

4. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) - China. *China CDC Weekly*. 2020; 2(8):113-22 [citado marzo 25, 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2WV3JUA>

Exposición laboral a Covid-19 en personal de salud

Señor editor: La pandemia de Covid-19 ha presentado desafíos de pocos precedentes, no sólo por ser una emergencia a nivel mundial, sino porque ha impactado con fuerza las primeras líneas de defensa de la salud pública. Países como China e Italia han informado que los trabajadores sanitarios representan hasta 20% del total de casos confirmados positivos.¹

En China, un estudio de enero de 2020 en personal sanitario con Covid-19 reportó que 63% adquirió la enfermedad durante el periodo en que no había una adecuada prevención mediante utilización de equipo de protección personal (EPP).² Este es un escenario interesante si se compara con cifras del 5 de abril de 2020 en Italia, cuando 12 252 trabajadores de la salud estaban infectados (aproximadamente 10% de los contagiados).³ Con base en estos datos, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) alude a la aplicación de medidas preventivas de forma eficiente (uso obligatorio de EPP) junto al desarrollo de políticas pertinentes.¹ El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Estados Unidos, recomienda el uso de mascarillas N-95 o de un nivel de protección superior en salas con pacientes sospechosos o confirmados por Covid-19.⁴ La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone el uso de guantes, delantales, gafas de protección, batas descartables y mascarillas N-95 durante el manejo de estos pacientes.⁵ Asimismo, no deben pasar desapercibidos los riesgos psicosociales en los que están implicados

colaboradores de zonas y empleos de alto riesgo quienes, además de verse expuestos a alta tensión física debido al uso de EPP o aislamiento, resultan estigmatizados, lo que más tarde puede derivar en mayores niveles de estrés.¹

Por lo tanto, estudios locales y organizaciones referentes a nivel mundial sugieren el suministro y adecuado uso de EPP, así como el acompañamiento de normativas institucionales y políticas que favorezcan un abordaje integral de los riesgos laborales del personal de salud.

Declaración de conflicto de intereses. El autor declara no tener conflicto de intereses.

Leonardo Flavio Medina-Guillen,
Médico en Servicio Social.⁽¹⁾
flaviomedina014@hotmail.com

(1) Facultad de Ciencias Médicas, Sociedad de Liderazgo e Investigación Científica en Salud, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.

<https://doi.org/10.21149/11736>

Referencias

- Organización Internacional del Trabajo. Frente a la pandemia: garantizar la seguridad y salud en el trabajo. Ginebra: OIT, 2020 [citado abril 28, 2020]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_742732.pdf
- Min L, Peng H, Huiguo L, Xiaojiang W, Fajiu L, Shi C, et al. Clinical characteristics of 30 medical workers infected with new coronavirus pneumonia. *Chinese Journal of Tuberculosis and Respiratory Diseases*. 2020;43(3):209-14 [citado abril 29, 2020]. Disponible en: <http://rs.yiigle.com/CN112147202003/1184460.htm>
- Chirico F, Nucera G, Magnavita N. Covid-19: Protecting Healthcare Workers is a priority. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2020. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.148>
- Heinzerling A, Stuckey P, Scheuer T, Xu K, Perkins K, Resseger H, et al. Transmission of COVID-19 to health care personnel during exposures to a hospitalized patient — Solano County, California, February 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(15):472-6. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e5>

5. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages. Ginebra: WHO, 2020. Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages)

Telemedicina y humanización de la atención médica en la pandemia Covid-19

Señor editor: La conexión por videollamada entre los familiares y pacientes durante la pandemia de Covid-19 ha puesto en uso las nuevas tecnologías en el servicio de Infectología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Esto ha favorecido la personalización orientada a humanizar la atención hacia los pacientes, de la cual surge también la estrategia del personal médico de portar una foto propia que pende sobre su tórax al momento de brindar la asistencia y revisión de los pacientes en las áreas de internamiento de enfermos con Covid-19.

La emergencia mundial de esta enfermedad ocasionó una brecha en la comunicación de la tríada en la atención paciente-médico-familiar, debido a las medidas de protección y aislamiento requeridas para evitar la infección del personal de salud y la comunidad en general. Está descrito el uso de las nuevas tecnologías como una medida en el monitoreo de pacientes a distancia y para su revisión física, y su empleo en situaciones de emergencia.¹⁻⁴

Esta situación motivó al equipo de residentes a realizar dos estrategias para personalizar y humanizar la atención médica en el Servicio de Infectología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, bajo un marco que pretende salvaguardar la ética y la responsabilidad médica.

Primera estrategia: enlace del paciente con su respectivo familiar a

través de videollamada. Para ello, se identifica si el paciente se encuentra dentro de alguno de los dos grupos prioritarios. En el primer grupo se encuentran los enfermos graves y aquéllos que están al final de la vida, así como los pacientes a los que se les realizará algún procedimiento de alto riesgo; en este grupo se brinda comunicación inmediata, disponible las 24 horas. El segundo grupo está conformado por pacientes con

estancia prolongada y pacientes con trastorno psicológico asociado con el padecimiento y hospitalización; a ellos se les brindan enlaces programados con el familiar dentro de un horario establecido.

Segunda estrategia: colocación de la fotografía del rostro del médico sobre su propio tórax, con lo que se pretende humanizar y personalizar la atención que se le da al paciente. Portar la imagen sobre el equipo de

protección personal representa una figura de semejanza sin distinción.

La videollamada se coordina e implementa bajo un flujograma, de acuerdo con las necesidades observadas en el servicio y en el grupo prioritario. La sanitización del equipo de enlace se realiza después de cada uso. Para ello, se busca un espacio cómodo para los familiares y se da un informe breve o amplio del estado de salud del paciente.

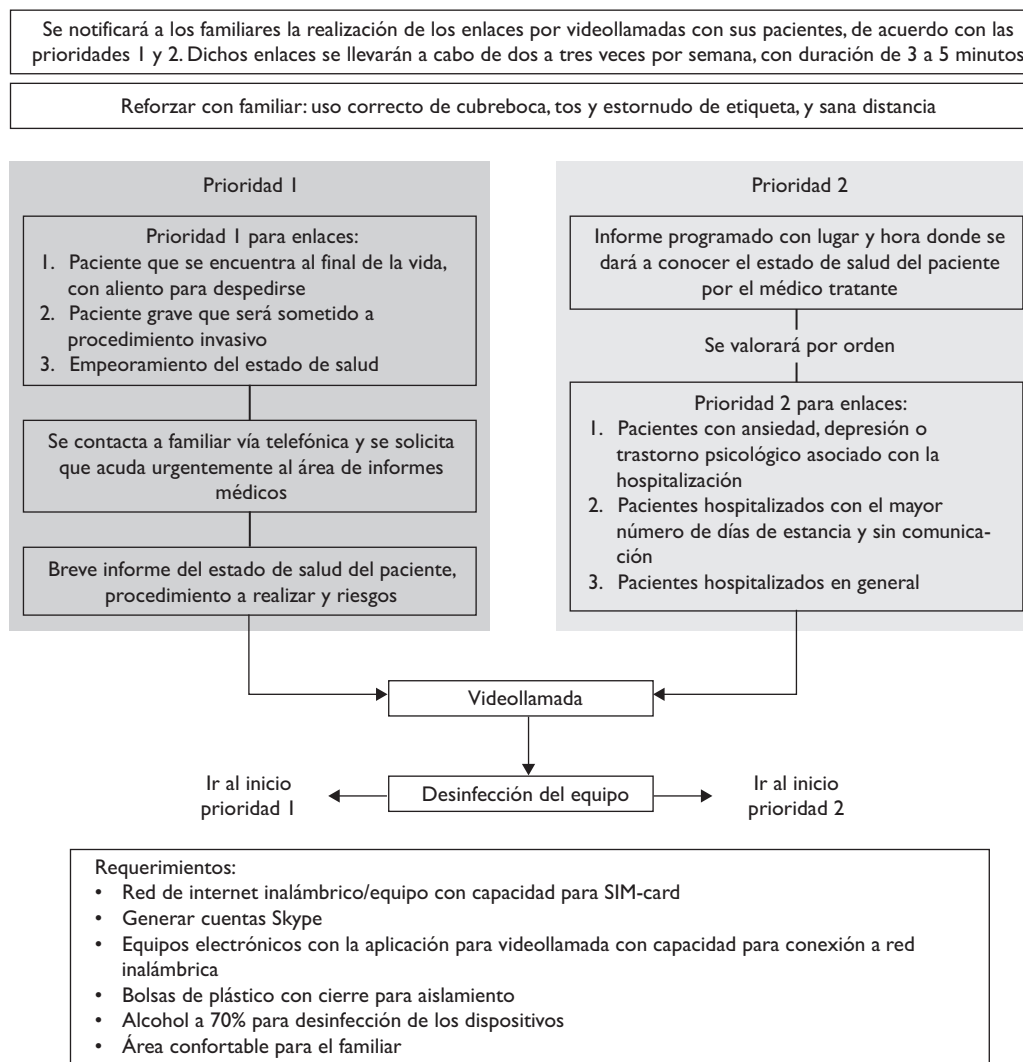


FIGURA 1. FLUJOGRAMA PARA ENLACES A TRAVÉS DE VIDEOLLAMADA ENTRE FAMILIAR Y PACIENTE CON COVID-19, APLICADO DESDE ABRIL DE 2020 EN EL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

Los resultados observados de estas medidas consisten en una mayor empatía con el paciente y disminución del estrés y sintomatología de trastornos psicológicos que la hospitalización genera,⁵ así como el fortalecimiento en la relación médico-paciente-familiar para aminorar el estigma que existe hacia la enfermedad de parte de quien la padece y del mismo personal de atención.

Por lo tanto, se presenta una propuesta para la realización de estos enlaces a través de videollamadas entre los pacientes y familiares, con los ajustes y adecuaciones que pueden requerirse según las necesidades del momento (figura 1).

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Samuel Sevilla-Fuentes, M Intern,⁽¹⁾
samuelsevilla2000@hotmail.com

María Luisa Hernández-Medel,
M Intern, Infect, M en C.⁽²⁾

(1) Residente de sexto año de infectología del Hospital General de México.
Dr. Eduardo Liceaga. Ciudad de México, México.
(2) Jefatura del Servicio de Infectología del Hospital General de México.
Dr. Eduardo Liceaga. Ciudad de México, México.

<https://doi.org/10.21149/11540>

Referencias

1. Wakam GK, Montgomery JR, Biesterveld BE, Brown CS. Not dying alone — modern compassionate care in the COVID-19 pandemic. *N Engl J Med.* 2020;382(24):e881-2. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2007781>
2. Leite H, Hodgkinson I, Gruber T. New development: 'Healing at a distance'—telemedicine and COVID-19. *Public Money & Management.* 2020;40(6):483-5. <https://doi.org/10.1080/09540962.2020.1748855>
3. Barnett M, Ray K, Souza J. Trends in telemedicine use in a large commercially insured population, 2005-2017. *JAMA.* 2018;320(20):2147-214. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12354>
4. Hollander J, Carr B. Virtually perfect? Telemedicine for COVID-19. *N Engl J Med.* 2020;382(18):1679-81. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2003539>

5. Priana M, Cosco T, Dening T, Beekman A, Brayne C, Huisman M. The association between depressive symptoms in the community, non-psychiatric hospital admission and hospital outcomes: A systematic review. *J Psychosom Res.* 2015;78(1):25-33. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.002>

Empathetic remote death notification in the context of Covid-19

Dear editor: At the time of writing, June 08, 2020, it is estimated that around 400 000 people have died of Covid-19, and it is predicted that the number of deaths will continue to rise.¹ During clinical training, healthcare professionals receive little guidance on how to transmit death notifications; this has been correlated with negative psychological effects for the family members receiving the information and even for the healthcare professionals transmitting it. Despite its heterogeneity, training for healthcare workers on how to communicate bad news has allowed them to significantly improve their skills, confidence, and empathy when put into practice.² Nevertheless, there is no specific protocol for death notifications in the Covid-19 context. However, recommendations based on protocols used prior to the pandemic can be offered. Therefore, the purpose of this paper is to provide a brief and clinically practical adaptation that helps healthcare professionals to communicate death notifications within this context.

Recent reports on Covid-19 point out that remote communications can be great resources in facilitating contact in this context.³ Below we describe nine steps adapted from the GRIEV_ING protocol⁴ widely used in Emergency Medicine to communicate death notifications, which could help healthcare professionals transmit death notifications

remotely (by video call or telephone). Table I⁴ shows the steps with relevant examples: 1) before making contact, gather information about the case, find a private space, and carry out any physical and emotional self-care actions; 2) make sure you introduce yourself; 3) ask the family member what information he/she already has about the health of their relative; 4) continue the timeline of events that led to the patient's death starting from where the family member ended their story; 5) use preparatory phrases and then clearly express that the person has died; 6) give the family member a moment to give his/her emotional response. If needed, use empathetic phrases and psychological first aid;³ 7) inform the family member of the post-mortem process, and explain the importance of checking him/herself for any possible Covid-19 symptoms; 8) answer any questions and offer to refer them to support within their local healthcare system; 9) after ending the call, clean your workspace and assess your emotional wellbeing.

By following the recommendations in these nine steps, it is likely that healthcare professionals will transmit death notification more clearly, respectfully, and empathetically in a context that so urgently needs it.

Declaration of conflict of interests. The authors declare that they have no conflict of interests.

Edgar Landa-Ramírez, Dr,^(1,2)
edgar_landa_ramirez@yahoo.com.mx
Nadia Alejandra Domínguez-Vieyra, Mtra,^(1,2)
Myriam Eunice Hernández-Núñez, Lic,^(1,2)
Lesly Pamela Díaz-Vásquez, Lic.^(1,3)

(1) Programa de Psicología Urgencias, Hospital General Dr. Manuel Gea González. Mexico City, Mexico.
(2) Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Mexico City, Mexico.
(3) Facultad de Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Peru.

<https://doi.org/10.21149/11435>