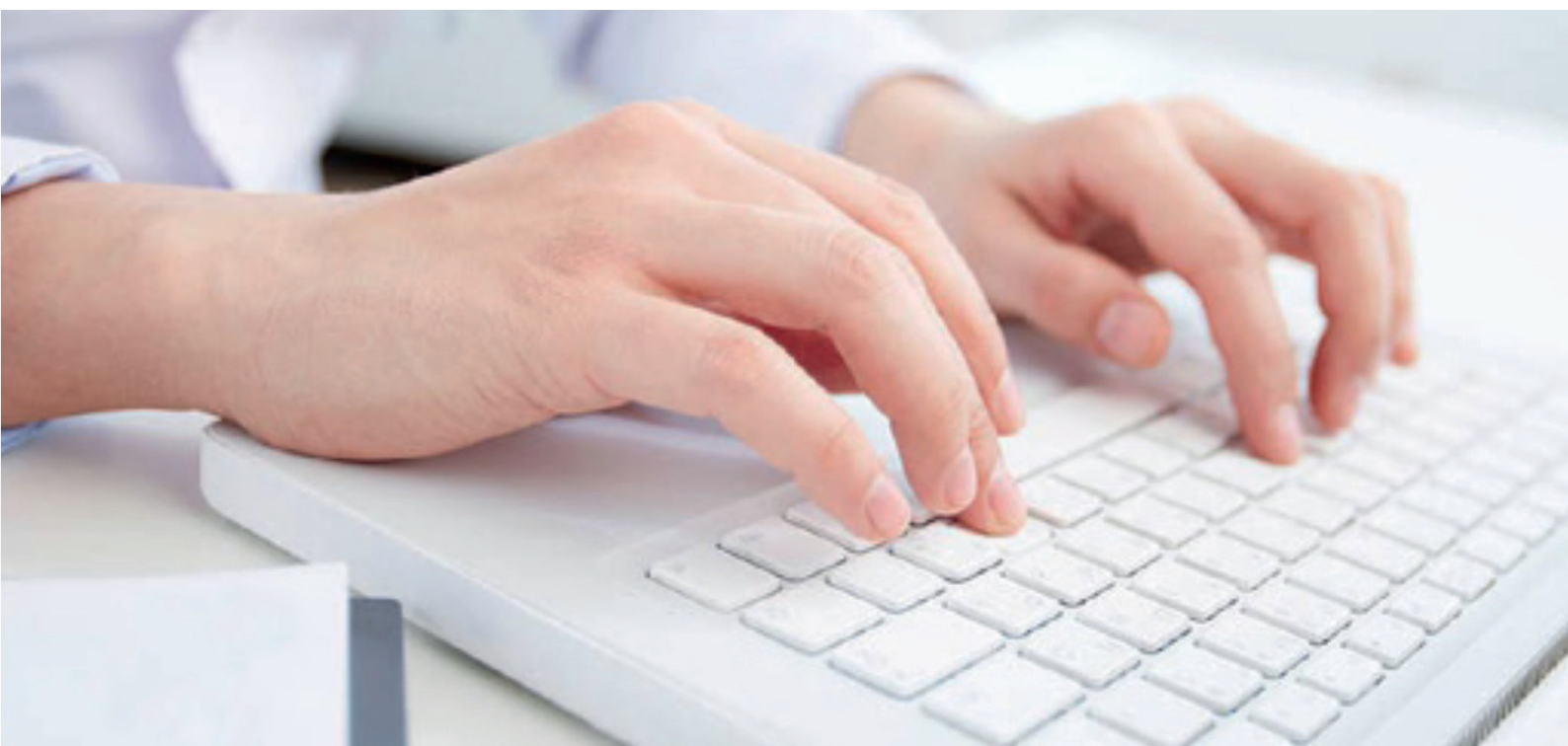


INFORME

**CUIDADOS PALIATIVOS EN TIEMPOS  
DE EMERGENCIA SANITARIA  
POR SARS-COV-2 (COVID 19).**

Adaptación del funcionamiento Servicio  
de Medicina Paliativa Hospital Maciel,  
Referencia Nacional





## **CUIDADOS PALIATIVOS EN TIEMPOS DE EMERGENCIA SANITARIA POR SARS-COV-2 (COVID 19).**

### **Adaptación del funcionamiento Servicio de Medicina Paliativa Hospital Maciel, Referencia Nacional**

Píriz Alvarez G. (\*)

#### **Introducción**

La pandemia de SARS-COV-2 determinó un doble desafío para quienes gestionan los equipos de Cuidados Paliativos:

1. Mantener la asistencia a los pacientes de CP, en un sistema sanitario que no siempre valora su importancia, con riesgo de reasignación de los especialistas en CP a otras áreas, dejando así a los pacientes sin asistencia específica.
2. Aportar el conocimiento específico de la especialidad, muy útil en la atención a los pacientes infectados por COVID 19.

El manejo que los especialistas en CP tienen en el control de determinados síntomas como disnea y delirium (comunes en pacientes infectados), el proceso de toma de decisiones, comunicación de malas noticias a pacientes y familiares, seguimiento del duelo, además de la capacidad de trabajar en equipo, son aspectos que adquirieron relevancia.

Muchos equipos en varios países con alta incidencia de casos han colaborado implementando programas de formación profesional en algunos aspectos puntuales mencionados anteriormente, y aportando infografía al respecto.

Otros integran comités de toma de decisiones por ejemplo para ingreso a UCI, y varios han seguido a pacientes portadores de COVID-19 con alta carga sintomática o mal pronóstico vital.



En Uruguay los casos graves fueron muy escasos y esporádicos, por lo tanto, el Servicio de Medicina Paliativa del Hospital Maciel no se vio en la obligación de implementar estas acciones, aunque estaban planificadas en caso de ser necesario.

Por otro lado, algunos servicios de Cuidados Paliativos en varios países debieron modificar transitoriamente o incluso dejar de brindar la prestación que venían brindando por decisiones de las autoridades, para poder apoyar la atención de los pacientes con COVID en sus instituciones (citar).

Otros, adaptaron la asistencia que venían realizando a la nueva realidad sanitaria. El presente trabajo relata el proceso de adaptación que realizó el Servicio de Medicina Paliativa del Hospital Maciel, para mantener la asistencia integral de calidad a sus pacientes y familiares.

### **Características de la Asistencia Paliativa en Hospital Maciel**

El Servicio de Medicina Paliativa de Hospital Maciel es el servicio de referencia nacional y tiene actividades asistenciales, docentes y de investigación.

Brinda asistencia integral (bio-psico-social) y continua todos los días del año.

Trabaja en red con todas las unidades ejecutoras de ASSE de Montevideo (primer y tercer nivel), y apoya a profesionales y equipos de todo el país, en consultas asistenciales.

Está conformado por un equipo interdisciplinario de 20 integrantes, con médicos especialistas, licenciados en enfermería, psicología y trabajo social, auxiliares de enfermería, secretaria, choferes y voluntaria.

La unidad básica de atención es médico-enfermero, y asiste al paciente y su familia o cuidadores. En lo asistencial, el Servicio asegura la continuidad asistencial en los distintos ámbitos: internación, domicilio y consultorio, las 24 horas de todos los días del año. Para ello hay:

- 4 equipos médico-enfermero que asisten diariamente en domicilio
- 2 equipos médico-enfermero en sala de internación



- 1 médico en consultorio
- 1 equipo psicosocial (psiquiatra, psicóloga, trabajadora social y voluntaria)
- 1 equipo de coordinación general (jefa de servicio, licenciada en enfermería y secretaria).
- Guardia médica telefónica de retén, realizada por los médicos del Servicio 24/7

En 16 años se asistieron a la fecha 8.340 pacientes, y promedialmente se encuentran en asistencia 270 pacientes en un corte transversal: 150 pacientes en domicilio, 50 en internación asistidos por dos equipos médico y 70 en consultorio.

Anualmente se realiza campaña de vacunación antigripal, con un promedio de 90 dosis entre pacientes y familiares (50% cada población).

En los últimos dos años, el 75% de los pacientes asistidos en domicilio, fallece en su domicilio.

## Objetivo

Describir las acciones implementadas para mantener la asistencia paliativa de un servicio de referencia durante los dos primeros meses de la Emergencia Sanitaria por COVID-19, y analizar sus resultados

## Objetivos Específicos

1. Describir aspectos de gestión y organizativos
2. Describir y analizar aspectos asistenciales a pacientes y familiares
3. Describir aspectos docentes y de apoyo a otros equipos nacionales e internacionales



## Material y Métodos

Estudio descriptivo y analítico, retrospectivo. Se analizó el período 16 de marzo 2020-16 de mayo 2020.

Los datos provienen de base de datos de Servicio de Medicina Paliativa.

## Aspectos organizativos y asistenciales

Se analizan las medidas organizativas y asistenciales implementadas a partir del 16 de marzo, primer día hábil luego de la declaración de Emergencia Sanitaria Nacional por parte del gobierno nacional, y durante 43 días hábiles. A partir del 16 de mayo se retomó el trabajo plenamente presencial, manteniendo todas las normas de seguridad.

En ese período analizado el Servicio se fijó como objetivos:

1. Continuar la asistencia de calidad a pacientes y familiares, contemplando sus necesidades, evitando la transmisibilidad del virus y el contagio de los integrantes del equipo
2. Colaborar con otros equipos nacionales y extranjeros en la formación profesional o gestión de la atención paliativa.

Para ello se implementaron varias medidas:

- Reforzar la formación profesional respecto al SARS-COV-2 y uso de equipos de protección personal (EPP)
- Selección de los integrantes del equipo para trabajar en dos subequipos (atención presencial y atención remota), en acuerdo con todo el equipo y seleccionando competencias y características personales y profesionales de cada uno de los integrantes, que los hacían más aptos para un



tipo u otro de trabajo.

El **equipo de atención presencial** quedó conformado por: jefa de servicio, secretaria, licenciada en enfermería, 4 médicos y 3 auxiliares de enfermería

El **equipo de atención remota** quedó conformado por: 3 médicos, 1 licenciada en enfermería, 1 auxiliar de enfermería y todo el equipo psicosocial (licenciada en psicología y trabajo social, psiquiatra y voluntaria).

- Clasificación de los pacientes en altamente complejos y complejos, teniendo en cuenta aspectos médicos y psicosociales, e identificación de éstos en todos los sistemas de registro electrónicos y visuales (mapa, planilla electrónica, base de datos).

Pacientes altamente complejos serían asistidos por el equipo de atención presencial en internación hospitalaria y domicilio, y pacientes con menor complejidad anteriormente asistidos en domicilio y consultorio, serían asistidos por el equipo de atención remota, mediante telemedicina (comunicación telefónica o videoconferencias).

- Modificaciones de la modalidad de asistencia domiciliaria:

o Reorganización la asistencia en 2 y posteriormente 3 zonas geográficas de Montevideo (normalmente eran 4 zonas)

o Realización de triage telefónico obligatorio previo a cada visita, interrogando situación del paciente y núcleo familiar que convive con él.

o Uso de EPP de acuerdo con cada situación: equipo básico para todos los pacientes, y equipo especial para aquellos con patología respiratoria, de acuerdo a normas ministeriales

o Concurrencia a domicilio sólo del médico: el enfermero permanecía en el auto y apoyaba al médico (preparación de medicación, pedido de estudios, etc.); sólo ingresaba a domicilio en casos particulares



- Asegurar el suministro de medicación a los pacientes evitando la concurrencia al Hospital de los mismos o sus familiares. Para ello se realizó:

o Valoración telefónica periódica de las necesidades de medicación de cada paciente, por parte del equipo de atención remota

o Realización de recetas electrónicas y posteriormente en papel (recetas psicofármacos y estupefacientes), realizada trabajando en línea por el equipo de atención remota. Anteriormente no se realizaban recetas electrónicas.

o Entrega de medicación en el domicilio de cada paciente, organizada desde el equipo de atención presencial del Servicio, en conjunto con Farmacia. Anteriormente se enviaba medicación a través del correo electrónico, que en el último año fue a un 40% de la población, por distintas razones multifactoriales

Asegurar la comunicación virtual de todo el equipo (equipos de atención presencial y remota). Para ello se adquirieron chips telefónicos (para mantener la privacidad de los profesionales), así como la contratación de un sistema de videoconferencias.

- Realización de reuniones diarias vituales de todo el equipo (presenciales históricamente), de 90 minutos de duración. Estas reuniones fueron el ámbito donde se discutieron casos complejos, toma de decisiones, información de pacientes fallecidos en la jornada anterior, pacientes que cambiaban de complejidad y por lo tanto de equipo asistencial, etc.

- Seguimiento de familiares en duelo. Se consideró a todos los familiares de pacientes fallecidos a partir del 16 de marzo de 2020 con potencial riesgo de duelo complicado, dado el aislamiento social planteado en internación y velatorios. El equipo psicosocial trabajando en forma remota, realizó el seguimiento de todos estos familiares, siguiendo un protocolo elaborado por el Servicio, donde la primera llamada era realizada por Psiquiatra, quien valoraba cómo se realizaba el seguimiento posterior por parte del equipo psicosocial.

- Valoración de las necesidades sociales de pacientes y familiares detectadas por parte de todo





el equipo, y derivadas a la Licenciada en Trabajo Social del Servicio, quien llevó adelante la asistencia social en forma remota. Todo el equipo estuvo atento al potencial incremento en la violencia doméstica vinculada al asilamiento intradomiciliario

- Administración de vacuna antigripal a la población de pacientes y familiares en asistencia domiciliaria, para evitar esta enfermedad transmisible, más compleja en pacientes vulnerables como los asistidos por nuestro Servicio. Esta vacunación se realiza anualmente, y este año fue más intensiva siguiendo las normas ministeriales. Para ello un equipo de enfermería (licenciado y auxiliar) gestionó e implementó en domicilio la campaña vacunación en 10 días

Durante este período se mantuvieron las reuniones quincenales (con formato virtual) con el psiquiatra, donde se analizan situaciones internas del equipo o impacto de algunas situaciones asistenciales en integrantes del equipo. Esta actividad es parte de la política de cuidado del equipo del Servicio.

#### Aspectos docentes y de apoyo a otros equipos

Durante los meses iniciales de Emergencia Sanitaria se suspendieron las rotaciones de profesionales por nuestro Servicio, así como las clases presenciales de Diplomatura de Cuidados Paliativos, y otros cursos programados.

Se mantuvo la realización quincenal de las Clínicas ECHO de Cuidados Paliativos con participación de profesionales de todo el país, donde en forma interdisciplinaria se discuten casos propuestos por los participantes, coordinado desde el Servicio de Medicina Paliativa.

Se realizaron también actividades de apoyo a otros equipos del país; al inicio de la Emergencia Sanitaria Nacional se realizaron reuniones virtuales con referentes de CP de todo el país, donde se abordaron distintos temas organizativos, uso de EPP, etc.

En el período analizado se participó en varias actividades internacionales, donde se expuso el formato de organización implementado durante la Emergencia Sanitaria:

- Organización Iberoamericana de Seguridad Social (España). Seminario: "Humanización de la atención sociosanitaria ante la crisis COVID-19". Presentación experiencia Servicio de Medicina Paliativa Hospital Maciel. Píriz Alvarez G.





- Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos: Curso Internacional: “Cuidados Paliativos en el paciente crítico COVID-19”. Tema Estrategia de Integración para la atención continua en el contexto de COVID-19. Píriz Alvarez G.
- International Association for Hospices and Palliative Care (EEUU). Briefing Note: “The role of telemedicine: remote access to patients, caregivers and health workers. Píriz Alvarez G
- International Association for Hospices and Palliative Care (EEUU). Webinar: “The role of telemedicine in delivering palliative care during the COVID 19 pandemic. Píriz Alvarez G
- Organización E-cancer: COVID-19 y Cuidados Paliativos. Perspectiva desde Uruguay. Píriz Alvarez G

## Resultados

En el período analizado se asistieron 280 pacientes: 173 ya estaban en asistencia en el Servicio (62%), y 107 (38%) fueron ingresos en esos períodos. Esta cifra fue similar al de otros años: 133 ingresos al Servicio en igual período en 2019 y 103 en 2018.

Los pacientes ingresados en ese período 74% eran procedentes de Hospital Maciel y 26% de otros Hospitales, cifras similares si comparamos con iguales meses del año 2019: 64% procedían del Hospital Maciel y 36% otros Hospitales.

Toda la organización del Servicio, así como muchos casos fueron asistidos en forma conjunta, ya que el equipo de atención remoto médico y de enfermería hacía el seguimiento telefónico, y el equipo psicosocial, el abordaje correspondiente.

El equipo de atención presencial asistió y realizó el seguimiento de 100 pacientes (36% de los pacientes en asistencia), portadores de mayor grado de complejidad, y el equipo de atención remota, a 108 pacientes (64%).

En la internación hospitalaria se asistieron diariamente a todos los pacientes internados en el Hospital, promedio 25 pacientes por día, cifra menor a la habitual, dada la disminución global en la internación hospitalaria.



En domicilio se llevó a cabo la siguiente actividad:

- 589 visitas médico-enfermero de asistencia y seguimiento. El promedio diario de ese período, 4,5 visitas por equipo por día, idéntico promedio que en años anteriores por equipo. Debe tenerse en cuenta que anteriormente existían 4 equipos de domicilio, y en el primer mes se trabajó con 2 y en el segundo con 3 equipos, con lo cual el número total de visitas domiciliarias total disminuyó.

- administración de 249 dosis de vacuna antigripal: 115 pacientes (77% del total de pacientes en asistencia domiciliaria) y 134 familiares. El 23% de pacientes no recibieron la vacuna antigripal por negativa de ellos. Esta cifra es notoriamente superior al promedio de los dos años anteriores, cuando se vacunaron sólo el 30% de los pacientes en asistencia domiciliaria. Se gestionaron y enviaron 440 encomiendas de medicación a los domicilios de todos los pacientes en asistencia (excepto internados), un promedio de 10 por día.

Por parte del equipo de atención remota se realizó el seguimiento de 108 pacientes y 77 familiares por duelo, mediante 1935 llamadas telefónicas y 57 videollamadas, 18,4 llamadas por paciente en los dos meses analizados.

Se realizaron 65 coordinaciones de trabajo social con otras instituciones (MIDES, BPS, etc.), y 77 seguimientos del duelo a los familiares: 100% de los pacientes fallecidos en domicilio más casos de familiares de pacientes internados.

En los dos meses analizados fallecieron 104 pacientes; 45 (43%) de ellos ingresaron al Servicio en ese período, para asistencia en internación y domicilio.

El 90% de los pacientes asistidos en domicilio, falleció en su domicilio, cifra superior al promedio de los dos últimos años, que era de 75%.

Está pendiente a la fecha el resultado de la encuesta de satisfacción realizada a pacientes y familiares asistidos por nuestro Servicio en estos dos primeros meses de Emergencia Sanitaria.

## Discusión

Las modificaciones organizativas realizadas durante los dos primeros meses de la Emergencia Sanitaria permitieron continuar con la asistencia de todos los pacientes del Servicio con la estrategia implementada, manteniendo la continuidad asistencial y el seguimiento por parte



de los equipos profesionales del Servicio.

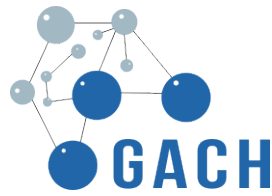
El porcentaje de pacientes asistidos en domicilio y fallecidos en él se incrementó en este período, ya que un menor número de pacientes fueron trasladados, probablemente por el temor al aislamiento que la internación implicaba en ese período.

La Emergencia Sanitaria fue una oportunidad para el Servicio de Medicina Paliativa del

Hospital Maciel, para desarrollar y optimizar estrategias de mejora de la gestión:

- uso de la telemedicina
  
- uso de recetas electrónicas
  
- entrega de medicación a domicilio
  
- campaña de vacunación antigripal
  
- seguimiento del duelo

Estas lecciones aprendidas se mantienen adaptadas a la situación actual de trabajo presencial. Asimismo, se mantuvieron las actividades de cuidado del equipo y de apoyo a equipos nacionales y del exterior.



## Agradecimientos

A todo el equipo del Servicio de Medicina Paliativa por su compromiso con los pacientes y familiares, y con todo el equipo

Médicos: Victoria Guerrini, Laura Lamas, Alvaro Méndez, Victoria Perroni, Laura Ramos, Adriana Rotela, Mirtha Silva, Laura Vadell

Licenciadas en Enfermería: María José Egüez, Laura Insúa

Licenciada en Trabajo Social: Ana Laura Rebollo

Licenciada en Psicología: Varinia Loureiro

Auxiliares de Enfermería: Rosana Delgado, Lorena Irigoín, María José Nicola, Rozana Rodríguez, Gabriel Silva

Secretaria: Yolanda Mussini

Voluntaria: Alejandra Bernasconi

## Referencias

- Normas Ministerio Salud Pública Uruguay
- Recomendaciones para Profesionales de Atención Domiciliaria en Cuidados Paliativos. *Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Asociación Española de Enfermería de Cuidados Paliativos (AECPAL)*.
- Sugerencias para promover la resiliencia de un equipo sanitario que se enfrenta a situaciones de alto impacto emocional de forma continuada. *Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*.