

Artículo Original

Asociación entre cuidados paliativos y enfermedades crónicas en pacientes Covid persistentes en un hospital ecuatoriano

Association between palliative care and chronic diseases in persistent Covid patients in an Ecuadorian hospital

<https://doi.org/10.52808/bmsa.7e6.623.006>

Carlos Vinicio Chiluisa Guacho^{1,*}

<https://orcid.org/0000-0003-0233-6168>

Guadalupe Eduvige Cuello Freire¹

<https://orcid.org/0000-0003-2251-2528>

Adisnay Rodríguez Plasencia¹

<https://orcid.org/0000-0002-5293-2817>

Belkis Sánchez Martínez¹

<https://orcid.org/0000-0003-4275-9667>

Recibido: 14/02/2022

Aceptado: 28/03/2022

RESUMEN

El empeoramiento del curso de la infección por COVID-19 es favorecido por la comorbilidad con enfermedades crónicas de base, incrementando la letalidad de la enfermedad. Tras la infección por SARS-CoV-2, se ha descrito la persistencia de diversos trastornos relacionados con la enfermedad, denominado síndrome post-COVID-19, cuyos síntomas se presentan frecuentemente en pacientes con una enfermedad inicial grave, siendo responsables de un alto porcentaje de fallecimientos a nivel mundial. Se realizó un estudio en 93 pacientes con síntomas de COVID persistente en los últimos 6 meses y diagnóstico previo de enfermedad crónica, con el fin de determinar la asociación entre cuidados paliativos y enfermedades crónicas en pacientes COVID persistentes en un hospital ecuatoriano. Para ello, se obtuvieron datos clínicos y se aplicó un instrumento con indicadores de cuidados paliativos Supportive and Palliative Care Indicators Tool con 27 ítems de respuestas dicotómicas. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva e inferencial. Los síntomas orgánicos más prevalentes fueron cefalea, ansiedad, depresión, tos; destacando el dolor y la fatiga entre los sistémicos. Se obtuvo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas en mujeres y pacientes mayores de 65 años, además un alto porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas presentó más de una comorbilidad y requiere cuidados paliativos. El estudio demuestra una asociación directa entre los cuidados paliativos y la comorbilidad por enfermedades crónicas en pacientes COVID persistentes; sustentada en la necesidad de atenuar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

Palabras claves: COVID-19, cuidados paliativos, enfermedad crónica, síntomas.

ABSTRACT

The worsening of the course of the COVID-19 infection is favored by comorbidity with underlying chronic diseases, increasing the lethality of the disease. After SARS-CoV-2 infection, the persistence of various disorders related to the disease has been described, called post-COVID-19 syndrome, whose symptoms frequently occur in patients with severe initial disease, being responsible for a high percentage of deaths worldwide. A study was conducted in 93 patients with symptoms of persistent COVID in the last 6 months and a previous diagnosis of chronic disease, in order to determine the association between palliative care and chronic diseases in persistent COVID patients in an Ecuadorian hospital. In order to do this, clinical data were obtained and an instrument with Supportive and Palliative Care Indicators Tool was applied with 27 dichotomous response items. The data was analyzed using descriptive and inferential statistics. The most prevalent organic symptoms were headache, anxiety, depression, cough; highlighting the pain and fatigue among the systemic. A higher prevalence of chronic diseases was obtained in women and patients older than 65 years, in addition, a high percentage of patients with chronic diseases presented more than one comorbidity and required palliative care. The study demonstrates a direct association between palliative care and chronic disease comorbidity in persistent COVID patients; based on the need to alleviate symptoms and improve the quality of life of affected patients.

Keywords: COVID-19, palliative care, chronic disease, symptoms.

¹ Universidad Regional Autónoma de Los Andes (UNIANDES), Ecuador.

*Autor de Correspondencia: ua.carloschiluisa@uniandes.edu.ec

Introducción

La enfermedad por COVID-19 es una entidad infecciosa emergente causada por el coronavirus SARS-CoV-2, que fue declarada por la Organización Mundial de la Salud como pandemia, puesto que afectó la mayoría de los países del mundo, debido al rápido contagio por contacto con las partículas virales emitidas de persona a persona por vía aérea, al toser, hablar o estornudar; lo que unido a su transmisión asintomática y largo periodo de incubación (3 - 14 días), hacen más compleja la dinámica de infección a nivel poblacional. Aunado a ello, el SARS-CoV-2 es un patógeno recientemente identificado, con el cual los humanos no habían tenido contacto previo, por lo tanto, no existe inmunidad natural a este virus en poblaciones humanas, ni estrategias terapéuticas definitivas para la disminución o erradicación de la transmisión del virus (Plasencia *et al.*, 2020; Wong & Morales, 2021).



Es conocido que la COVID-19, puede afectar múltiples órganos y tejidos, debido a que tiene como receptor a la enzima convertidora de angiotensina tipo 2 (ECA2), la cual se expresa en células alveolares, miocitos cardíacos, tracto gastrointestinal, hígado, riñón, células endoteliales vasculares células musculares arteriales, células de piel, adipocitos, células basales de la mucosa de la cavidad nasal y oral; comprometiendo la funcionalidad de dichos órganos y por ende, la salud general de quienes padecen la enfermedad (Padilla *et al.*, 2020).

Estudios señalan que el desarrollo de trastornos severos y el empeoramiento del curso de la infección por COVID-19 es favorecido por comorbilidad con enfermedades crónicas, tales como: hipertensión arterial sistémica (HTA), obesidad, diabetes mellitus (DM), cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, neumopatías, nefropatías, cardiopatías (insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, cardiomiopatías o hipertensión pulmonar), hepatopatías (cirrosis hepática), neuropatías (demencia, eventos vasculares cerebrales, epilepsia), VIH, inmunocompromiso y alteraciones hematológicas (anemia drepanocítica o talasemia), entre otras; que aunado a mayor edad del paciente (mayor a 60 años), conllevan a un incremento en la letalidad de la enfermedad (Wong & Morales, 2021).

En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud, señaló que cuatro de cada 10 personas que han fallecido por COVID-19, tenían sobrepeso, obesidad, hipertensión o alguna combinación de estas enfermedades. Asimismo, un estudio de metaanálisis de las comorbilidades en China, sugiere que la HTA está presente en aproximadamente el 17% de los pacientes, la DM en el 8%, las enfermedades cardiovasculares (ECV) en el 5% y las enfermedades respiratorias en el 2% de los casos graves por coronavirus. Más aún, los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) tuvieron un mayor número de comorbilidades (72,2%), frente a los no admitidos en la UCI (37,3%) (De la Calle *et al.*, 2021; OMS, 2019). Por su parte, Plasencia *et al.*, (2020) en su estudio de metaanálisis indicaron que la enfermedad renal crónica (ERC), la ECV, la HTA y DM están entre las comorbilidades que mayor riesgo implican para una presentación clínica grave en pacientes con COVID-19, incrementando el riesgo en más de 3,5 veces; mientras que las inmunodeficiencias, enfermedad respiratoria crónica y enfermedad hepática crónica se asocian a un incremento de dos a tres veces en dicho riesgo.

Por otra parte, tras la infección por el SARS-CoV-2, se ha descrito la persistencia de diversos trastornos y alteraciones de la salud relacionados con la enfermedad, y la guía del Instituto Nacional de Salud y Cuidados de Excelencia (NICE) lo define como el síndrome post-COVID-19, caracterizado por un conjunto de signos y síntomas que se desarrollan después de una infección compatible con COVID-19, que continúan durante más de 12 semanas y no se explican mediante un diagnóstico alternativo, mientras que, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) y la OMS refieren los términos condiciones post-COVID o COVID persistente, para describir las alteraciones que persisten más de cuatro semanas tras la infección por el SARS-CoV-2 (CDC, 2020; NICE, 2020; OMS, 2021a). Independientemente de la clasificación, los síntomas del COVID persistente se presentan frecuentemente superpuestos, fluctuando con el tiempo, afectando múltiples sistemas: cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurológico, músculo esquelético, metabólico, renal, dermatológico, otorrinolaringológico hematológico, además de problemas psiquiátricos, dolor generalizado, fatiga y fiebre persistente. Del mismo modo, es común la ocurrencia de síntomas como fatiga crónica, cefalea, trastornos de memoria y atención, anosmia/ageusia, trastornos del lenguaje y de la termorregulación (Carod-Artal, 2021; Salmon-Ceron *et al.*, 2021).

En general, los síntomas persistentes se han observado en personas adultas, jóvenes y niños con infección leve y sin enfermedades crónicas preexistentes, no obstante, son más frecuentes en pacientes con una enfermedad inicial grave (Gutiérrez *et al.*, 2021). En ese sentido, Tenforde *et al.*, (2020) demostraron que un alto porcentaje de pacientes sintomáticos no hospitalizados no regresaron a su estado de salud inicial aún después de la infección aguda; siendo la edad avanzada y la presencia de múltiples comorbilidades los factores que más se asociaron al síndrome post COVID-19.

En el contexto del COVID persistente, los cuidados paliativos se convierten en una gran herramienta para brindar atención y apoyo a los pacientes, familiares y personal de la salud, controlando efectivamente síntomas, promoviendo la calidad de vida, ayudando en la toma de decisiones difíciles y brindando atención integral de la salud física, psicológica, social y espiritual (Pérez-Moreno *et al.*, 2020). No obstante, la pandemia por COVID-19 ha generado problemáticas en la atención en paliativos para los pacientes debido a que algunas medidas de contención del virus, como el aislamiento obligatorio de la mayoría de la población, han impactado en los procesos de tención de fin de la vida, afectando así el manejo del sufrimiento físico, psicosocial y espiritual del paciente y el duelo de la familia. Particularmente, los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, quienes por su condición de vulnerabilidad son susceptibles de recibir cuidados paliativos, han tenido inconvenientes para acceder a tales servicios, debido a dificultades para su traslado a los centros de salud, mayor riesgo de exposición, ausencia de cuidadores aptos en cuidados paliativos y temor de contagio por parte de los profesionales de salud; además, aun cuando las medidas de prevención de COVID-19 han tenido un impacto positivo en la salud pública, la restricción de la movilidad y suspensión de visitas ha limitado las consultas ambulatorias, de urgencias, las admisiones hospitalarias y atención domiciliaria (Sánchez *et al.*, 2016; Czeisler *et al.*, 2020; Garfin *et al.*, 2020; OMS, 2020; Consuegra, 2021).

La infección por COVID-19, al ser una enfermedad nueva, constituye un desafío sanitario; a medida que se incrementan los contagios y pacientes recuperados, se observa la persistencia de sus secuelas a largo plazo, dando lugar al síndrome post COVID-19. Por otro lado, la comorbilidad del coronavirus con enfermedades crónicas, son responsables de un alto porcentaje de fallecimientos a nivel mundial. Se realizó un estudio con el fin de determinar la asociación entre cuidados paliativos y enfermedades crónicas en pacientes COVID persistentes en un hospital ecuatoriano, abordando los principales síntomas atribuidos al COVID persistente y las necesidades de cuidados atenuantes que permitan mejorar la calidad de vida de dichos pacientes.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, entre marzo y septiembre de 2021, en 93 pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de enfermedad crónica e internados en el servicio de medicina de un hospital del tercer nivel de atención del Ecuador. Previa revisión de la literatura científica y bases de datos actualizadas, se utilizaron los enfoques de cuidados paliativos aportados por Fadul *et al.*, (2021) y modificados por Ariza & Castiblanco, (2021) (Tabla 1).

Tabla 1. Cuidados paliativos sugerido para pacientes con COVID-19 en comparación a otros enfoques

	Enfoque de cuidados paliativos para pacientes con enfermedad avanzada	Enfoque de cuidados intensivos para pacientes con COVID-19	Enfoque de cuidados paliativos para pacientes con COVID-19
Valoración de los síntomas	-Cara a cara durante las rondas del equipo interdisciplinario.	-Breve evaluación de cabecera a la cama.	-Video conferencia para minimizar la exposición y conservar el LPP.
Disnea	-Generalmente no se administra oxígeno suplementario. -Opioídeos o esteroides. -Nebulizadores. -Considerar sedación paliativa en casos refractarios.	-Intubación y sedación. -Esteroides recomendados sólo para pacientes con SDRA. -Nebulizadores no recomendados.	-Oxígeno por cánula nasal. -Opioídeos. -Posible papel de los esteroides. -Considerar sedación paliativa en casos refractarios.
Delirium	-Minimizar el uso de medicamentos prodeliriogénicos. -Considerar sedación paliativa en casos refractarios.	-Sedación mientras se encuentra con ventilación mecánica.	-Considerar medicamentos psicoactivos como haloperidol. -Considerar sedación paliativa en casos refractarios.
Objetivos de atención y de no resucitación	-Converse con el paciente y los familiares en consultas previas o durante la hospitalización.	-Por lo general no se discuten y los médicos de emergencias asumen que cada paciente que ingresa es candidato a todas las intervenciones.	Converse los objetivos de atención y las órdenes de no resucitación con todos los pacientes de edad avanzada y múltiples comorbilidades mal controladas, poco potencial de rehabilitación o pacientes con enfermedad avanzada.
Apoyo familiar/reuniones familiares	-Por lo general durante la visita a la clínica o la hospitalización.	-Sin visitas. -Familia aislada o en cuarentena.	-Visitas por video conferencias si la situación clínica lo permite.
Cuidados al final de la vida	-Hospicio principalmente en casa. -Combinación de familiares y enfermeras visitantes.	-El paciente muere en el hospital, principalmente en la UCI. -Familia se le dificulta estar al lado de la cama por aislamiento.	-Considere el hospicio para pacientes hospitalizados. -Capacitar al personal de hospicio en telemedicina y teleconsejería
Duelo	-Proporcionado a familiares cercanos por hasta un año a partir de la muerte del paciente.	-No se hace rutinariamente.	-Teleconsejería y apoyo de duelo por personal capacitado. -Grupos de apoyo virtual.

Fuente: Fadul *et al.*, (2021), modificado por Ariza & Castiblanco, (2021)

Luego de la obtención del consentimiento informado y de la revisión de la historia clínica, se seleccionaron aquellos pacientes que presentaron al menos un síntoma o signo de COVID persistente en los últimos 6 meses, con confirmación por PCR. A partir de las historias clínicas se obtuvieron datos clínicos relacionados con el COVID persistente y la comorbilidad de enfermedades crónicas.

Evaluación para necesidad de cuidados paliativos (NCP)

Se empleó el instrumento Supportive and Palliative Care Indicators Tool o SPICT-4ALL-ES, una herramienta diseñada por la Universidad de Edimburgo, (2010) para identificar personas que podrían beneficiarse de medidas de soporte y cuidados paliativos, incluyendo reflexiones sobre su salud y planificación de sus cuidados futuros; el mismo consiste en un cuestionario con 27 ítems con respuestas dicotómicas, con una buena equivalencia, fiabilidad, sensibilidad y especificidad, de acuerdo a la validación aportada por (Highet *et al.*, 2014).

Los datos obtenidos fueron registrados mediante el programa Microsoft Excel. Para interpretar los resultados se aplicó estadística descriptiva, a través de la media y desviación estándar como medidas de tendencia central y dispersión, respectivamente. Para comparar las variables categóricas y numéricas se aplicó la prueba U de Mann-Whitney, mientras que para comparar las proporciones entre variables categóricas se aplicó la prueba de chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Finalmente, para establecer la asociación entre las enfermedades crónicas evaluadas y la necesidad de cuidados paliativos se aplicó modelos lineales generalizados de tipo Poisson con varianza robusta para calcular razones de prevalencia crudas (RP) y ajustadas (RPa). Para el análisis estadístico se empleó el programa Stata v.15.0, con una significancia estadística de $p < 0,05$.

Resultados

Mediante el examen clínico de los pacientes participantes en el estudio, se estimó la frecuencia de ocurrencia de signos y síntomas atribuidos al síndrome post COVID-19, encontrando que los síntomas neurológicos son los más prevalentes, destacando cefalea (37,63%), ansiedad (26,88%) y depresión (41,94%). Con relación a los síntomas respiratorios, la tos fue el síntoma más frecuente (25,81%). Asimismo, 84,89% (79/93) de los participantes presentaron al menos tres síntomas de dos sistemas orgánicos, acompañados de síntomas sistémicos, los cuales se presentaron en al menos una cuarta parte de los participantes (Tabla 2).

Tabla 2. Síntomas del síndrome COVID persistente clasificados por sistemas, en pacientes del servicio de medicina en un hospital de Ecuador

Síntomas del síndrome post-COVID-19		Nº	%
Síntomas respiratorios	Tos	24	25,81
	Disnea	11	11,83
Síntomas cardiovasculares	Dolor torácico	8	8,60
	Opresión	12	12,90
	Palpitaciones	17	18,28
Síntomas neurológicos	Cefalea	35	37,63
	Mareo	24	25,81
	Acúfenos	14	15,05
	Pérdida del gusto y/o del olfato	7	7,53
	Trastornos del sueño	15	16,13
	Parestesias	9	9,68
	Dolores musculares	18	19,35
	Síntomas cognitivos		
	'Niebla mental'	4	4,30
	Problemas de memoria	7	7,53
	Problemas de concentración	17	18,28
	Síntomas psiquiátricos		
Ansiedad	25	26,88	
Depresión	39	41,94	
Síntomas gastrointestinales	Dolor abdominal	14	15,05
	Náuseas	15	16,13
	Diarrea	17	18,28
	Anorexia	24	25,81
Síntomas sistémicos	Fatiga	27	29,03
	Fiebre	37	39,78
	Dolor	39	41,94
	Artralgias	26	27,96
	Dolor de oído y de garganta	27	29,03

Por otra parte, al evaluar las características sociodemográficas, clínicas y la necesidad de cuidados paliativos de los pacientes se obtuvo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas para el género femenino (60,22%), de igual manera los pacientes mayores de 65 años representaron más de la mitad del total de hospitalizados (52,69%). Cabe destacar que un alto porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas presentó más de una comorbilidad (62,37%) y más de una hospitalización en el último año (70,97%); siendo el servicio de medicina interna el que remitió la mayor proporción de pacientes con enfermedades crónicas (48,39%) sobre otras especialidades médicas. En tal sentido, la causa de hospitalización más frecuente resultó ser la descompensación a causa de la enfermedad de base (37,63%), destacando que la presencia de enfermedades sobreañadidas representó el 18% del total de las causas de hospitalización. Por otra parte, en el total de las variables descritas se encontró un patrón común, donde la mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas, requirió cuidados paliativos; siendo estadísticamente significativo en aquellos que procedían del servicio de medicina interna (Tabla 3).

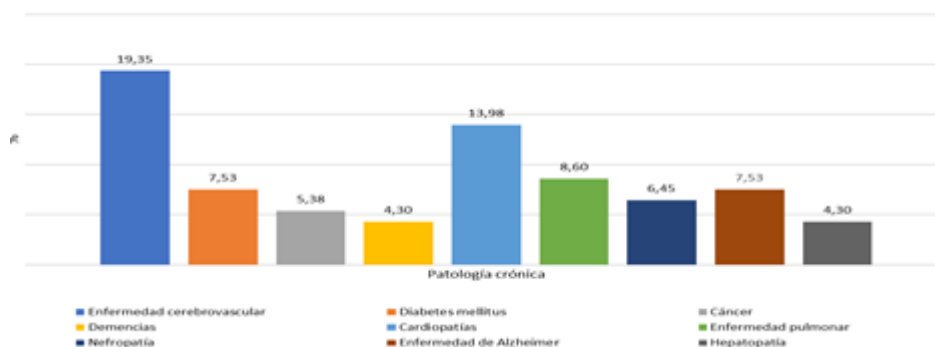


Figura 1. Distribución de la necesidad de cuidados paliativos según la enfermedad crónica específica en pacientes con síndrome post COVID-19 en un hospital de Ecuador

Tabla 3. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con enfermedades crónicas en un hospital de Ecuador

Características	Total de pacientes		Necesidad de cuidados paliativos				X ²	p		
	N	%	SI (n= 72)	No (n= 21)						
Sexo										
	Femenino	56	60,22	43	46,24	13	13,98	0,032	0,857	
	Masculino	37	39,78	29	31,18	8	8,6			
Edad (Años)										
	Hasta 65 años	44	47,31	31	33,33	13	13,98	2,317	0,128	
	Mayor de 65 años	49	52,69	41	44,09	8	8,6			
Estado civil										
Características sociodemográficas	Sin pareja actual	31	33,33	27	29,03	4	4,3	2,491	0,114	
	Con pareja actual	62	66,67	45	48,39	17	18,28			
Cantidad de hijos										
	Ninguno	31	33,33	24	25,81	7	7,53	0,000	1,000	
	Al menos uno	62	66,67	48	51,61	14	15,05			
Creencia religiosa										
	Ateo	11	11,83	8	8,6	3	3,23	1,910	0,385	
	Cristiano	52	55,91	43	46,24	9	9,68			
	Otros	30	32,26	21	22,58	9	9,68			
Número de comorbilidades										
	Hasta uno	35	37,63	24	25,81	11	11,83	2,513	0,113	
	Más de uno	58	62,37	48	51,61	10	10,75			
Hospitalizaciones en el último año										
	Hasta uno	27	29,03	19	20,43	8	8,6	1,081	0,298	
	Más de uno	66	70,97	53	56,99	13	13,98			
Infección intrahospitalaria previa										
	No	51	54,84	43	46,24	8	8,6	3,07	0,079	
	Sí	42	45,16	29	31,18	13	13,98			
Características clínicas	Servicio de procedencia									
		Medicina Interna	45	48,39	39	41,94	6	6,45	7,768	0,02
		Cirugía	18	19,35	15	16,13	3	3,23		
	Especialidades Clínicas	30	32,26	18	19,35	12	12,9			
Causa de hospitalización										
	Infección	12	12,9	11	11,83	1	1,08	4,817	0,185	
	Descompensación de la enfermedad	35	37,63	29	31,18	6	6,45			
	Evaluación o inicio de tratamiento	28	30,11	21	22,58	7	7,53			
	Enfermedad sobreañadida	18	19,35	11	11,83	7	7,53			

Finalmente, se observó que los pacientes con síndrome post COVID, que requieren mayores cuidados paliativos fueron los que presentaron patologías crónicas cerebrovasculares, cardiovasculares, pulmonares, neurológicas y metabólicas (Figura 1).

Discusión

Numerosos pacientes con COVID-19 leve o grave no tienen una recuperación completa y presentan variedad de síntomas crónicos de carácter neurológico, cognitivo o psiquiátrico durante semanas o meses tras la infección. En el presente estudio se valoró los cuidados paliativos sugeridos para pacientes con COVID-19 en cuyo enfoque destacan las intervenciones que se pueden brindar a los pacientes, relacionadas con el manejo de síntomas, en especial los refractarios, voluntades anticipadas, abordaje de duelo, apoyo a la familia y capacitación del personal de la salud. Asimismo, se describieron estrategias de atención médica y tratamiento sintomático, considerando factores como la edad avanzada y múltiples comorbilidades mal controladas asociadas al COVID-19.

Al respecto, Palmer *et al.*, (2020) refieren que durante el brote de COVID-19, los cuidados paliativos no han sido abordados adecuadamente ya que, para reducir el riesgo de contagios se ha pospuesto y/o reducido las consultas médicas, visitas ambulatorias y en general la atención médica en un número importante de pacientes con enfermedades no transmisibles como DM, HTA, ECV, ERC, entre otras; generando medidas subóptimas y peores desenlaces. Es por ello que, Hernández & Díaz (2021), valoran la importancia de los cuidados paliativos recomendados por la OMS, enfocados en mejorar la calidad de vida de los pacientes y en ese escenario donde están amenazadas las condiciones de salud y es

necesario atender de manera rápida y eficaz a los afectados, es posible que estrategias como el uso de tecnologías de la información y comunicación, y la atención domiciliaria a pacientes adultos mayores con condiciones crónicas de base; faciliten los cuidados paliativos, constituyendo una alternativa a pacientes con COVID persistente (Hancock, *et al.*, 2019; Pereyra & Saij, 2018).

Los resultados del presente estudio muestran que los síntomas del síndrome COVID persistente más prevalentes en los pacientes evaluados, fueron los neurológicos, sistémicos y respiratorios, con alteración conjunta de más de un sistema orgánico y asociada a trastornos sistémicos. Las bases teóricas señalan que las secuelas por COVID-19, son parte del proceso fisiopatológico, generando una respuesta inflamatoria exagerada y compromiso de tejido cardíaco, pulmonar, muscular, hepático y renal entre otros (De la Calle *et al.*, 2021; Padilla *et al.*, 2020); además estudios han demostrado que la infección por el SARS-CoV-2 puede afectar al sistema nervioso central (SNC), produciendo disfunción neurológica, asociada al síndrome de COVID persistente, que se manifiesta por cognición alterada, falta de concentración, cambios de comportamiento y confusión (Bombón-Albán, 2021).

Los datos de este estudio difieren de los reportados por Lombardo *et al.*, (2021) quienes detectaron la presencia de al menos un síntoma en el 83% de pacientes que habían presentado COVID-19 un año atrás, pero los más frecuentes resultaron ser los sistémicos como fatiga y dolor, y neurológicos como trastornos de sueño; siendo las alteraciones sensoriales (anosmia, disgeusia) las que presentaron menor frecuencia. Asimismo, Romero-Duarte *et al.*, (2021) reportaron que 63,9% de pacientes presentaban síntomas post COVID tras 6 meses de seguimiento, con predominio respiratorio, sistémico, neurológico y psicológico, mientras que; Chopra *et al.*, (2021) encontraron que 32,6% de los pacientes notificaron síntomas persistentes a los 3 meses después de la infección aguda, siendo la disnea el más prevalente; además una proporción importante no había podido recuperar su actividad habitual. Por su parte Herrera *et al.*, (2020) reportaron que más de 42% de pacientes que tuvieron COVID, presentaron por lo menos un síntoma, entre los que destacaron fatiga, cansancio, tos, cefalea; mientras que la fatiga, disnea y pérdida de gusto u olfato, fueron los principales síntomas persistentes reportados por Nehme *et al.*, (2021) Todo ello sugiere, que las manifestaciones clínicas del COVID persistente se pueden presentar de manera simultánea y con un espectro clínico variado en los individuos afectados, además dependen de diversos factores como la inmunidad, el tiempo de evolución de la infección y comorbilidad con otras afecciones.

En cuanto a las características demográficas y clínicas del grupo de estudio, los resultados demuestran que la mayoría de los pacientes con COVID persistente presentaron más de una afección crónica con historia de hospitalizaciones, con mayor prevalencia de mujeres y de personas de edad avanzada sobre individuos más jóvenes. Se estima que la cuarta parte de la población a nivel mundial, correspondiente al 22% padece una condición persistente de COVID-19 y que este porcentaje aumenta al 24% si presenta una comorbilidad con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (Clark *et al.*, 2020). Siendo el COVID-19 un virus muy dinámico con perfil clínico incierto es importante la modificación de protocolos de manejo de la enfermedad y así reducir los síntomas de COVID persistente en estos pacientes (OMS, 2021b; Saltos *et al.*, 2020). Los datos de este estudio coinciden con los de Taquet *et al.*, (2021) y Ghosn *et al.*, (2021) quienes reportaron que los síntomas de COVID persistente predominan en mujeres, inclusive 6 meses después de hospitalización; en tanto que factores como la edad o tener dos o más comorbilidades no se asociaron a los síntomas post COVID (Ghosn *et al.*, 2021).

Por otra parte, se encontró que independientemente de las características sociodemográficas y clínicas, existe la necesidad de cuidados paliativos para pacientes con COVID persistente que presentan comorbilidad con enfermedades crónicas. En particular, las investigaciones se han dirigido hacia la atención médica en la etapa aguda de la enfermedad y no en las manifestaciones post COVID, de ahí, la relevancia del presente estudio. En tal sentido, han sido desarrollados protocolos de actuación ante el agravamiento de síntomas de los pacientes atendidos en domicilios, procurando que permanezcan en su entorno e iniciar la aplicación de medidas paliativas, que adicionalmente a los procedimientos comunes incluyen la atención médica vía telefónica o virtual, la modificación de la prescripción de medicamentos sedantes con menos efectos secundarios, visitas virtuales a través de videos y dispositivos tecnológicos, la incorporación de terapias de rehabilitación, fisioterapia, psicología y la capacitación de equipos médicos multidisciplinarios, en aras de resolver más eficazmente los dilemas éticos que origina la enfermedad, puesto que, en muchos casos, ante las limitaciones de recursos y equipos médicos, el personal de salud debe decidir si se beneficia a un paciente con pocas probabilidades de sobrevivir, negando la oportunidad a otro con mayores posibilidades de supervivencia (Ariza & Castiblanco, 2021; Redpal, 2020; Semyciuc, 2021).

Del mismo modo, se observó que los pacientes COVID persistentes con trastornos cerebrovasculares, cardiovasculares, pulmonares, enfermedad de Alzheimer y DM, requieren mayores cuidados paliativos. En efecto, pacientes con ECNT que se contagian con COVID-19 tienen mayor probabilidad de progresar a un cuadro severo, tal y como lo refiere Ghadamgahi *et al.*, (2021) quienes compararon los resultados clínicos y la supervivencia de pacientes diabéticos con COVID-19 vs pacientes no diabéticos, encontrando que la diabetes es un factor independiente de mortalidad. Por su parte, Molina, (2020) señala que en situación de COVID-19, los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, han sido infra-monitorizados provocando que se haya incrementado el ingreso hospitalario por empeoramiento progresivo de la enfermedad de base por demora en su manejo clínico; mientras que Cortellezzi &

González, (2021) refieren que pacientes con comorbilidades como la HTA, DM y ECV, demostraron ser más vulnerables a la infección severa presentando mayor mortalidad.

En síntesis, el estudio demuestra una asociación directa entre los cuidados paliativos y la comorbilidad por enfermedades crónicas en pacientes COVID persistentes; sustentada en la necesidad de atenuar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

Conflicto de intereses

Sin conflicto de intereses.

Agradecimientos

Sin agradecimientos.

Referencias

- Ariza, C. J., & Castiblanco, A. P. (2021). Cuidados paliativos en la época de infección por SARS-CoV-2/COVID-19. *Universitas Médica*, 62(3). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-3.cpis>
- Bombón-Albán, P. E. (2021). Síndrome COVID prolongado asociado a «niebla cerebral». *Neurología*, 13(4), 262–264. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2021.06.002>
- Carod-Artal, F. J. (2021). Post-COVID-19 syndrome: epidemiology, diagnostic criteria and pathogenic mechanisms involved. *Revista de neurología*, 72(11), 384-396. <https://doi.org/10.33588/rn.7211.2021230>
- CDC. (2020). COVID-19 and Your Health, Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects.html> (Acceso febrero 2021).
- Chopra, V., Flanders, S. A., O'Malley, M., Malani, A., & Prescott, H. (2021). Sixty-day outcomes among patients hospitalized with COVID-19. *Annals of Internal Medicine*, 174 (4), 576-578. <https://doi:10.7326/M20-5661>
- Clark, A., Jit, M., Warren-Gash, C., Guthrie, B., Wang, H., Mercer, S. W., Sanderson, C., McKee, M., Troeger, C., Ong, K. L., Checchi, F., Perel, P., Joseph, S., Gibbs, H. P., Banerjee, A., & Eggo, R. M. (2020). Centre for the Mathematical Modelling of Infectious Diseases COVID-19 working group. Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. *Lancet Glob Health*, 8(8), e1003-e1017. [https://doi:10.1016/S2214-109X\(20\)30264-3](https://doi:10.1016/S2214-109X(20)30264-3)
- Consuegra, C. A. (2021). Impacto de la telesalud en un programa domiciliario de cuidado paliativo en pandemia por Covid-19. Disponible en: <http://186.28.225.13/handle/123456789/5109> (Acceso mayo 2021).
- Cortellezzi, Z., & González, V. (2021). Alteraciones cardiovasculares agudas y síndrome post COVID-19. *Salud Militar*, 40(2), e401-e401. <https://doi.org/10.35954/SM2021.40.2.4>
- Czeisler, M., Marynak, K., Clarke, K., Salah, Z., Shakya, I., Thierry, J. M., Ali, N., McMillan, H., Wiley, J., Weaver, M., Czeisler, C., Rajaratnam, S., & Howard, M. (2020). Delay or Avoidance of Medical Care Because of COVID-19 Related Concerns United States, June 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(36), 1250-1257. <https://doi.org/ghbvn2>
- De la Calle, A., Tello, R., Villegas, T., & Cueva, E. S. (2021). Factores de comorbilidad y secuelas de covid 19 en trabajadores de un hospital nacional de Huancayo 2021. *Visionarios en ciencia y tecnología*, 6(2), 111-121. <https://doi.org/10.47186/visct.v6i2.97>
- Fadul, N., Elsayem, A. F., Bruera, E. (2021). Integration of palliative care into COVID-19 pandemic planning. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 11, 40-44. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002364>
- Garfin, D.R., Silver, R.C., & Holman, E.A. (2020). The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychology Journal*, 39(5), 355-357. <https://doi.org/ggq8wd>
- Ghadamgahi, F., Tapak, L., Bashirian, S., Amiri, R., & Roshanaei, G. (2021). The effect of underlying diabetes disease on clinical outcome and survival in patients with Covid-19: a propensity score matching study. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 30,1675-1683. <https://doi:10.1007/s40200-021-00922-z>
- Ghosn, J., Piroth, L., Epaulard, O., le Turnier, P., Mentré, F., Bachelet, D., & Laouénan, C. (2021). Persistent COVID-19 symptoms are highly prevalent 6 months after hospitalization: Results from a large prospective cohort. *Clinical Microbiology and Infection*, 27, 1041–1044. <https://doi:10.1016/j.cmi.2021.03.012>
- Gutiérrez, D., Mosqueda, E., Vilchis, H., Morales, J., Cruz, A., Chávez, J., Ramírez, I., Perón, L., García, Z., Vásquez, L., Valadez, Y., Díaz, J., Cortázar, L., Vite, X., García, M., Bautista, P., Ángel, A., & Wong, R. (2021). Efectos a

- largo plazo de la COVID-19: una revisión de la literatura. *Acta médica Grupo Ángeles*, 19(3), 421-428. <https://doi:10.35366/101741>
- Hancock, S., Preston, N., Jones, H., & Gadoud, A. (2019). Telehealth in palliative care is being described but not evaluated: A systematic review. *BMC Palliat Care*, 18(1). <https://doi:10.1186/s12904-019-0495-5>
- Hernández, D., & Díaz, K. (2021). Calidad de vida de personas mayores con enfermedad renal crónica vulnerables a la COVID-19. In *Primera Jornada Nacional Virtual*. Disponible en: <https://gerathabana2021.sld.cu/index.php/gerathabana/2021/paper/view/37/5> (Acceso junio 2021).
- Herrera, J. C., Arellano, E. I., Juárez, L. I., & Contreras, R. I. (2020). Persistencia de síntomas en pacientes después de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en un hospital de tercer nivel de Puebla, México. *Medicina Interna de México*, 36(6), 789-793. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=96464> (Acceso mayo 2021).
- Hight, G., Crawford, D., Murray, S. & Boyd, K. (2014). Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care*, 4(3), 285-290. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000488>
- Lombardo, M., Foppiani, A., Peretti, G. M., Mangiavini, L., Battezzati, A., Bertoli, S., Martinelli, F., & Vincenzo, G. (2021). Long-Term Coronavirus Disease 2019 Complications in Inpatients and Outpatients: A One-Year Follow-up Cohort Study. *Open Forum Infectious Diseases*, 8(8), ofab384. <https://doi:10.1093/ofid/ofab384>
- Molina, M. (2020). Secuelas y consecuencias de la COVID-19. *Medicina respiratoria*, 13(2), 71-77. Disponible en: <http://neumologiaysalud.es/descargas/R13/R132-8.pdf> (Acceso mayo 2021).
- Nehme, M., Braillard, O., Alcoba, G., Perone, S.A., Courvoisier, M. D., Chappuis, F., & Guessous, I. (2021). COVID-19 Symptoms: Longitudinal Evolution and Persistence in Outpatient Settings. *Annals of Internal Medicine*, 174(5), 723-725. <https://doi/10.7326/M20-5926>
- NICE. (2020). Overview COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19 Guidance NICE. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188> (Acceso marzo 2021).
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2019). Evaluación de los factores de riesgo de enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19) entre trabajadores de salud: protocolo para un estudio de casos y testigos. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332505> (Acceso febrero 2021).
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2020). Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-2020.1 (Acceso enero 2021).
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2021a). Post COVID-19 condition: WHO supports standardization of clinical data collection and reporting. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/12-08-2021-post-covid-19-condition-whosupports-standardization-of-clinical-data-collection-and-reporting> (Acceso enero 2021).
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2021b). Enfermedades no transmisibles. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases#:~:text=Las%20enfermedades%20no%20transmisibles%20\(ENT,de%20ingresos%20bajos%20y%20medianos](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases#:~:text=Las%20enfermedades%20no%20transmisibles%20(ENT,de%20ingresos%20bajos%20y%20medianos) (Acceso junio 2021).
- Padilla, P. M., Cárdenas, B. E., & Cabrera, M. C. (2020). Impacto del COVID-19 en las enfermedades hepáticas y la salud pública en el Perú. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 40(2), 162-172. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292020000200162&script=sci_arttext&tlng=pt (Acceso marzo 2021).
- Palmer, K., Monaco, A., Kivipelto, M., Onder, G., Maggi, S., Michel, J. P., Prieto, R., Sykara, G., & Donde, S. (2020). The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clinical and Experimental Research*, 32(7), 1189-1194. <https://doi:10.1007/s40520-020-01601-4>
- Pereyra, J., & Saigí, A. (2018). Determinantes de la intención de uso de la telemedicina en una organización sanitaria. *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(6), 319-328. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.08.004>
- Pérez-Moreno, D. P., López-Ramírez, J. H., & Torres-Espinosa, C. (2020). Cuidados paliativos para pacientes con infección por SARS-CoV-2/COVID-19; propuesta de un modelo de atención. *Revista mexicana de anestesiología*, 43(4), 288-295. <https://dx.doi.org/10.35366/94942>

- Plasencia, T. M., Aguilera, R., & Almaguer, L. E. (2020). Comorbilidades y gravedad clínica de la COVID-19: revisión sistemática y meta-análisis. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v19s1/1729-519X-rhcm-19-s1-e3389.pdf> (Acceso mayo 2021).
- Redpal. (2020). Coronavirus (COVID-19). Información a tener en cuenta en la atención a pacientes con necesidad de cuidados paliativos. Disponible en: <https://www.redpal.es/wp-content/uploads/2020/03/PEDIATRICOS-COV19AMCP.pdf> (Acceso junio 2021).
- Romero-Duarte, A., Rivera-Izquierdo, M., Guerrero-Fernández de Alba, I., Pérez-Contreras, M., Fernández-Martínez, N. F., Ruiz-Montero, R., Serrano-Ortiz, A., González-Serna, R., Salcedo-Leal, I., Jiménez-Mejías, E., & Cárdenas-Cruz, A. (2021). Sequelae, persistent symptomatology and outcomes after COVID-19 hospitalization: The ANCOHVID multicentre 6-month follow-up study. *BMC Medicine*, 19, 129. <https://doi:10.1186/s12916-021-02003-7>
- Salmon-Ceron, D., Slama, D., De Broucker, T., Karmochkine, M., Pavie, J., Sorbets, E., Etienne, N., Batisse, D., Spiridon, G., Baut, V.L., Meritet, J.F., Pichard, E., & Canoui-Poitrine, F. (2021). Clinical, virological and imaging profile in patients with prolonged forms of COVID-19: A cross-sectional study. *J Infect.*, 82(2), e1-e4. <https://doi:10.1016/j.jinf.2020.12.002>
- Salto, G., Hernández, M., Sánchez, E., & Bravo, I. (2020). Análisis de las complicaciones post-COVID-19 en pacientes con Enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Científica Higía de la Salud*, 3(2). Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/467> (Acceso febrero 2021).
- Sánchez, M., Zambrano, C.E., & Verbel, R.M. (2016). Determinantes del cuidado domiciliario ideal: experiencia de cuidadores familiares de pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular. *Revista Colombiana de enfermería*, 11(12), 25-32. <https://doi.org/g8xf>
- Semyciuc. (2021). Síndrome Post-UCI en pacientes COVID-19. Disponible en: semicyuc.org/2021/06/paliar-el-sindrome-post-uci-en-pacientes-covid-19-exige-nuevos-protocolos-y-evitar-las-medidas-de-aislamiento-que-impiden-las-visitas-familiares/ (Acceso julio 2021).
- Taquet, M., Dercon, Q., Luciano, S., Geddes, J.R., Husain, M., Harrison, P.J. (2021). Incidence, co-occurrence, and evolution of long-COVID features: A 6-month retrospective cohort study of 273,618 survivors of COVID-19. *PLOS Medicine*, 18(9), e1003773. <https://doi:10.1371/journal.pmed.1003773>
- Tenforde, M., Kim, S., Lindsell, C., Billig, R., Shapiro, N., Files, D., Gibbs, K., Erickson, H., Steingrub, J., Smithline, H., Gong, M., Aboodi, M., Exline, M., Henning, D., Wilson, J., Khan, A., Qadir, N., Brown, S., Peltan, I., Rice, T., Hager, D., Ginde, A., Stubblefield, W., Patel, M., Self, W., & Feldstein, L. (2020). Symptom Duration and Risk Factors for Delayed Return to Usual Health Among Outpatients with COVID-19 in a Multistate Health Care Systems Network. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69, 993-998. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6930e1externalicon>
- Universidad de Edimburgo. (2019). SPICT-4ALL-ES. Disponible en: <https://www.spict.org.uk/spict-4all/spict-4all-es/> (Acceso diciembre 2020).
- Wong, R. M., & Morales, J. A. (2021). Generalidades, aspectos clínicos y de prevención sobre COVID-19: México y Latinoamérica. *Universitas Medica*, 62(3), 97-114. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-3.gacp>