Quality palliative care in long-term care settings. *J Am Med Dir Assoc.* 2005;6:S89-98.
  33. Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. *King's Fund [Internet];* 2014; [Consultado 15-06-2020]. Disponible en: [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_publication\\_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf)
  34. Moore KJ, Candy B, Davis S, Gola G, Harrington J, Kupeli N, et al. Implementing the compassion intervention, a model for integrated care for people with advanced dementia towards the end of life in nursing homes: A naturalistic feasibility study. *BMJ Open.* 2017;7(6):e015515.