

ORIGINAL

Impacto de la pandemia por COVID-19 en pacientes con necesidades paliativas atendidos por un equipo de soporte de atención domiciliaria

Eva María Sanz-Peces^{*1}, Virginia Vázquez-Ramos¹, Juan Tejero-González¹, María Cruz Martín-García¹, Ana Pilar Corral-González-Baylín¹, Begoña Sedano-Sanllorenzo¹, Blanca Andreu-Ivorra² y Elena Polentinos-Castro³⁻⁶

¹Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria. C.S. Reyes Católicos. San Sebastián de los Reyes. Servicio Madrileño de Salud. Madrid, España. ²Unidad de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid, España. ³Unidad de Investigación. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Madrid, España. ⁴Departamento de Especialidades Médicas y Salud Pública. Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid, España. ⁵Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas REDISSEC-ISCIII. ⁶Instituto de Investigación sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Madrid, España.

Recibido el 18 de enero de 2022

Aceptado el 19 de febrero de 2022

PALABRAS CLAVE

COVID-19, cuidados paliativos, visita domiciliaria, atención primaria de salud.

Resumen

Objetivo: Analizar si existen diferencias en la actividad de un Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD) entre el periodo del Estado de Alarma de 2020 y el último trimestre de 2019 y estimar la prevalencia de infección por COVID-19, la mortalidad y el lugar de fallecimiento de los pacientes.

Método: Estudio observacional descriptivo con 2 cortes transversales: periodo de Estado de Alarma de 2020 (14 marzo-21 junio) y el último trimestre de 2019 (14 septiembre-21 diciembre). Se incluyeron los pacientes en seguimiento por un ESAPD de la Comunidad de Madrid al inicio de cada periodo y aquellos que entraron como pacientes nuevos durante los periodos de estudio.

Resultados: En el trimestre de 2019 se atendieron 271 pacientes, 146 (53,87 %) eran pacientes nuevos. En periodo de Estado de Alarma 303 pacientes recibieron atención, 173 (57,10 %)

En las XIV Jornadas Internacionales SECPAL de noviembre de 2021 se presentaron resultados parciales del estudio en formato póster.

*Autor para correspondencia:

Eva María Sanz Peces

C.S. Reyes Católicos. Avda. España, 20. San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

Correo electrónico: evamaria.sanz@salud.madrid.org

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2022.1313/2022>

1134-248X/© 2022 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

eran nuevos, 238 (78,55 %) precisaron atención domiciliaria y 65 (21,45 %) atención telefónica. En 2019, la media de visitas/paciente fue $3,17 \pm 2,42$ frente a $2,73 \pm 2,41$ en Estado Alarma ($p = 0,02$). Los pacientes considerados caso COVID-19 fueron 57, estimándose una prevalencia de 18,81 % (IC 95 %: 14,78-23,64 %). Los pacientes COVID-19 era más probable que viviesen en residencia (OR: 8,16; IC 95 %: 4,22-15,79) y que tuvieran patología no oncológica (OR; 2,38; IC 95 %: 1,31-4,31). Los pacientes COVID-19 presentaron mayor mortalidad que los no COVID (OR: 2,07; IC 95 %: 1,13-3,77). En cuanto al lugar de fallecimiento de los pacientes COVID-19, fue más frecuente que no ocurriese en el domicilio (OR: 6,29; IC95 %: 2,55-15,51).

Conclusiones: Durante el periodo de Estado de Alarma aumentó el número de pacientes atendidos por ESAPD, la mayoría precisó atención domiciliaria y disminuyeron las visitas por paciente comparado con un periodo prepandemia. En el grupo de pacientes COVID-19 predominó la enfermedad no oncológica, se produjo mayor mortalidad y más fallecimientos en residencia y menos en domicilio.

Impact of the COVID-19 pandemic on patients with palliative needs attended by a home care support team

KEYWORDS

COVID-19, palliative care, home care services, Primary Health Care.

Abstract

Objective: To analyze whether there were any differences in the activity of a Home Palliative Care Team between the State of Alarm period of 2020 and the last quarter of 2019, and to estimate the prevalence of COVID-19 infection, mortality, and place of death.

Method: A cross-sectional, observational study: from the 2020 State of Alarm period (14 March-21 June) to the last quarter of 2019 (14 September-21 December). Patients in follow-up by a home palliative care team in the Community of Madrid at the beginning of each period, and those who entered as new patients during the study periods were included.

Results: In the 2019 quarter 271 patients were seen, 146 (53.87 %) were new patients. In the 2020 State of Alarm period 303 patients received care, 173 (57.10 %) were new, 238 (78.55 %) required home care, and 65 (21.45 %) required telephone care. In 2019, the mean number of visits/patient was 3.17 ± 2.42 versus 2.73 ± 2.41 during the State of Alarm period ($p = 0.02$). There were 57 patients considered COVID-19 cases, with an estimated prevalence of 18.81 % (IC 95 %: 14.78-23.64 %). COVID-19 patients were more likely to live in nursing homes (OR: 8.16, 95 % CI: 4.22-15.79) and to have non-oncological disease (OR: 2.38, 95 % CI: 1.31-4.31). COVID-19 patients had a higher mortality rate than non-COVID-19 patients (OR: 2.07, 95 % CI: 1.13-3.77). Regarding the place of death of COVID-19 patients, home was more common than elsewhere (OR: 6.29, 95 % CI: 2.55-15.51).

Conclusions: During the State of Alarm period the number of patients cared for by a Home Palliative Care Team increased, the majority required home care, and visits per patient decreased compared to the pre-pandemic period. In the COVID-19 patient group non-oncological disease predominated, with higher mortality and more deaths occurring at nursing homes and fewer at home.

Sanz-Peces EM, Vázquez-Ramos V, Tejero-González J, Martín-García MC, Corral-González-Baylin AP, Sedano-Sanllorente B, et al. Impacto de la pandemia por COVID-19 en pacientes con necesidades paliativas atendidos por un equipo de soporte de atención domiciliaria. *Med Paliat.* 2022;29:88-95.

INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud reconoce la infección por SARS-CoV-2 como pandemia.

En España, el Gobierno aprobó el Estado de Alarma el 14 de marzo en todo el territorio español para afrontar la situación de emergencia sanitaria provocada por el COVID-19 (Decreto 463/2020).

El funcionamiento de nuestro sistema sanitario se orientó a la atención de los pacientes con infección por COVID-19, siendo necesaria una reorganización de todos los recursos y una adaptación de los profesionales. Desde el inicio de la pandemia encontramos referencias a nivel nacional e internacional, que describen las aportaciones más relevantes de los equipos de cuidados paliativos tanto en la atención directa a pacientes con infección por COVID-19 como en el asesoramiento a profesionales¹. Esta respuesta, a nivel mundial, se caracteriza por el rápido desarrollo de modelos de trabajo colaborativos en los que se integran los equipos de cuidados paliativos, la flexibilidad de las plantillas para adaptarse a los diferentes contextos y el uso de tecnologías de la comunicación para el asesoramiento de profesionales y el seguimiento proactivo de pacientes²⁻⁶.

En nuestro contexto, sabemos que los Equipos de Soporte de Atención Paliativa Hospitalaria centraron su atención casi exclusivamente en las necesidades de los pacientes con infección por COVID-19 cuya evolución no era favorable y en aquellos que presentaban sintomatología de difícil control⁷. Se han publicado experiencias de los Equipos de Atención Paliativa Domiciliaria relativas a los primeros meses de pandemia, tanto a nivel nacional como internacional, que describen la necesidad de una reestructuración de su actividad habitual, bien por motivos organizativos y asistenciales bien por enfermedad de los profesionales^{3,8-10}, de manera que en el caso de unidades de cuidados paliativos integradas, algunas mantuvieron su actividad en domicilio pero otras recibieron instrucciones de priorizar la atención hospitalaria a pacientes COVID-19 frente a la atención domiciliaria¹⁰. La telemedicina ha sido ampliamente utilizada pero con diferentes grados de implementación⁸⁻¹⁰. Así, en algunas experiencias fue la modalidad de atención más utilizada para la valoración del paciente³. Los estudios disponibles destacan el papel de los equipos domiciliarios en la atención a pacientes paliativos no COVID-19⁸⁻¹¹; sin embargo, sabemos que algunos equipos no participaron en la atención directa a pacientes COVID-19^{8,9}. Por ello, encontramos que en el entorno de los cuidados paliativos domiciliarios desconocemos cuál fue la prevalencia de infección por COVID-19 y las características clínicas y de final de vida de este grupo de pacientes.

La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en un análisis de las primeras semanas de pandemia, declara que hasta el 11 de mayo de 2020 se diagnosticaron en España 250.287 casos de COVID-19 (confirmados por cualquier técnica). El grupo de población más afectado fueron los mayores de 80 años con 58.731 casos (23,8 %). La mortalidad global fue del 8,2 %. En un análisis específico sobre defunción se observó que los pacientes fallecidos eran significativamente mayores que los pacientes que no fallecían (mediana de edad 83 vs. 58 años), un 87 % tenía más de 70 años y el 95 % presentaba algún tipo de enfermedad de base previa¹².

En este contexto excepcional, conocer la actividad desarrollada por un Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD) durante el Estado de Alarma nos puede ayudar a afrontar otras situaciones de crisis o emergencia sanitaria. Para ello, se comparó la demanda de atención paliativa, la mortalidad y el lugar de fallecimiento de los pacientes incluidos en programa en el periodo de Estado de Alarma y el último trimestre del año 2019. También se describe la prevalencia de infección por COVID-19 y se comparan las características clínicas y de final de vida de los pacientes COVID-19 y los no COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

Estudio observacional descriptivo con 2 cortes transversales, el periodo de Estado de Alarma (14 de marzo a 21 de junio de 2020) y el último trimestre del año 2019 (14 de septiembre a 21 de diciembre).

Ámbito

Atención primaria. Dirección Asistencial Norte de Madrid (la Comunidad de Madrid está dividida en 7 direcciones) con una población de 876.907 habitantes. El ESAPD Norte estaba formado por 4 médicos, 3 enfermeros, una técnico en cuidados auxiliares de enfermería, una auxiliar administrativo y una psicóloga y trabajadora social a tiempo parcial.

En periodo de Estado de Alarma, la plantilla habitual del equipo no sufrió cambios, ni por motivos organizativos, ni por enfermedad de los profesionales. A nivel asistencial, la actividad del equipo se reestructuró para garantizar la atención de los pacientes incluidos en programa, responder de forma precoz a las demandas de otros recursos y extremar las medidas de protección. Para ello, se realizó seguimiento telefónico en los pacientes con clínica estable y se prestó atención domiciliaria en caso de necesidades no demorables. Los pacientes disponían de un teléfono de contacto, todos los días de la semana, durante 12 h/día, y en casos concretos, se realizaron visitas domiciliarias los fines de semana. La trabajadora social fue la persona encargada de contactar con todas las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad para determinar sus necesidades y trasladarlas al equipo.

Los profesionales médicos del ESAPD recibieron un teléfono de uso exclusivo para estar disponibles tanto a petición de la Dirección Asistencial como de los profesionales de los Equipos de Atención Primaria en horario de lunes a domingo durante 12 h/día. Participamos en reuniones virtuales con el equipo directivo de la Dirección Asistencial Norte y profesionales de los Equipos de Atención Primaria, colaboramos en el diseño de un protocolo de atención en situación de últimos días a pacientes con infección por COVID-19 y distribuimos la medicación necesaria en centros de salud y residencias.

Población

La población de estudio fueron todos los pacientes en seguimiento por el ESAPD Norte al inicio de cada periodo y aquellos con necesidades paliativas que entraron como pacientes nuevos. Se definió como paciente nuevo aquel que entra en programa de cuidados paliativos durante los periodos de análisis.

Variables

De cada paciente se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, lugar de atención, tipo de enfermedad avanzada, fallecimiento durante el periodo de análisis, lugar de fallecimiento y presencia de sintomatología compatible con

infección por COVID-19. Para la definición de caso COVID-19 se tomó como referencia el documento de la Organización Mundial de la Salud con fecha 20 de marzo de 2020, en el que se definen los conceptos de caso sospechoso, probable y confirmado¹³. Además de las variables previas, en los pacientes con COVID-19 se analizó el tipo de caso y el índice de comorbilidad de Charlson.

Tipo de atención recibida

En el último trimestre de 2019, todos los pacientes incluidos en programa fueron visitados en domicilio y se contabilizaron el número de visitas domiciliarias por paciente. En periodo de Estado de Alarma se distinguieron 2 modalidades de atención: atención domiciliaria y atención telefónica exclusiva. En los pacientes que recibieron atención en su domicilio se contabilizaron el número de visitas y en aquellos que precisaron atención telefónica exclusivamente se contabilizaron el número de contactos telefónicos. Cuando la visita fue realizada por varios profesionales en el mismo acto, se consideró una única visita.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se describieron mediante media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico en caso de no seguir una distribución normal, y las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas. Para comparar los periodos de estudio se utilizó la prueba de Chi-cuadrado o la t-Student para muestras

independientes según las características de las variables. La estimación del efecto se realizó con odds ratio (OR) y diferencias de medias respectivamente. Los resultados del estudio se presentaron junto con su IC 95 %. El nivel de significación estadística fue $p < 0,05$. Se utilizó el programa IBM-SPSS26.

Aspectos éticos y legales

El estudio ha respetado las normas de buena práctica y los principios de la Declaración de Helsinki. Fue aprobado por la Comisión Central de Investigación de Atención Primaria de Madrid (código: P-08/21) y el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital Universitario La Paz (código: PI-4739) del 29 de abril de 2021.

RESULTADOS

En el último trimestre del año 2019, 271 pacientes estuvieron incluidos en el programa de atención por ESAPD (53,87 % de pacientes nuevos). Durante el periodo de Estado de Alarma, 303 pacientes (57,10 % de pacientes nuevos) recibieron atención por ESAPD, de ellos 65 (21,45 %) recibieron atención telefónica exclusivamente con una media de contactos telefónicos de $2,4 \pm 0,24$ y 238 (78,55 %) precisaron atención domiciliaria.

Respecto a las diferencias entre ambos periodos, las características sociodemográficas, tipo de enfermedad avanzada, número de visitas, lugar de atención y de fallecimiento de los pacientes se muestran en la Tabla I. Como se observa,

Tabla I. Características sociodemográficas, tipo de enfermedad y lugar de exitus. Comparación entre último trimestre 2019 y Estado de Alarma de 2020.

		Último trimestre 2019 (14 de septiembre a 21 de diciembre)	Estado de Alarma 2020 (14 de marzo a 21 de junio)	<i>p</i>
		n (%) n = 271	n (%) n = 303	
Edad (media ± DE)		78,06 ± 13,49	77,53 ± 14,31	0,64
Sexo (hombres)		138 (50,92)	141 (46,53)	0,29
Lugar de atención	Domicilio	226 (83,39)	249 (82,18)	0,70
	Residencia	45 (16,61)	54 (17,82)	
Enfermedad avanzada	Oncológica	142 (52,40)	164 (54,13)	0,67
	No oncológica*	129 (47,60)	139 (45,87)	
	Enfermedad cardiaca	22 (8,12)	26 (8,58)	
	Enfermedad renal	17 (6,27)	6 (1,98)	
	Enfermedad respiratoria	39 (14,39)	33 (10,89)	
	Enfermedad hepática	1 (0,37)	4 (1,32)	
	Enfermedad neurodegenerativa	49 (18,08)	56 (18,48)	
Otras	1 (0,37)	14 (4,62)		
Exitus	Sí	128 (47,23)	153 (50,5)	0,43
Lugar de exitus	Domicilio	54 (41,86)	76 (49,67)	0,19
	Otros	75 (58,14)	77 (50,33)	

DE: desviación estándar.

no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en estas variables entre ambos periodos, excepto entre el número de visitas. En 2019, la media de visitas/paciente fue 3,17 frente a 2,73 durante el Estado de Alarma, siendo la diferencia de medias estadísticamente significativa (0,44; IC 95 %: 0,05-0,84). En la Figura 1 se describe el lugar de exitus de los pacientes que fallecieron en cada periodo.

Durante el periodo de Estado de Alarma, los pacientes considerados caso COVID-19 fueron 57, estimándose una prevalencia del 18,81 % (IC 95 %: 14,78-23,64 %). Respecto a las diferencias entre los pacientes COVID-19 y no COVID-19, las variables estudiadas se presentan en la Tabla II. Encontramos que respecto al lugar de atención en los pacientes COVID-19 era más probable que viviesen en residencia (OR: 8,16; IC 95 %: 4,22-15,79). La patología no oncológica era más probable en los pacientes COVID-19 (OR: 2,38; IC 95 %: 1,31-4,31). Durante el periodo de estudio, los pacientes COVID-19 presentaron mayor mortalidad que los no COVID (OR: 2,07; IC 95 %: 1,13-3,77). En cuanto al lugar de exitus de los pacientes COVID-19, fue más frecuente que no ocurriese en el domicilio (OR: 6,29; IC 95 %: 2,55-15,51).

DISCUSIÓN

Para algunos autores, el inicio de la pandemia por COVID-19 se acompaña de elementos presentes en los desastres naturales, tales como la interrupción de los servicios habituales y la dificultad de acceso a servicios de apoyo, la limitación en la provisión de medicamentos y la posibilidad de afrontar la muerte en soledad¹⁴. En este contexto, entre las medidas

más utilizadas para superar dichas barreras destaca el uso de las tecnologías de la comunicación. Se ha descrito su utilidad para la valoración del paciente tanto en domicilio como en residencias³, la priorización de necesidades⁸ y la gestión de la atención de los pacientes COVID-19⁹. Estas aportaciones no han estado exentas de limitaciones tanto a nivel clínico (situaciones graves, valoración de pacientes nuevos, personas con discapacidad sensorial, conversaciones difíciles) como logístico (falta de cobertura, ausencia de dispositivos, escasa experiencia de uso)^{2,6,15}. En nuestro trabajo, durante el Estado de Alarma, la atención telefónica ha permitido el seguimiento de pacientes estables y el asesoramiento a profesionales, aunque ha seguido predominando la necesidad de atención domiciliaria en probable relación con la complejidad e inestabilidad clínica, las derivaciones de pacientes nuevos y la reestructuración de los equipos de atención primaria en la Comunidad de Madrid para orientar su atención a los pacientes con COVID-19.

Nuestro estudio muestra cómo durante el Estado de Alarma se incrementó el número total de pacientes atendidos respecto al último trimestre de 2019, observándose una discreta disminución de las visitas presenciales, quizá por la necesidad de prestar la atención imprescindible y al mismo tiempo asegurar la protección de los pacientes, sus familias y los profesionales del equipo. En general, estos resultados coinciden con los de otros estudios de equipos de paliativos que publican un incremento de la demanda o un mantenimiento de su actividad habitual en domicilio frente a una disminución en la utilización de los recursos hospitalarios en el grupo de pacientes no COVID-19^{10,11}. En nuestro estudio, el domicilio fue el principal lugar de fallecimiento en

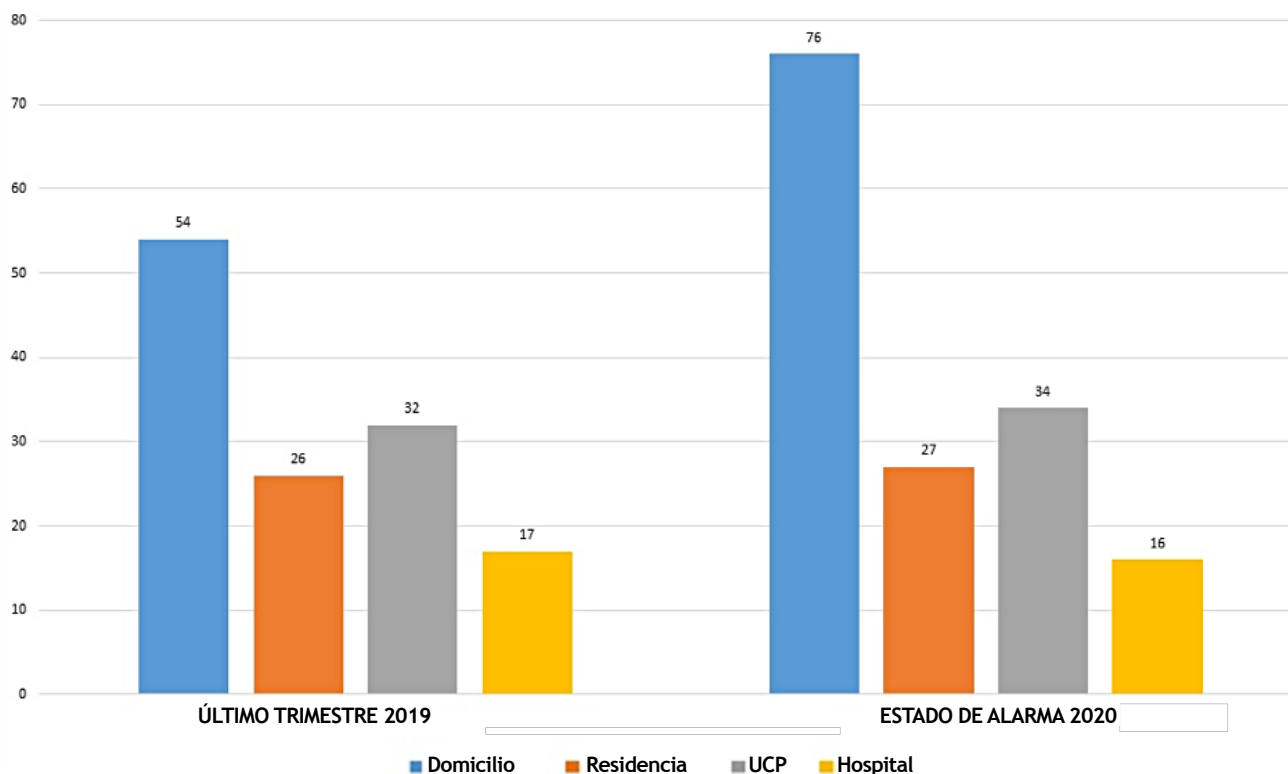


Figura 1. Lugar de exitus de los pacientes que fallecieron en cada periodo.

Tabla II. Características clínicas y de final de vida de los pacientes COVID-19 y no COVID-19 durante el Estado de Alarma.

		Pacientes COVID-19 n (%) n = 57	Pacientes no COVID-19 n (%) n = 246	P
Edad (media ± DE)		80,71 ± 12,69	76,79 ± 14,58	0,06
Sexo (hombres)		29 (50,88)	112 (45,53)	0,46
Lugar de atención	Domicilio	29 (50,88)	220 (89,43)	< 0,001
	Residencia	28 (49,12)	26 (10,57)	
Tipo de caso	Sospechoso	38 (66,74)		0,004
	Probable	3 (5,23)		
	Confirmado	16 (28,03)		
Enfermedad avanzada	Oncológica	21 (36,84)	143 (58,13)	0,004
	No oncológica*	36 (63,16)	103 (41,87)	
	Enfermedad cardiaca	4 (7,02)	22 (8,94)	
	Enfermedad renal	2 (3,51)	4 (1,63)	
	Enfermedad respiratoria	5 (8,77)	28 (11,38)	
	Enfermedad hepática	0 (0)	4 (1,63)	
	Enfermedad neurodegenerativa	14 (24,56)	42 (17,07)	
I. comorbilidad Charlson	Otras	11 (19,30)	3 (1,22)	
	Alta	40 (70,17)		
	Baja	9 (15,71)		
Exitus	No comorbilidad	8 (14,12)		0,01
	Domicilio	37 (64,91)	116 (47,15)	
	Otros**	7 (18,92)	69 (59,48)	
Lugar de exitus	Hospital	30 (81,08)	47 (40,52)	< 0,001
	Residencia	6 (16,22)	10 (8,62)	
	UCP	16 (43,24)	11 (9,48)	
		8 (21,62)	26 (22,41)	

DE: desviación estándar. UCP: Unidad de Cuidados Paliativos.

*No oncológica: frecuencia por patologías.

**Otros lugares de exitus.

ambos periodos y encontramos un ligero incremento durante el Estado de Alarma. Esto contrasta con los resultados obtenidos por otro estudio en el que observan un cambio de tendencia durante la pandemia con más fallecimientos en domicilio frente a un periodo prepandemia con más fallecimientos en hospital¹⁰.

Es importante saber que, en el entorno comunitario, no hemos encontrado estudios que describan el impacto de la infección por COVID-19 en los pacientes paliativos atendidos por equipos de cuidados paliativos domiciliarios. Una revisión de 2020 destaca que no contamos con evidencia suficiente sobre el papel de la atención primaria y los servicios de cuidados paliativos comunitarios en escenarios de pandemia¹⁶. Nuestros resultados muestran una prevalencia de sospecha de infección por COVID-19 en torno al 18 % con un incremento de la mortalidad en este grupo de pacientes. Observamos que en este grupo predomina la presencia de enfermedad no oncológica, en especial las enfermedades neurodegenerativas, la edad avanzada y una comorbilidad alta. En este sentido, se han descrito algunas condiciones

que se asocian a enfermedad severa por COVID-19 como son el cáncer, las enfermedades de órgano en fase avanzada y las enfermedades neurodegenerativas, entre otras¹⁷⁻¹⁹. En pacientes oncológicos, un estudio de revisión destaca que tanto la edad como la comorbilidad son factores que incrementan la mortalidad²⁰.

Respecto al lugar de atención, nuestro trabajo muestra un incremento de la demanda en pacientes con COVID-19 que estaban en residencia. En este grupo, encontramos que la mayor mortalidad se produjo en el entorno residencial, siendo el hospital el lugar en el que la mortalidad fue menor. Este hecho coincide con los registros de mortalidad en España, que a fecha de 20 de mayo de 2020 estimaban que el 30 % de los fallecimientos por COVID-19 confirmado ocurrieron en personas que vivían en residencias, aunque esta cifra pudo ser aún mayor dada la imposibilidad de realizar pruebas de infección activa. Otro estudio desarrollado en Inglaterra y Gales también observa un exceso de mortalidad en el entorno residencial durante las primeras 10 semanas de pandemia²¹. Como lecciones para el futuro, se han identifi-

cado algunos puntos clave que pueden mejorar la atención paliativa en las residencias como son la formación de los profesionales en el manejo de síntomas, la toma de decisiones, la comunicación y los criterios de derivación²².

La irrupción de la pandemia ha introducido nuevos escenarios que han suscitado cambios en el contenido y en la forma de los procesos de planificación anticipada de cuidados^{23,24}. Así, nos hemos enfrentado a una enfermedad desconocida con una evolución rápida y fatal en algunos casos, la sobrecarga del sistema sanitario y las restricciones en el acompañamiento de los pacientes ingresados. Varios autores recomiendan, en caso de decisiones difíciles, el trabajo en equipo y la integración de especialistas en cuidados paliativos⁴.

También, se ha señalado la necesidad de incorporar los procesos de planificación anticipada de cuidados en la historia clínica y sistemas informáticos, para asegurar la continuidad asistencial²⁵.

Los hallazgos de nuestro estudio indican que la implementación de medidas como la atención telefónica permitió el seguimiento de pacientes estables y el asesoramiento a profesionales, ofreciendo una respuesta más rápida. No obstante, la atención domiciliaria fue imprescindible para cubrir las necesidades de los pacientes no COVID-19 en un contexto en el que los recursos hospitalarios y de atención primaria estaban enfocados mayoritariamente a la atención de pacientes afectados por la infección. Al mismo tiempo, se afrontó la atención a pacientes con sospecha de COVID-19 fundamentalmente en el entorno residencial, en el que destaca un perfil de paciente de edad avanzada, con enfermedad no oncológica y alta comorbilidad. Entre las principales dificultades destacamos la toma de decisiones, el abordaje de síntomas con un desenlace fatal a corto plazo y la gestión de los recursos. Este estudio tiene como limitación que hace referencia a los pacientes atendidos por un único equipo de atención domiciliaria y en un área de la Comunidad de Madrid.

Teniendo en cuenta el gran impacto de la pandemia en cifras de morbilidad y mortalidad y las limitaciones de los equipos específicos de paliativos para acceder a toda la población susceptible, creemos que hoy en día se justifica más que nunca la formación de todos los profesionales sanitarios en cuidados paliativos, la provisión de recursos materiales para afrontar el final de vida y el desarrollo de modelos que integren los cuidados paliativos a nivel comunitario, en especial en el entorno residencial. Sería deseable por parte de gobiernos y organizaciones analizar las respuestas de los diferentes recursos e identificar las necesidades con la finalidad de mejorar la atención paliativa en el entorno comunitario en momentos de crisis.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecemos a Ricardo Rodríguez Barrientos de la Unidad de Investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid su colaboración en el análisis estadístico y la revisión final del manuscrito.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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;60:e31-40.
2. Dunleavy L, Preston N, Bajwah S, Bradshaw A, Cripps R, Fraser LK, et al. 'Necessity is the mother of invention': Specialist palliative care service innovation and practice change in response to COVID-19. Results from a multinational survey (CovPall). *Palliat Med*. 2021;35:814-29.
3. Antunes B, Bowers B, Winterburn I, Kelly MP, Brodrick R, Pollock K, et al. Anticipatory prescribing in community end-of-life care in the UK and Ireland during the COVID-19 pandemic: Online survey. *BMJ Support Palliat Care*. 2020;10:343-9.
4. Borasio GD, Gamondi C, Obrist M, Jox R, for the Covid-Task Force Of Palliative Ch. COVID-19: decision making and palliative care. *Swiss Med Wkly*. 2020;150:w20233.
5. Fadul N, Elsayem AF, Bruera E. Integration of palliative care into COVID-19 pandemic planning. *BMJ Support Palliat Care*. 2021;11:40-4.
6. Franchini L, Varani S, Ostan R, Bocchi I, Pannuti R, Biasco G, et al. Home palliative care professionals perception of challenges during the Covid-19 outbreak: A qualitative study. *Palliat Med*. 2021;35:862-74.
7. Varela-Cerdeira M, Díez-Porres L, Castellano-Candalija A, Pérez-Manrique T, Díaz-Almirón M. Manifestaciones sintomáticas en la infección COVID-19. *Med Paliat*. 2020;27:164-70.
8. Porzio G, Cortellini A, Bruera E, Verna L, Ravoni G, Peris F, et al. Home care for cancer patients during COVID-19 pandemic: the double triage protocol. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:e5-7.
9. Tran DL, Lai SR, Salah RY, Wong AY, Bryon JN, McKenna MC, et al. Rapid de-escalation and triaging patients in community-based palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:e45-7.
10. Pinna MÁC, Aguilar AG, Beltrán NLC. Home care for non-Covid-19 patients in the Covid era: Three different experiences. *Med Paliat*. 2020;27.
11. Chou YC, Yen YF, Feng RC, Wu MP, Lee YL, Chu D, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the utilization of hospice care services: a cohort study in Taiwan. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:e1-6.
12. Informe sobre la situación de COVID-19 en España. No32. 21 de mayo de 2020.
13. Organización Mundial de la Salud. Vigilancia mundial de la COVID-19 causada por la infección humana por el virus de la COVID-19: orientaciones provisionales, 20 de marzo de 2020 [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/laboratory-guidance>
14. Kent EE, Ornstein KA, Dionne-Odom JN. The family caregiving crisis meets an actual pandemic. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:e66-9.
15. Hawkins JP, Gannon C, Palfrey J. Virtual visits in palliative care: About time or against the grain? *BMJ Support Palliat Care*. 2020;10:331-6.
16. Mitchell S, Maynard V, Lyons V, Jones N, Gardiner C. The role and response of primary healthcare services in the delivery of palliative care in epidemics and pandemics: A rapid review to inform practice and service delivery during the COVID-19 pandemic. *Palliat Med*. 2020;34:1182-92.

17. Centers for Disease Control and Prevention. Underlying medical conditions associated with high risk for severe COVID-19: Information for healthcare providers. [Internet] [Citado 5 Abr 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/underlyingconditions.html>
18. Centers for Disease Control and Prevention. Science brief: Evidence used to update the list of underlying medical conditions that increase a person's risk of severe illness from COVID-19 [Internet] [Citado 5 Abr 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/underlying-evidence-table.html>
19. Emmerton D, Abdelhafiz AH. Care for older people with dementia during COVID-19 pandemic. *SN Compr Clin Med*. 2021;3:437-43.
20. Abdihamid O, Cai C, Kapesa L, Zeng S. The landscape of COVID-19 in cancer patients: Prevalence, impacts, and recommendations. *Cancer Manag Res*. 2020;12:8923-33.
21. Bone AE, Finucane AM, Leniz J, Higginson IJ, Sleeman KE. Changing patterns of mortality during the COVID-19 pandemic: Population-based modelling to understand palliative care implications. *Palliat Med*. 2020;34:1193-201.
22. Gilissen J, Pivodic L, Unroe KT, van den Block L. International COVID-19 Palliative Care Guidance for Nursing Homes Leaves Key Themes Unaddressed. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:e56-69.
23. West E, Moore K, Kupeli N, Sampson EL, Nair P, Aker N, et al. Rapid review of decision-making for place of care and death in older people: lessons for COVID-19. *Age Ageing*. 2021;50:294-306.
24. Spacey A, Porter S, Board M, Scammell J. Impact of the COVID-19 pandemic on end of life care delivery in care homes: A mixed method systematic review. *Palliat Med*. 2021;35:1468-79.
25. Hirakawa Y, Saif-Ur-Rahman KM, Aita K, Nishikawa M, Arai H, Miura H. Implementation of advance care planning amid the COVID-19 crisis: A narrative review and synthesis. *Geriatr Gerontol Int*. 2021;21:779-87.