



## NOTA CLÍNICA

# COVID-19 en pacientes en cuidados paliativos: primeros resultados en un hospital comarcal

Iago Villamil Cajoto\*, Alicia Álvarez Pérez, Lucía Balea Vázquez, Juan José Lorenzo Otero y Carmen Martínez Lamas

Unidad de Hospitalización a Domicilio-Cuidados Paliativos. Hospital da Costa. Burela, Lugo

Recibido el 17 de mayo de 2020

Aceptado el 30 de agosto de 2020

### PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos,  
COVID-19, final de  
vida, pandemia.

### KEYWORDS

Palliative care,  
COVID-19, end of life,  
pandemic.

### Resumen

La infección por SARS-CoV-2 es una realidad emergente y urgente. No hay apenas datos sobre la afección en los pacientes en cuidados paliativos por esta infección.

### Abstract

SARS-CoV-2 infection is an emergent and urgent reality. Hardly any data are available regarding the condition of patients on palliative care because of this infection.

Villamil Cajoto I, Álvarez Pérez A, Balea Vázquez L, Lorenzo Otero JJ, Martínez Lamas C. COVID-19 en pacientes en cuidados paliativos: primeros resultados en un hospital comarcal. *Med Paliat.* 2020;27(4):340-343

## INTRODUCCIÓN

El 1 de diciembre de 2019 se describió en Wuhan el primer paciente con síntomas típicos de infección por SARS-CoV-2<sup>1</sup>.

Se declaró el primer caso en España el 31 de enero de 2020, importado. Actualmente estamos aún en proceso de “escritura” de la llamada enfermedad por coronavirus, ya convertida en pandemia mundial. Evidentemente existe todavía

\*Autor para correspondencia:

Iago Villamil Cajoto

Unidad Hospitalización a Domicilio-Cuidados Paliativos, Hospital da Costa Burela. Rafael Vior, s/n. 27880, Burela, Lugo

Correo electrónico: [iago.villamil.cajoto@sergas.es](mailto:iago.villamil.cajoto@sergas.es)

DOI: [10.20986/medpal.2020.1152/2020](https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1152/2020)

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

muy poca información de esta patología y de cómo afecta a pacientes sanos o no previamente. Durante el seguimiento inicial de los pacientes infectados por este virus emergente, se ha producido un debate amplio sobre el conflicto ético y técnico a propósito de la indicación de tratamiento intensivo en pacientes a los que previamente no se habría tenido tantas dudas en su aplicación. Nos tememos que se hablará poco de los recursos empleados en pacientes ya previamente considerados en situación de no aplicación de medidas de soporte vital avanzadas por ser pacientes en cuidados paliativos. Por tanto, nos interesaba conocer el impacto de la enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) en pacientes previamente en cuidados paliativos desde el punto de vista clínico, social y humano, más allá de la indicación de medidas intensivas o limitación del esfuerzo terapéutico. Aportamos los datos iniciales de los pacientes infectados por SARS-CoV-2 en los dos primeros meses de brote de la pandemia.

## OBSERVACIÓN Y MÉTODOS

Realizamos el estudio epidemiológico prospectivo de todos los pacientes seguidos en nuestra unidad durante los primeros meses de pandemia, con interés en recoger aquellos que pudieron presentar COVID-19. Se recogieron además los resultados de los pacientes de nuestra unidad que fueron reclutados para los estudios epidemiológicos de la pandemia y los de pacientes institucionalizados en cuidados paliativos a los que se realizó rutinariamente test diagnósticos. Se analizaron las variables edad, sexo, tipo de enfermedad de base, lugar de atención y evolución). Los pacientes dieron consentimiento directo o por representación para el estudio.

Nuestro centro es un Hospital Comarcal de 125 camas del Servicio Gallego de Salud que cubre una área sanitaria de 75.000 usuarios. En nuestro centro, la Unidad de Cuidados Paliativos forma parte de la Hospitalización a Domicilio (HADO), que realiza también ingresos no paliativos. De esta forma, los pacientes de cuidados paliativos se ven de forma ambulatoria y, de ser precisa la hospitalización, se hace preferiblemente en la modalidad de HADO, puesto que no hay camas hospitalarias convencionales asignadas a nuestra unidad. Entre el 1 de marzo y el 7 de mayo de 2020, seguimos en la Unidad de Cuidados de Paliativos a un total de 102 pacientes de edades comprendidas entre 43 y 90 años. Se realizó el estudio para conocer el impacto clínico, social y humano de la atención a pacientes paliativos con infección por COVID-19. Se recogieron los datos de 12 pacientes estudiados por COVID-19.

## RESULTADOS

Hasta el 28 de abril de 2020 (últimos datos disponibles en el momento de redacción del trabajo y en el pico de la pandemia), en el total de nuestra área sanitaria se confirmaron 150 casos positivos para SARS-CoV-2 (4 de ellos eran pacientes en cuidados paliativos). Del total de los diagnosticados, 26 ingresaron en planta de hospitalización (uno de ellos era paciente en cuidados paliativos), 4 en UCI. Entre el total de casos positivos en este periodo, se produjeron 7 fallecimientos, 4 en pacientes hospitalizados y 3 más (2 de ellos de nuestra unidad de cuidados paliativos) en domicilio.

En cuanto al total de los pacientes de nuestra unidad, se realizaron en este periodo por sospecha clínica de COVID-19, 7 PCR de SARS-CoV-2 (6 % del total de la unidad). De ellos, 3 pacientes resultaron negativos y 4 positivos (3 % de los pacientes de nuestra unidad). Los 4 pacientes en cuidados paliativos con sintomatología de la COVID-19 confirmada fueron diagnosticados en su domicilio, manteniéndose en el mismo 3 de los 4 positivos; otro paciente positivo fue hospitalizado por deterioro clínico (hipoxemia) y finalmente dado de alta tras 8 días de ingreso. De los 4 positivos (ninguno institucionalizado), 2 fallecen en domicilio entre 3 y 5 días después del diagnóstico, con medidas farmacológicas de control de síntomas (cloruro mórfico y midazolam por vía subcutánea) y control clínico mixto telefónico y presencial. Los otros dos pacientes positivos (que incluye al único que precisa hospitalización convencional) están actualmente asintomáticos, realizándose además PCR de control tras más de 14 días de aislamiento domiciliario, resultando negativa. Ninguno de los pacientes positivos fue tratado con medicación antiviral, de acuerdo con los protocolos disponibles en aquel momento. Estos datos se exponen en la Tabla I.

Se realiza además en el estudio de seroprevalencia de la comunidad autónoma, test rápido (inmunocromatografía) a 3 pacientes más seguidos en cuidados paliativos (2 resultados negativos y 1 positivo con tos crónica, al que se le realiza PCR por clínica respiratoria, siendo negativa) (Tabla I). Por otro lado, todos los pacientes del área sanitaria institucionalizados en centros sociosanitarios fueron testados rutinariamente, otros cinco de ellos eran pacientes en cuidados paliativos (asintomáticos) que recogemos también en la Tabla I.

Para facilitar la lectura, incluimos todos los datos de los pacientes estudiados, en total 12 casos (de los enfermos confirmados 4 casos; de los positivos en estudios de seroprevalencia 3 casos y los residentes en centro sanitarios a los que se realiza estudio rutinario, otros 5 casos) en la Tabla I.

## DISCUSIÓN

La situación actual hace que el seguimiento de pacientes en cuidados paliativos pueda ser muy complejo. La infección por SARS-CoV-2 ha provocado que la limitación del uso de determinadas técnicas y la indicación o no de otras fuese uno de los problemas, pero tal vez no el más grave en nuestros pacientes. La enfermedad está apenas definiéndose en sus manifestaciones y grupos de riesgo<sup>2</sup>. Los datos de nuestros pacientes indican que la COVID en pacientes a seguimiento por cuidados paliativos afecta mayoritariamente a pacientes no institucionalizados (ninguno en nuestra serie) y se trataba de pacientes paliativos oncológicos (que por otra parte son mayoritarios en nuestra unidad) pero tanto hematológicos como de órgano sólido, con idéntica supervivencia en porcentaje (50 %). Es asimismo destacable por los resultados tanto de seroprevalencia como los rutinarios en los centros sociosanitarios, la importante circulación del virus entre nuestros pacientes (1 de los 7 estudiados al azar, si se extrapolara un 14 %, pero la muestra de 7 pacientes es muy pequeña). Son, con todo, 5 pacientes positivos de los 102 seguidos en nuestra unidad, es decir, un 4 %. Además presentan una alta mortalidad (2 de los 5, 4 positivos sintomáticos y 1 positivo del estudio epidemiológico, un 40 %).

Tabla I. Datos de pacientes estudiados SARS-CoV-2 en cuidados paliativos.

Edad/sexo	Enfermedad base (meses en CP)	Clínica	Estudio diagnóstico	Manejo/Evolución
64/Varón	Adenocarcinoma páncreas (4 meses)	Fiebre. Insuficiencia respiratoria	PCR SARS-CoV-2 +	Hospital/Domicilio
83/Mujer	Linfoma difuso célula grande (12 mese)	Proceso vías respiratorias altas. Afebril	PCR SARS-CoV-2 +	Domicilio/Domicilio
71/Mujer	Leucemia aguda monoblástica (1 mes)	Insuficiencia respiratoria. Sepsis	PCR SARS-CoV-2 +	Domicilio/Exitus
66/Varón	Adenocarcinoma pulmón (3 meses)	Insuficiencia respiratoria grave	PCR SARS-CoV-2 +	Domicilio/Exitus
71/Varón	Adenocarcinoma de colon (9 meses)	Asintomático (tos crónica)	Seroprevalencia Inmunocromatografía + PCR SARS-CoV-2 -	Domicilio
83/Varón	Encefalopatía vascular. EPOC severo (9 meses)	Asintomático	Seroprevalencia Inmunocromatografía -	Domicilio
87/Varón	Nefropatía, encefalopatía vascular (6 meses)	Asintomático	Seroprevalencia Inmunocromatografía -	Domicilio
90/Varón	Cáncer pulmón. EPOC (6 meses)	Asintomático	Inmunocromatografía -	Sociosanitario
77/Varón	Hipernefoma (9 meses)	Asintomático	Inmunocromatografía -	Sociosanitario
83/Mujer	Hipoventilación obesidad; Demencia vascular (8 meses)	Asintomática	Inmunocromatografía -	Sociosanitario
56/Mujer	Epilepsia criptogénica Deterioro cognitivo severo (12 meses)	Asintomática	Inmunocromatografía -	Sociosanitario
82/Mujer	Carcinoma endometrio (7 meses)	Asintomática	Inmunocromatografía -	Sociosanitario

El ingreso hospitalario ha sido fuente de problemas para todos los pacientes con la infección, en cuidados paliativos o no. En la fase de la pandemia en que fue realizado este estudio, fallecían solos, sin acompañantes, por la situación de alerta sanitaria y las medidas de aislamiento precisas. Pero tampoco mejoraba el manejo domiciliario. Aunque en nuestros pacientes existe la satisfacción por parte de las familias de haber podido estar presentes durante los últimos días de la enfermedad al estar en domicilio, esto ha tenido también algún “efecto secundario”. Automáticamente los acompañantes quedaban confinados, dejando al núcleo familiar en una situación compleja en cuanto a la logística (compras, averías, apoyo de cualquier tipo), algo que creemos debe mejorar en un hipotético rebrote de la pandemia. Además, como antes de la pandemia se señalaba, el confinamiento traerá efectos psicológicos en enfermos y los no enfermos<sup>3</sup>. Esta evidencia sobre el impacto psicológico de las cuarentenas en distintos países del mundo se añade a los efectos que sobre pacientes y familias supone quedar “marcados” en su entorno como contagiados (y para el entorno “contagiosos”). Como indican algunos autores, en esta pandemia descubrimos los problemas de la pluralidad y vulnerabilidad de los valores, la casi irresistible influencia de las emociones y las pasiones, y la dificultad de deliberar y adoptar decisiones prudentes<sup>4</sup>; “no es la primera vez que el ser humano se ve forzado a elegir una cosa u otra por la imposibilidad de realizar ambas”<sup>4</sup>. Aprendemos también que los pacientes en cuidados paliativos sobreviven también a la pandemia y sabíamos, pero

debemos insistir, que necesitan cuidados. Las unidades de cuidados paliativos aportan lo que estos pacientes precisan, pero deben estar adecuadamente dotadas y el sistema sanitario ha de repensar que, además de las camas de UCI que deben estar bien dimensionadas, las de cuidados paliativos y HADO también deben estar a la altura de la demanda, que es y será real y continuada. Ya hay estudios que apuntan al posible papel y la respuesta de las unidades como la nuestra ante epidemias o pandemias<sup>5</sup>. Una de las características de esta y otras crisis es la soledad, la falta de acompañamiento. Siempre ha sido motivo de preocupación lograr condiciones para mejorar el acompañamiento socio-familiar y profesional en la enfermedad avanzada, y especialmente al final de la vida, pero mucho más en una crisis como la actual. La sensación transmitida por muchos pacientes no infectados en nuestra unidad de soledad y desamparo, de miedo al contagio y a ser olvidados en los cuidados, supone una agresión emocional y un riesgo ante la imposibilidad que el aislamiento puede suponer de concluir como quisieran su historia, su biografía. Durante la pandemia, se ha dado una situación en la que pacientes y familiares han visto sus libertades (de movimiento, de acompañamiento) y sus valores (para cuidar hasta el final, para acompañar en la despedida) modificados bruscamente. Ya hay reflexiones que nos hacen valorar lo vivido por nuestros pacientes como difícilmente aceptable, por lo que, entre otras cosas, deberíamos evitar que nadie muera solo<sup>6</sup> y nuestra experiencia confirma la situación de soledad descrita por los pacientes confinados.

Nuestros datos son evidentemente muy preliminares. Asimismo, el número de casos es pequeño, pero dadas las características de esta nueva enfermedad y las de la pandemia, consideramos de interés comunicar esta información. La situación vivida estos meses ha provocado además que los familiares han debido estar aislados (y realmente dejados de lado por el sistema en el pico de la crisis) con el paciente en el mejor de los casos. Pero el paciente de nuestra serie que permaneció hospitalizado fue obligado a estar completamente solo y recuerda la soledad de su “encierro” aún impresionado. Además, esta situación de aislamiento ha tenido connotaciones muy importantes para la toma de decisiones (por ejemplo, por falta de representantes y por tener que enfrentarse a una situación de alta probabilidad de incapacidad para decidir del paciente, con sus allegados también aislados en domicilio, incluidas las decisiones relativas a consentir tratamientos fuera de indicación aprobada como se iniciaron en la pandemia y aún ahora se mantienen, o la decisión de plantearse una sedación terminal). Dada la fase en la que nos encontramos de la enfermedad, existe gran incertidumbre en el aspecto epidemiológico, técnico, organizativo de los sistemas de salud y también se ha generado un importante debate ético. Los casos que presentamos ponen de manifiesto que los pacientes en cuidados paliativos con SARS-CoV-2 también sobreviven y que, a su situación de incertidumbre vital por el diagnóstico de la enfermedad avanzada previa, el diagnóstico de una enfermedad desconocida, emergente, con impactantes connotaciones, supone un enorme desafío en su manejo. Pero los cuidados de pacientes en ningún caso deben cesar durante la misma y además la supervivencia no es, por lo que describimos, en absoluto imposible. La situación actual hace que el seguimiento del paciente en cuidados paliativos previos pueda implicar un manejo inadecuado, y ante futuros presumibles eventos similares,

el sistema debe estar a la altura de las necesidades de estos pacientes.

## CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

## FINANCIACIÓN

El presente trabajo no ha recibido financiación de ningún tipo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*. 2020;395:470-3.
2. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020;395: 1054-62.
3. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Gideon James Rubin. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395:912-20.
4. Seoane JA. Bioética, lenguaje y COVID-19 [Internet]. Asociación bioética fundamental y Clínica. 1 de abril de 2020 [Consultado el 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.asociacion-bioetica.com/blog/bioetica-lenguaje-y-covid-19>
5. Etkind SN, Bone AE, Lowell 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. *Review J Pain Symptom Manage*. 2020;60:e31-e40.
6. Yardley S, Rolph M. Death and dying during the pandemic. *BMJ*. 2020;369:m1472.