



Artículo de revisión

<https://dx.doi.org/10.35366/94943>

doi: 10.35366/94943

Revista Mexicana de
Anestesiología

Octubre-Diciembre 2020

Vol. 43. No. 4. pp 296-304



Atención paliativa en el tsunami de sufrimiento por SARS-CoV-2

Palliative care in the tsunami of suffering from SARS-CoV-2

Dr. Uría Guevara-López*

Palabras clave: Cuidados paliativos, tsunami de sufrimiento, COVID-19.

Keywords: *Palliative care, tsunami of suffering, COVID-19.*

RESUMEN. Los equipos de salud, intensivistas e internistas han trabajado codo a codo en la actual pandemia. En este entorno, los paliativistas pueden contribuir sustancialmente en esta crisis, tratando con su enfoque transdisciplinario e integral la carga de síntomas de los enfermos con COVID-19 y establecer comunicación clara y abierta con pacientes y familias al brindar, inclusive, apoyo espiritual. Pese a que la atención de estos enfermos se centró en la ventilación mecánica, por un lado, un número creciente de personas no recibirá este apoyo, debido a las condiciones de salud subyacentes y a que estos pacientes requerirán un manejo conservador. Por otro lado, al ocupar la emergencia toda la atención y recursos, pasó a un segundo plano el cuidado de grupos vulnerables, marginados y de numerosos pacientes con enfermedades crónicas, progresivas, complejas, oncológicas o multimórbidas, las cuales ameritan atención paliativa. Durante la atención de pacientes con COVID-19, el personal de salud puede experimentar complejos dilemas éticos por la escasez de recursos, el rápido deterioro de los enfermos, la toma de decisiones urgentes y la falta de tratamientos eficaces. Ante esta posibilidad, los paliativistas pueden adaptarse, ponerse a la vanguardia y contribuir a la mejor toma de decisiones para brindar una atención multidimensional (biológica, psicoafectiva, socioeconómica y espiritual), tanto a pacientes como a familias, para atemperar este tsunami de sufrimiento.

* Instituto de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos (IMEDOCP A.C.). Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca. Oaxaca, México.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Uría Guevara-López

Río Consulado Núm. 522,

Col. La Cascada, 68040,

Oaxaca de Juárez, Oaxaca.

E-mail: uriaguevara271@gmail.com

Recibido para publicación:

02-06-2020

Aceptado para publicación:

16-07-2020

ABSTRACT. *Health teams, intensivists and internists have worked side by side in the current pandemic, in this environment the palliative care providers can contribute substantially to this crisis, treating with their transdisciplinary and comprehensive approach the burden of symptoms of the patients with COVID-19, establishing clear and open communication with patients, families, including spiritual support. Although the care of these patients focused on mechanical ventilation, an increasing number of people will not receive this support due to the underlying health conditions and will require conservative management. On the other hand, with all the attention and resources occupying the emergency, the care of vulnerable, marginalized groups, and numerous patients with chronic, progressive, complex, oncological, or multimorbid diseases that warrant palliative care, came to the background. During the care of COVID-19 patients, health personnel may experience complex ethical dilemmas due to the scarcity of resources, the rapid deterioration of the patients, urgent decision-making and the lack of effective treatments. Palliative patients can adapt to this possibility, put yourself at the forefront and contribute to better decision-making, to provide multidimensional care (biological, psychoactive, socioeconomic, spiritual) to patients, families and to temper this tsunami of suffering.*

INTRODUCCIÓN

Dar atención eficaz y eficiente a pacientes no curables en situaciones de crisis dadas por fenómenos naturales, sociales o económicos se vuelve difícil, sobre todo no sólo para la población en general sino, más aún, en particular, para los grupos vulnerables y marginados. En el caso de las pandemias, como la que en estos momentos estamos viviendo —la de COVID-19—, por obvias razones, se han centrado toda la atención y recursos destinados en mantener la salud en condiciones de emergencia epidemiológica, dejando en un segundo plano a numerosos pacientes con enfermedades crónicas, progresivas, complejas o multimórbidas, quienes ameritan atención paliativa⁽¹⁾.

La actual emergencia de salud pública ha producido una gran devastación y colapso de los servicios de salud de diversos países; estos servicios se han visto incapaces de atender a los pacientes afectados por el virus, además de que han dejado de lado a numerosos pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas o neoplásicas que son consideradas incurables, sin poder evitarles sufrimiento innecesario. Este «tsunami de sufrimiento» ha afectado por igual a países ricos y pobres, causando pérdidas tanto en personas, familias, comunidades e incluso economías, además de dejar numerosos fallecimientos⁽¹⁻³⁾.

En este ámbito, se ha considerado que enfermos, cuidadores, proveedores de atención médica y sistemas de salud pudieran beneficiarse de la experiencia y conocimientos acumulados en los servicios especializados de cuidados paliativos



(SECP), dado su carácter transdisciplinario, capacidad para combinar la medicina basada en evidencias, valores y su experiencia en el cuidado de los pacientes considerados frágiles, multimórbidos, crónicos o gravemente enfermos, con disnea y dolor, aspectos comunes tanto en pacientes con COVID-19 como en aquéllos que no están infectados.

Debido a que muchos pacientes que llegan a las unidades de cuidados intensivos no sobrevivirán, y en ausencia de paliativistas, se requiere que anestesiólogos, intensivistas y otros especialistas que laboran en estas áreas adquieran las habilidades y conocimientos necesarios para otorgar estos cuidados, que brinden apoyo emocional y comuniquen decisiones médicas difíciles de manera clara y cálida a familiares en un clima complicado de aislamiento estricto, el cual impide que los pacientes mueran acompañados de sus seres queridos⁽⁴⁾.

Otra compleja situación se presenta durante la atención domiciliaria de casos comprobados con síntomas leves o posterior al alta hospitalaria de pacientes convalecientes con COVID-19, en donde el empleo de protección personal (EPP) y las condiciones de aislamiento necesarios son escasas o inexistentes. Por una parte, esta situación obliga a garantizar que los equipos de cuidados paliativos que atienden a pacientes de poblaciones urbanas, suburbanas y rurales cuenten con los suministros adecuados. Por otra parte, la población con mayores factores de riesgo para enfermar de COVID-19 es la que ya recibía atención paliativa, lo cual permite a estos especialistas enfrentar los desafíos, minimizar el sufrimiento y apoyar a los equipos de atención médica que cuentan con menor experiencia en estas situaciones⁽⁵⁾.

COMUNICACIÓN DISTANTE

La actual definición de cuidados paliativos establecida como: «la atención multidimensional integral, integrada, sistémica de personas que padecen enfermedades crónicas, avanzadas, progresivas, complejas y no curables, con multimorbilidades o que se encuentran al final de la vida» lleva implícita una estrecha, personal y cálida comunicación entre el médico, paciente, familia, cuidadores y acompañantes. Sin embargo, las medidas actuales de distanciamiento social, empleadas para mitigar la pandemia han propiciado que esta atención resulte impersonal y distante, lo que dificulta el conveniente acompañamiento durante la enfermedad, e inclusive al final de la vida; estas medidas han establecido normas de comunicación mediante plataformas digitales, telefonía móvil, SMS, redes sociales, teleconferencias, foros, blogs o correo electrónico⁽⁵⁾.

Los pronósticos y proyecciones matemáticas señalan que la pandemia estará presente por un largo tiempo, lo cual demanda una nueva metodología para una comunicación eficaz entre el equipo de atención paliativa, los pacientes y sus familias. Por esta razón, son necesarias estrategias que convengan una cuidadosa protección de los participantes

durante el seguimiento clínico, brinden apoyo y orienten a las familias de pacientes con COVID-19 y/o no COVID-19, así como alternativas para tratar síntomas emergentes, prescribir a distancia a pacientes conocidos o a enfermos con nuevos diagnósticos, que no impliquen la presencia y la supervisión del equipo de atención paliativa⁽⁶⁾.

El actual distanciamiento complica el control analgésico, el cual es prescrito a distancia con opiáceos potentes o fármacos controlados mediante terceras personas o a familiares; esto precisa una esmerada comunicación, orientación y capacitación para su empleo responsable y cuidadoso. Por ello, en momentos en los que la protección de la integridad física del equipo de salud es prioritaria, una adecuada comunicación es imprescindible. En el caso de pacientes de comunidades rurales, la participación de las enfermeras comunitarias es determinante, por lo que la capacitación en técnicas esenciales, como la colocación de dispositivos subcutáneos para la administración de fármacos, es fundamental. En los casos que sea imprescindible la presencia médica para iniciar sedación paliativa, será necesario disponer del EPP necesario y establecer un puente de comunicación con el cuidador o familiar encargado para el seguimiento domiciliario^(6,7).

CONTROL DE SÍNTOMAS

Dolor

En general, una estrategia analgésica eficaz requiere evaluar: características del dolor, causas, la delimitación de objetivos terapéuticos, las pautas fijas preventivas, la combinación de fármacos, el empleo de opiáceos potentes, los adyuvantes, las medidas generales, el soporte emocional, los rescates durante las crisis y la reevaluación periódica.

Por ser el dolor una condición generadora de gran sufrimiento, se requiere que en la planeación de los sitios COVID y no COVID se contemple la disponibilidad de opiáceos potentes y fármacos necesarios para tratar los síntomas concurrentes que garanticen el control eficaz. En estos casos, la elección del analgésico dependerá de la intensidad del dolor; considerándose para ello fármacos de elección, como la morfina y fentanilo en infusión continua intravenosa. En ausencia de una vía intravenosa, podrá emplearse la analgesia transdérmica (parches de buprenorfina o fentanilo) o la administración de opiáceos disponibles por dispositivo subcutáneo o vía subcutánea (SC) (Figura 1).

Es aconsejable iniciar el tratamiento con dosis analgésicas efectivas (5 mg de morfina vía intravenosa) en bolo inicial lento, directo, y continuar después con el cálculo de la infusión vía intravenosa (IV) continua, fija y regular, incrementándose progresivamente de acuerdo con la respuesta analgésica, la tolerancia a éstos y los posibles efectos adversos (cada 24 horas). Cabe destacar que el empleo adecuado

de estos analgésicos no causa adicción o precipita la muerte, y no están contraindicados en pacientes con insuficiencia respiratoria.

En caso de signos de toxicidad pronunciada secundaria a opioides (delirio, mioclonías, náuseas o vómitos persistentes), pueden reducirse las dosis, asegurar la hidratación y valorar la rotación de opioides. Para la prevención de las crisis de dolor, se deben identificar las posibles causas desencadenantes y elaborar un programa de rescates con morfina parenteral o subcutánea o los preparados de fentanilo de absorción a través de la mucosa oral o intranasal^(4,5).

Delirium terminal y refractario

El *delirium*, o síndrome confusional por fallo cerebral agudo, es un problema frecuente en caso de alteración orgánica severa. Éste ha sido descrito como uno de los síntomas neurológicos presentes en los pacientes que sufren infección por SARS-CoV-2, especialmente en los cuadros severos. Ante la posibilidad de ser infradiagnosticado, se recomienda su evaluación sistemática, empleando una herramienta simple, como lo es el *Confusion Assessment Method* (CAM) o la empleada por el equipo paliativo tratante.

Para el diagnóstico de *delirium* que utiliza el CAM, se requiere que sean afirmativas las preguntas 1 y 2 más la 3 y/o 4 de las siguientes condiciones:

1. Inicio agudo y curso fluctuante.
2. Inatención.

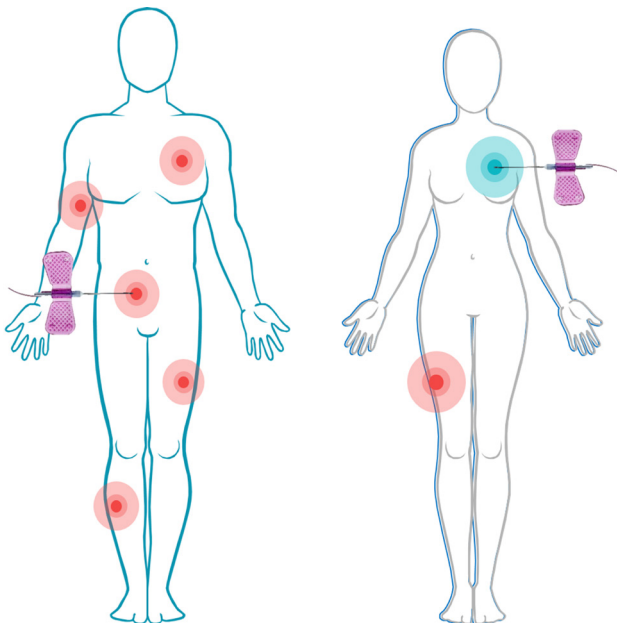


Figura 1: Sitios para la colocación del dispositivo subcutáneo.

Tabla 1: Medidas para el tratamiento sintomático del delirium.

No farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Reorientar al paciente • Explicar a la familia cómo reorientar al paciente y explicarles que las alteraciones de la conducta que puede sufrir su ser querido son secundarias a la enfermedad
Oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendamos mantenerla hasta el final, incluso en situación de últimos días, resto de medidas de tratamiento de la insuficiencia respiratoria emplearlas siempre que estén indicadas
Farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Si síntomas positivos: alucinaciones y/o alteración de la conducta (delirios) <ul style="list-style-type: none"> - Haloperidol 1-2 mg (IV o SC) cada 8 horas y hasta cada 2 h (dosis tope de 20 mg) - Olanzapina SC 2.5 mg cada 24 horas antes de acostarse y hasta cada 8 h (dosis tope de 20 mg) • Si predomina insomnio por intranquilidad o agitación nocturna <ul style="list-style-type: none"> - Quetiapina 25 mg VO antes de acostarse, pudiendo dar dos dosis más de 25 mg a lo largo de la noche (dosis tope de 600 mg) - Levomepromazina 6 mg (VO, SC o IV) antes de acostarse, pudiendo repetirse hasta dos veces la dosis durante la noche (dosis tope de 300 mg) • <i>Delirium</i> refractario o terminal: objetivo controlar agitación • Seguir protocolo de sedación paliativa; en casos de <i>delirium</i>, la primera opción es la levomepromazina. En caso de no ser efectivo, midazolam e incluso anestésicos (propofol)

Modificado de: Guías rápidas de apoyo y control sintomático en pacientes avanzados con COVID-19. Versión 2.0. España: Clínica Universidad de Navarra; 22 marzo 2020.

3. Desorganización del pensamiento.
4. Alteración del nivel de conciencia (*Tabla 1*).

En caso de diagnosticarse, hay que corregir la causa o causas que lo desencadenan y tratar la sintomatología asociada si provoca malestar en el paciente^(4,5).

Los desencadenantes más frecuentes en pacientes con COVID-19 son la hipoxemia, el estado inflamatorio agudo, fiebre y las alteraciones hepáticas. Las medidas sugeridas son aplicación de la escala CAM, la administración oxigenoterapia, medidas no farmacológicas y/o neurolépticas y sedación paliativa para control de la agitación terminal (*Tabla 1*).

LOS ÚLTIMOS DÍAS

Diversos grupos han emitido recomendaciones y lineamientos que se basan en su experiencia para la atención paliativa de pacientes con COVID-19 durante la crisis sanitaria, partiendo del constructo de que las medidas se aplicarán una vez que el

equipo asistencial haya determinado la situación clínica de **no recuperabilidad**. Estos grupos han llegado a la conclusión mediante un proceso de deliberación ética, que establece que no se pueden o deben aplicar otras medidas terapéuticas, o se intuye el probable fallecimiento en las siguientes horas o días^(4,5).

Objetivos de la atención

- Aliviar el sufrimiento de la persona que va a fallecer y de los que lo rodean, incluida la familia y el equipo de salud.
- Facilitar la despedida y el duelo complicado.
- Ofrecer la mejor atención paliativa posible durante el aislamiento obligado por el grave riesgo de contagio o por la diseminación de la infección.

Secuencia para la toma de decisiones

- Establecimiento de la situación como «no recuperable».
- Dependiendo del caso, el médico responsable informará al paciente o familia la situación de irreversibilidad y la escasa o nula respuesta, enfatizando el compromiso de acompañamiento, control del dolor y confort. En caso de estar consciente, se explorará la voluntad del paciente.
- Reevaluar la condición física del enfermo; mantener medicación para su control sintomático y rescate, y considerar la retirada de antibióticos y fármacos fútiles.
- Informar al cuidador responsable o a la familia de la situación crítica del paciente y de la conveniencia de que la familia asista a despedirse del paciente bajo el siguiente protocolo (*Tabla 2*).

Sedación paliativa

Se refiere a la maniobra terapéutica de disminución proporcional del nivel de conciencia, que sirve para aliviar síntomas refractarios al manejo habitual. Se utilizará en pacientes no recuperables que no son candidatos a cuidados intensivos, que evolucionan desfavorablemente y/o tienen mal pronóstico a corto plazo, e inclusive están con atención paliativa domiciliaria.

Los motivos más frecuentes para indicar sedación paliativa en pacientes con COVID-19 son la disnea o tos refractaria en pacientes no candidatos a medidas invasivas, aquéllos con agitación terminal (*delirium*) o hemorragia masiva. La ansiedad puede complicar el cuadro de dificultad respiratoria extrema y hacer que se adelante el momento de la sedación, por lo que se considera ésta como una situación refractaria e intolerable⁽⁴⁾.

El estado refractario se establece por médicos expertos tras haber aplicado los tratamientos habituales en un plazo de tiempo razonable. Para los síntomas de COVID-19, dichos plazos pueden establecerse en unas pocas horas. Los fárma-

cos de elección para la sedación paliativa se establecen en el siguiente orden: benzodiazepinas (midazolam), neurolépticos sedantes (levomepromazina SC o clorpromazina IV), anticonvulsivantes (fenobarbital IM o SC) y anestésicos (propofol IV). Tomando en cuenta el contexto de insuficiencia respiratoria para utilizar morfina en adyuvancia con un fármaco sedante (midazolam) y un anticolinérgico (buscapina), para que prevengan secreciones, las cuales provocan los preocupantes estertores agónicos⁽⁵⁾.

Procedimiento

Inducción. Ésta se realizará con 5 mg de morfina y 5 mg de midazolam vía subcutánea (SC) o intravenosa, diluidos y lentamente.

- Posteriormente se deberá continuar con medicación en infusión continua para 24 horas: es necesario preparar en bomba de infusión por vía intravenosa o para vía subcutánea, diluyendo las cantidades de fármacos mencionados en 100 mL de volumen total con suero fisiológico. Se iniciará la perfusión continua a 4 mL/h (2 mg/h de midazolam). Si se precisa, por sedación insuficiente, se podrá subir el ritmo de infusión +1 o +2 mL/h cada hora o utilizar rescates. De no contarse con bombas de infusión electrónicas, se emplearán infusores desechables para administrar 2 mL/h, en un volumen total de 56 mL; se deberá colocar por vía subcutánea

Tabla 2: Protocolo de despedida de pacientes COVID-19 hospitalizados.

- Explicar que se ha producido un cambio en el estado del paciente que hace prever que pueda fallecer en poco tiempo
- Si el paciente tiene bajo nivel de conciencia y no puede comunicarse, se advertirá para prepararse para el encuentro
- En estas circunstancias, les ofrecemos la posibilidad de ver brevemente a su paciente (probablemente por última vez) y se recalcará la importancia de la despedida
- En caso de aceptar la visita en estas condiciones, las condiciones serán:
 - No tocar al paciente
 - El tiempo de permanencia será muy corto (5-10 minutos) para limitar el riesgo de exposición
 - Acudirá una persona a la vez; esta persona no debe ser un contacto de riesgo, ni estar infectado por COVID-19
- Si no es posible que acuda ningún familiar, se trasmitirá al enfermo que la familia sabe y que no están presentes por impedimento sanitario pero que están pendientes de su evolución
- Los integrantes del equipo de atención paliativa ofrece al paciente el acompañamiento espiritual posible o la visita del ministro de culto específico, si las condiciones sanitarias lo permiten (observando rigurosamente el protocolo de protección personal)
- En caso de síntomas refractarios (*delirium*, disnea, agitación, tos incoercible, ahogo, angustia vital, convulsiones) es recomendable la sedación paliativa

Modificado de: Guevara-López U. Lineamiento general para la atención paliativa de pacientes COVID-19 y no COVID durante la pandemia 2020. IMEDOCP A.C.

(Figura 1) o intravenosa la perfusión de ese volumen a razón de 2 mL/h durante 28 horas.

Se estima que una dosis básica de midazolam para sedación moderada-profunda es de 2 mg/h en la mayoría de pacientes. Para facilitar la preparación del infusor, se recomienda redondear los volúmenes. El infusor propuesto administra poco menos de midazolam (1.8 mg por hora); sin embargo, la morfina y la buscapina en combinación potencian el efecto sedante.

- En caso de emplear la presentación de midazolam 50 mg/10 mL, hay que añadir a la mezcla de medicación propuesta 35 mL de suero fisiológico para completar un volumen total de 50 mL. El volumen será para 25 horas.
- En caso de no contar con midazolam, la alternativa es levomepromazina (ampolletas de 25 mg en 1 mL). La dosis diaria para sedación con levomepromazina es de 100 mg (cuatro ampolletas, 4 mL o equivalente). En este caso, a la medicación habría que añadir 40 mL de suero fisiológico para completar un volumen total de 50 mL. La perfusión de ese volumen dura 25 horas. Cada equipo de atención paliativa podrá ajustar sus infusiones dependiendo de los fármacos y equipo disponible. La medicación indicada se diluye con la solución salina necesaria.
- Si no se ha alcanzado el nivel de sedación deseado al cabo de ocho horas, se debería **añadir un segundo infusor** desechable de 2 mL/h con 50 mg de midazolam en 50 mL de volumen total para pasar en 24 horas. Enfatizamos que en cualquier momento se pueden administrar una dosis de rescate subcutáneas o intravenosa lenta de 5 mg de midazolam o se puede administrar de morfina 3 mg SC o IV hasta cada hora si predomina el componente respiratorio, o de 12 mg de levomepromazina IV lento si existe agitación^(4,5).

Atención durante el fallecimiento

Durante la emergencia sanitaria, se ha regulado la disposición de los cuerpos de las personas fallecidas, lo cual pudiera repercutir negativamente en la familia, lo que aumenta el sufrimiento de la separación inesperada y rápida, sobre todo en los casos en los que no exista un documento de voluntad anticipada. Por esta razón se sugiere: facilitar la despedida, evitando sufrimiento innecesario, y prevenir el duelo complicado, siempre cumpliendo con el reglamento y disposiciones oficiales, procurando tratar el cuerpo del fallecido con la dignidad que merece⁽⁵⁾.

Procedimiento

- a) El médico contactará con los familiares; les informará preferentemente en su lengua natal o mediante un traductor el fallecimiento del paciente.

- b) En la llamada debe explicarse la evolución del paciente en las últimas horas, si el paciente estuvo confortable en los últimos momentos o si expresó algún deseo.
- c) Se les informará a la familia que podrá elegir, si así lo desea, a una persona para que acuda a realizar la despedida.
- d) Trabajo social pide a la familia que contacten con la funeraria que ellos elijan.
- e) El profesional de enfermería y/o trabajo social contactará con el profesional de salud mental (psicólogo o psiquiatra) y al ministro del culto indicado por la familia.
- f) El profesional de salud mental ofrecerá apoyo a la familia.
- g) El ministro del culto efectuará su ritual en el momento que el féretro abandoné el hospital, observando los lineamientos de distanciamiento social para evitar la propagación de agentes infectocontagiosos.
- h) El equipo de enfermería preparará el cuerpo con las medidas y EPP acordes con los protocolos establecidos.
- i) El profesional de salud mental ofrecerá continuar con la ayuda psicoafectiva a la familia, así también el cómo favorecer la despedida, incluyendo a los niños y personas mayores, sin contacto físico y observando la sana distancia.
- j) El profesional de enfermería y/o trabajo social facilita el encuentro de despedida del fallecido en la misma habitación del paciente, procurando se efectúe lo antes posible (en una o dos horas) para no complicar la presión asistencial.
- k) Es importante explicar al familiar las medidas de protección, las cuales incluirán: guantes, bata desechable y mascarilla quirúrgica, careta lentes y/o *goggles*.

Cabe mencionar que no se debe establecer contacto físico con el cadáver ni con las superficies u otros enseres de su entorno o cualquier otro material que pudiera estar contaminado y mantener una distancia de separación de dos metros por lo menos^(4,5).

Encuentro para la despedida:

- Se ofrecerá la opción de ver el rostro de la persona fallecida si así lo desean. Para facilitararlo, no se cerrará y se sellará la bolsa que contiene al cadáver hasta que el paciente haya sido identificado por el familiar designado (Tabla 2).
- Se intentará que el familiar tenga un momento de intimidad con el fallecido en la distancia.
- Se debe notificar formalmente la presencia del paliativista y el acompañamiento de la familia para la despedida.
- Trabajo social brindará las facilidades para la firma del certificado de defunción (disponibilidad de formatos).
- La bolsa sanitaria donde está contenido el cuerpo puede introducirse en un féretro sin precauciones adicionales.

El destino final del cadáver puede ser el entierro o incineración en las condiciones habituales (según la reglamentación durante la pandemia). Las cenizas pueden entregarse a la familia sin que supongan ningún riesgo⁽⁴⁾.

Malas noticias

Durante la pandemia, con cierta frecuencia, el equipo de atención paliativa tendrá que comunicar noticias, las cuales pueden cambiar de manera significativa y adversa la idea que el interlocutor ha hecho de su futuro. Éstas pueden ser: informar el resultado positivo de la prueba COVID, la necesidad de pasar a la UCI o de ser intubado, el retiro de medidas de soporte, informar un fallecimiento, etc. En el caso de pacientes de pueblos originarios, estas noticias se informarán preferentemente en su lengua natal o mediante un traductor, ya que la manera en la que las comuniquemos será clave para que el paciente o la familia se considere acompañado y seguro por el equipo de salud.

A raíz de la pandemia por COVID-19, las condiciones adversas por la presión creciente de casos positivos, la falta de tiempo por la gran carga asistencial, la carencia de espacios adecuados por el temor de infectarse o de llevar el contagio a familiares o compañeros y la escasa disponibilidad de EPP dificultan dar bien las malas noticias. Pese a estas circunstancias, se cuidará la comunicación no verbal al momento de confortar a quien recibe la información.

Etapas de la comunicación:

1. Preparación del entorno (EPP), un ambiente de interés y respeto. Transmitir sensación de calma e identificar mediante las siguientes preguntas: ¿qué sabe el paciente o la familia? ¿Qué te preocupa? ¿Qué y cuánto quiere saber?
2. Información. Detectado lo que sabe y lo que quiere saber, se procederá a dar la información. Para ello, se usará lenguaje sencillo y conciso, evitando en lo posible el uso de terminología médica.
3. Comunicación (bidireccionalidad). Mediante esta técnica, el profesional podrá darse cuenta de lo realmente comprendido y la gravedad de la situación.
4. Apoyo al paciente/familia. Ante un corto pronóstico de vida o un diagnóstico fatal, las reacciones pueden ser diversas. En esta etapa, el papel fundamental del personal de salud será «facilitar la resolución de los sentimientos y ayudar a los miembros de la familia a comprender y aceptar». Será determinante facilitar la resolución de los sentimientos de pacientes y familia.
5. Autoanálisis del profesional. El comunicador analizará los sentimientos y actitudes que ha experimentado durante el encuentro^(4, 6-8).

AUTOCUIDADOS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Los equipos de salud que atienden pacientes y familiares con COVID-19 podrán afrontar situaciones con alta carga emocional, dado los diversos escenarios en los que presta sus servicios profesionales, tanto en centros hospitalarios con recursos suficientes como en hospitales reconvertidos, improvisados o en el hogar^(8,9).

En los países con bajos ingresos como México, los pacientes graves con COVID-19 sin acceso a hospitales o a unidades de cuidados intensivos pueden experimentar sufrimiento innecesario o morir en el hogar, atendidos por miembros de la familia sin equipo de protección o personal adecuado; por tal razón, se requiere información, equipo y capacitar al personal no médico para que brinde estos cuidados y/o para atender a los numerosos pacientes con otras afecciones que limitan la vida (enfermos no COVID), que por la reconversión hospitalaria fueron desplazados de sus entornos de atención médica, comprometiendo el acceso a medicamentos para controlar sus síntomas^(2,3).

Responder con profesionalismo a situaciones de crisis puede ser gratificante pero también de gran sufrimiento para pacientes, familia y equipo de salud a causa de una atmósfera de trabajo con gran estrés, jornadas extenuantes, incertidumbre y sufrimiento por riesgo personal de ser infectados ellos y sus familias. En diversos momentos, pueden presentarse dilemas éticos, en la toma de decisiones, en el diagnóstico, pronóstico, y en el destino de los enfermos; aunado a los largos tiempos de separación familiar, éstos pueden resultar desgastantes y devastadores. Ante tal panorama, prevenir y manejar el estrés es fundamental para mantenerse bien y continuar ayudando⁽³⁾.

Signos de compromiso emocional

Para establecer mecanismos adecuados de soporte, el primer paso es reconocer los posibles riesgos a los que nos enfrentamos como profesionales y saber identificar qué signos se están experimentando que puedan producir estrés, como, por ejemplo, la presencia de sensaciones físicas corporales: palpitaciones, tensión y dolores musculares, dolores de cabeza, cansancio, problemas gastrointestinales, incapacidad para relajarse, dificultades de sueño o pesadillas.

Además manifestaciones cognitivas como confusión, dificultades para concentrarse, resolver problemas o tomar decisiones; dificultades para recordar instrucciones o para ver las situaciones con claridad; pensamientos intrusivos o rumiaciones; manifestaciones emocionales: estado de *shock*, miedo o temor, enfado, frustración, irritabilidad, tristeza intensa, culpa, desesperanza, bloqueo emocional, dificultad para expresar emociones, dificultad para mantenerse equilibrado o dificultades de relación con otras personas, y finalmente,

mayor irritabilidad, conflictos, menor capacidad de apoyar a otros y aislamiento, entre otros, pueden tratarse de reacciones «normales» ante la situación que se está viviendo.

Prevención del estrés durante la pandemia

Lo ideal es prepararse antes de enfrentarse a la situación de más presión o estrés. En estos días, muchos profesionales van a tener que laborar en equipos o servicios desconocidos y en situaciones para las que no están formados. Por tal razón, resulta conveniente prepararse en cuatro niveles: a) formación específica de atención a pacientes con coronavirus, b) preparar un plan en casa o para cuando sales del hospital, c) manejo del estrés durante la atención del paciente y d) autocuidado postintervención^(9,10).

A su vez, trabajar durante la pandemia con escasos recursos puede generar gran estrés y agotamiento. Ante tal situación, es recomendable efectuar pausas y evitar la hiperresponsabilidad, lo cual permite replantear estrategias y descansar mientras otras personas ayudan. Responder a situaciones extremas puede ser gratificante, pero recordemos que el bienestar psicológico y espiritual es tan importante como el físico. Aceptar con humildad los límites profesionales y de conocimiento es fundamental, fomentar la participación en grupos terapéuticos de compañeros para intercambiar emociones, acudir a dinámicas grupales, practicar yoga, taichí o meditación en silencio pueden traer grandes beneficios, y en caso de sentirse rebasado, solicitar oportunamente ayuda profesional.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Pese a que el porcentaje de enfermos con COVID-19 que pudieran requerir ventilación mecánica es de alrededor de 5%, existe la posibilidad de que la demanda supere la disponibilidad y se tenga que elegir entre pacientes con similares características médicas e igual pronóstico. Esta posibilidad plantea un dilema ético; en estos casos, la decisión final se tomará con base en el discernimiento ético, los protocolos existentes, valores, principios y en la ética del personal de salud. Partiremos del hecho de que la justicia social determina que todas las personas nacen libres, iguales, dignas y con los mismos derechos y que la salud pública durante una emergencia sanitaria tiene un doble objetivo: a) tratar el mayor número de pacientes y b) salvar el mayor número de vidas posibles⁽¹⁰⁾.

Bioética en pacientes COVID-19 y no COVID

La situación actual de México obligó al Consejo de Salubridad General a decretar la emergencia sanitaria en el *Diario Oficial de la Federación* el pasado lunes 30 de marzo. Existe actualmente un creciente interés en desarrollar lineamientos éticos

para la atención de pacientes con COVID-19. Un objetivo importante dentro de este dominio es identificar los valores y las normas éticas que guían las decisiones del equipo de salud y el correcto empleo de los recursos tecnológicos disponibles para preservar la vida, así como para decidir, llegado el caso, frente a la muerte⁽¹¹⁾.

El personal sanitario puede encontrarse en situaciones adversas derivadas de la presión que genera la emergencia sanitaria y sus consecuencias, tales como la toma de decisiones rápidas, oportunas y eficaces que implican una gran carga profesional y psicológica. En el caso del retiro del ventilador con la consecuente muerte del paciente, no deberá ser considerado bajo la premisa ética del doble efecto, ya que la muerte no sobreviene como efecto secundario de una acción terapéutica, sino de una devastadora infección, un deceso no intencional o para beneficio de otro, por lo que es ético proceder basados en las recomendaciones técnicas-científicas (criterio de irreversibilidad y la confirmación de la futilidad médica)⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Durante la pandemia podría presentarse el caso de dos personas con la misma condición clínica y el mismo pronóstico de sobrevivencia. El desempate tendrá como base el principio de oportunidad (quien llegó primero y, en caso de que ambos hayan llegado simultáneamente, podrá desempatar mediante el azar, evitando la asignación del equipo por variables demográficas como: edad, religión, condición económica, sexo, etcétera)⁽¹³⁾.

La actual situación demanda la absoluta solidaridad humana para no negar a nadie la atención y el cuidado de ningún paciente. Actualmente esta situación la estamos enfrentando con el abandono de numerosos pacientes con enfermedades crónicas, complejas, progresivas no curables, con multimorbilidad o que se encuentran al final de la vida. De igual forma, la limitación de los recursos humanos, médicos y técnicos no justifica el abandono de la obligación ética y legal de darle atención al paciente y ofrecer atención paliativa, aplicando una ética de máximos (ética de la virtud) para disminuir el sufrimiento y respetar siempre la voluntad anticipada, el consentimiento informado y los derechos humanos del paciente.

EL DERECHO AL ÚLTIMO ADIÓS

Llegado el caso de que la letalidad de la infección viral genere el fallecimiento de la persona enferma, debe privilegiarse el principio de solidaridad, observando los protocolos de seguridad. Se debe procurar por todos los medios posibles que los pacientes aislados mantengan un contacto visual virtual y, en caso de un eventual fallecimiento, permitirles despedirse al menos por conexión remota.

En tales circunstancias, es necesario respetar creencias, valores y preferencias de los pacientes y familiares, gestionando la asistencia espiritual y psicoafectiva sin interferencia de las

Tabla 3: Necesidades para brindar mejor atención paliativa.

- Crear un marco legislativo que facilite el acceso a analgésicos como los opioides y capacite a los trabajadores de la salud para administrarlos
- Crear mecanismos que hagan que la atención paliativa sea más accesible para quienes la necesitan
- Integrar la capacitación en cuidados paliativos en la educación de todos los profesionales de la salud
- Aumentar el acceso a los cuidados paliativos basados en el hogar y la comunidad
- Brindar apoyo a las familias y los trabajadores voluntarios que pueden extender el acceso a la atención
- Aumentar la conciencia pública que la atención paliativa no es exclusiva para pacientes oncológicos o que se encuentran al final de la vida
- Fomentar conversaciones más abiertas sobre muerte y morir

Modificado de: Guevara-López U. Lineamiento general para la atención paliativa de pacientes COVID-19 y no COVID-19 durante la pandemia 2020. IMEDOCP. A.C.

creencias del equipo o sin la interferencia de la institución de salud. Los ministros de culto o familiares podrán asistirlos mediante plataformas virtuales, observando las reglas de sana distancia y aislamiento de los casos confirmados como positivos según los lineamientos aprobados por la autoridad sanitaria.

Para la disposición de los cuerpos de personas fallecidas por COVID-19, se recomienda gestionar que la familia cercana tenga acceso restringido para despedirse de la persona fallecida, evitando escrupulosamente el contacto físico con el cadáver y con las áreas del entorno que pudieran estar infectadas.

En sociedades como la nuestra en la que predomina la actitud de negación ante la muerte, se dificulta hablar del final de la vida y aceptar nuestra partida o la de nuestros seres amados como un hecho natural y que en ciertas circunstancias es un hecho deseable. Ante la compleja realidad en la que vivimos, se impone que las decisiones sean tomadas con base en evidencias científicas, principios y valores del paciente (si es posible) y tomando en cuenta a la familia y al equipo de salud. Aceptar lo inexorable y evidente puede facilitar la toma de decisiones al final de la vida, sobre todo cuando se dispone de recursos escasos.

Un determinante aspecto bioético es la protección integral y multidimensional del personal de salud (físico, psicoafectivo, socioeconómico y espiritual). Sin duda, las muestras de capacidad científica, generosidad, humildad profesional, vocación de servicio, las numerosas virtudes y valores han caracterizado el trabajo heroico de la mayoría de los integrantes del equipo de salud. Además del reconocimiento y estímulos, es urgente que la autoridad sanitaria propicie el apoyo necesario y conveniente a este personal, quien sin duda nos libraré de mayor sufrimiento en la actual crisis sanitaria; hacerlo también resulta un **imperativo ético**⁽¹³⁾.

Mejorar el momento de la muerte

Sabemos que el buen morir no puede improvisarse, que el riesgo cero no existe y que, por fortuna, se cuenta con medidas de protección efectivas para permitir la visita de familiares, ya que en las peores semanas de la crisis sanitaria no se ha garantizado la atención paliativa para que los pacientes con COVID-19 tengan un digno y buen morir acompañados de sus seres queridos, ya sea en su domicilio, hospital, casa de reposo u hospicio⁽¹⁵⁾.

Hasta ahora nadie tiene la certeza de cuáles serán las consecuencias de la pandemia, las características de la «nueva normalidad», cuál será el método ideal para el desconfinamiento y cuáles serán los sistemas que remplazarán a los anteriores. Ante tal incertidumbre, lo más honesto es enmarcar la nueva normalidad como oportunidades brindadas por los tiempos de distanciamiento social; también reconocamos en forma crítica qué no hicimos bien para preservar la vida y cómo podemos mejorar inclusive el momento de la muerte (*Tabla 3*).

Queda claro que el temor experimentado ante el posible desborde hospitalario condicionó una restricción generalizada al acompañamiento de los enfermos, al confinamiento de ancianos saludables o vulnerables, el abandono de personas con deterioro cognitivo o los que se encontraban en la fase final de su vida, por lo que una vez terminado este tsunami de sufrimiento resultará conveniente flexibilizar las medidas de aislamiento social, garantizar los cuidados paliativos para todos los que los requieran y permitir los ritos funerarios, garantizando por supuesto las «medidas de protección que han demostrado ser eficaces»⁽¹⁶⁻²⁰⁾.

CONCLUSIONES

Una vez demostrado que la transmisión de COVID-19 está controlada y que se dé el desconfinamiento y la nueva normalidad, se requieren estrategias que contemplen el acompañamiento paliativo y prevenga la posibilidad de brotes o nuevos contagios que obliguen a restablecer las medidas de las primeras etapas. Estas medidas deberán cumplir con el escalonamiento gradual, el cual debe estar basado en el semáforo regionalizado del país; además deben tomarse las medidas preventivas necesarias en los lugares en donde se brinde la atención paliativa.

Podemos afirmar que, si la pandemia colocó a gran parte de la humanidad en una larga cuarentena, que amenaza con prolongarse más allá de lo calculado y que generará situaciones catastróficas para la economía y la salud social global, también nos ha permitido reflexionar respecto de la vida, la muerte, sobre nuestra fragilidad como especie y la incompetencia profesional y humana. Además, nos brinda la oportunidad de renacer como una sociedad con mejores personas humanas capaces de vivir en paz, con amor y conciencia infinita.

REFERENCIAS

1. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese center for disease control and prevention. *JAMA*. 2020;323:1239-1242.
2. Aragón-Nogales R, Vargas-Almanza I, Miranda-Novales MG. COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. *Rev Mex Pediatr*. 2019;86:213-218. doi: 10.35366/91871.
3. OMS. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
4. Guías rápidas de apoyo y control sintomático en pacientes avanzados con COVID-19. Versión 2.0. Servicio de Medicina Paliativa. España: Clínica, Universidad de Navarra; 22 marzo 2020.
5. Guevara-López U. Lineamiento general para la atención paliativa de pacientes COVID-19 y no COVID durante la pandemia 2020. México: Instituto Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos A.C. (IMEDOCP); 2020. pp. 4-32.
6. Radbruch L, Knauth FM, de Lima L, de Joncheere C, Bhadelia A. The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. *Lancet*. 2020;395:1467-1469. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30964-8.
7. Koh MYH. Palliative care in the time of COVID-19: reflections from the frontline. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:e3-e4. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.023.
8. Ferguson L, Barham D. Palliative care pandemic pack: a specialist palliative care service response to planning the COVID-19 pandemic. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:e18-e20. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.026.
9. Fusi-Schmidhauser T, Preston NJ, Keller N, Gamondi C. Conservative management of COVID-19 patients-emergency palliative care in action. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:e27-e30. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.030.
10. Fausto J, Hirano L, Lam D, et al. Creating a palliative care inpatient response plan for COVID-19-the UW medicine experience. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:e21-e26. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.025.
11. Consejo de Salubridad General. Documento de Trabajo. Proyecto de Guía para Asignación de Recursos Médicos en Situación de Contingencia. México: Consejo de Salubridad General; 2020. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590745&fecha=30/03/2020
12. Burgart AM, Gentry K, Deutch Z, Lozada MJ. Ethics at the head of the bed: anesthesiologists confront COVID-19. *ASA Monitor*. 2020;84:10-13.
13. Guevara-López U, Altamirano-Bustamante MM, Viesca-Treviño C. New frontiers in the future of palliative care: real-world bioethical dilemmas and axiology of clinical practice. *BMC Medical Ethics*. 2015;16:1472-6939. doi: 10.1186/s12910-015-0003-2.
14. Bioethics Toolkit Resources for COVID-19; American Journal of Bioethics. TOOLKIT: Bioethics Resources for COVID-19. Disponible en: <http://www.bioethics.net/2020/03/bioethics-toolkit-resources-for-covid-19/>
15. Barreto P, Fombuena M, Diego R, Galiana L, Oliver A, Benito E. Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Med Paliat*. 2015;22:25-32.
16. Nouvellet P, Bhatia S, Cori A, et al. Reduction in mobility and COVID-19 transmission. Imperial College London. 2020. doi: <https://doi.org/10.25561/79643>.
17. Flaxman S, Mishra S, Gandy A, et al. Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in. *Nature*. 2020. doi: 10.1038/s41586-020-2405-7 [published online ahead of print, 2020 Jun 8].
18. Hsiang S, Allen D, Annan-Phan S, et al. The effect of large-scale anti-contagion policies on the COVID-19 pandemic. *Nature*. 2020. doi: 10.1038/s41586-020-2404-8.
19. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3:e203976.
20. Berwick DM. Choices for the "New Normal". *JAMA*. 2020. doi: 10.1001/jama.2020.6949.