



UVa

Universidad de Valladolid

Atención de pacientes COVID-19 en situación terminal. Revisión bibliográfica.

TRABAJO FIN DE GRADO.
Grado en Medicina.

Autor: David Martínez Escudier
Tutor: Álvaro Sanz Rubiales

ÍNDICE

Resumen	2
Introducción	4
Material y métodos	5
Resultados	6
La tecnología virtual	9
Control de síntomas	12
El duelo familiar	14
Conflictos éticos	16
Conclusiones	18
Bibliografía	19
Anexo: Poster del trabajo	21

RESUMEN

Introducción: La pandemia del nuevo coronavirus, declarada en marzo del 2020, ha obligado a implementar medidas estrictas de control de transmisión, una situación que, añadida al aumento de la demanda asistencial, ha dificultado el acceso de pacientes COVID-19 a los cuidados paliativos. Esta revisión tiene como objeto estudiar cómo se ha planteado la atención del paciente con diagnóstico COVID-19 en situación de últimos días.

Material y métodos: Revisión sistemática de bibliografía sobre cuidados paliativos y COVID-19 publicados en Pubmed y EMBASE en los primeros seis meses de la pandemia. El análisis de los trabajos obtenidos se ha llevado a cabo desde un enfoque cualitativo.

Resultados: Se registraron 404 artículos de los que se eliminaron 148 duplicados. Se excluyeron 221 trabajos tras analizar el título y/o resumen y 13 tras leer el texto completo por no adaptarse a los criterios de selección iniciales. Se analizaron finalmente 22 trabajos. Estos artículos se publicaron entre abril y octubre del 2020. Las principales cuestiones exploradas fueron: el uso de la tecnología virtual (telemedicina) como herramienta para asegurar la comunicación sin contacto, el control de síntomas del paciente terminal aislado por COVID-19, la atención del duelo familiar ante la pérdida en un contexto de pandemia y los conflictos éticos en relación con la decisión de proveer recursos asistenciales.

Conclusión: Los desafíos del COVID-19 ofrecen una oportunidad única para desarrollar estrategias innovadoras que deberían ser difundidas para mejorar la calidad asistencial.

Palabras clave: Cuidados paliativos, COVID-19, Telemedicina, Control de síntomas, Duelo.

ABSTRACT

Introduction: The new coronavirus pandemic (SARS-CoV-2), declared on 12th March 2020, has forced implementation of strict measures to control the transmission of the virus, increased demand in the healthcare system and created challenges in which the palliative care sector had to face. This research aims to study the main lessons in caring for patients diagnosed with COVID-19 during or near their end-of-life time.

Material and methods:, Systematic review of the literature on palliative care and COVID-19 published in Pubmed and EMBASE database in the first six months of the pandemic. The analysis of the articles obtained was carried out using a qualitative approach.

Results: A total of 404 articles were counted, of which after removing 148 duplicates. 221 works were excluded after analyzing the title and / or abstract and 13 after reading the full text because they did not adapt to the initial selection criteria. 22 articles were finally analyzed. These were published between April and October 2020. The main issues explored were the use of virtual technology (telemedicine) as a tool to ensure contactless communication, the management of the symptoms on terminal isolated patients with COVID -19, the family grief support in a context of pandemic and ethical conflicts in the decision to provide health resources.

Conclusions: The challenges faced during the pandemic offer a unique opportunity to develop innovative strategies which must be disseminated to provide better quality healthcare assistance.

Keywords: Palliative care, COVID-19, Telemedicine, Symptom control, Grief.

INTRODUCCIÓN

El 12 de marzo de 2020, la COVID-19 fue declarada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1). La enfermedad es producida por el SARS-CoV-2, virus descubierto y aislado por primera vez en Wuhan, China, perteneciente al género de coronavirus Beta, un tipo de virus ARN monocatenario que contiene una glicoproteína de superficie con dos dominios: S1 y S2. El dominio S1 se une fuertemente al receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA-2) del huésped y el dominio S2 facilita la fusión de la membrana viral con la de la célula del huésped (2). Se trata de un patógeno altamente infeccioso que ha llevado a implementar medidas estrictas de control para luchar contra su propagación. Por este motivo se han generado situaciones complejas e inesperadas por el aislamiento de los pacientes, el uso de los escasos equipos de protección individual (EPI), la restricción de visitas y la limitación del apoyo multidisciplinar (3), que han afectado directamente en la asistencia sanitaria.

Si bien la mortalidad general del COVID-19 es baja 1-2%, en pacientes hospitalizados esta mortalidad crece hasta un 15-20%. El aumento de la necesidad del uso de la ventilación mecánica como tratamiento del síndrome respiratorio agudo severo y de la ocupación de camas de UCI ha provocado un gran desequilibrio entre la demanda y la disponibilidad del tratamiento intensivo. Y ha habido pacientes avanzados y complejos en quienes se ha recomendado la atención de cuidados paliativos (4). Esta atención paliativa ha tenido que ser brindada en ocasiones por personal no especialista que ha requerido apoyo y formación concreta (5), sin olvidar la dificultad añadida en la restricción de las entradas en habitaciones, la limitación del contacto físico y la progresión rápida de los síntomas obligaba a instaurar ajustes concretos respecto al manejo del paciente (6). Esta situación sin precedentes ha permitido diseñar nuevas herramientas para asegurar la comunicación del personal, el paciente y la familia preservando la seguridad y con la menor repercusión en la calidad asistencial paliativa.

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo analizar las principales barreras a las que los cuidados paliativos se han tenido que enfrentar, así como las enseñanzas adquiridas en los meses iniciales de la pandemia en los cuidados enfocados a pacientes infectados por SARS-CoV-2 en el final de su vida y a su familia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica centrada en trabajos publicados sobre el paciente adulto en situación terminal, con diagnóstico de la enfermedad COVID-19.

Estrategia de búsqueda

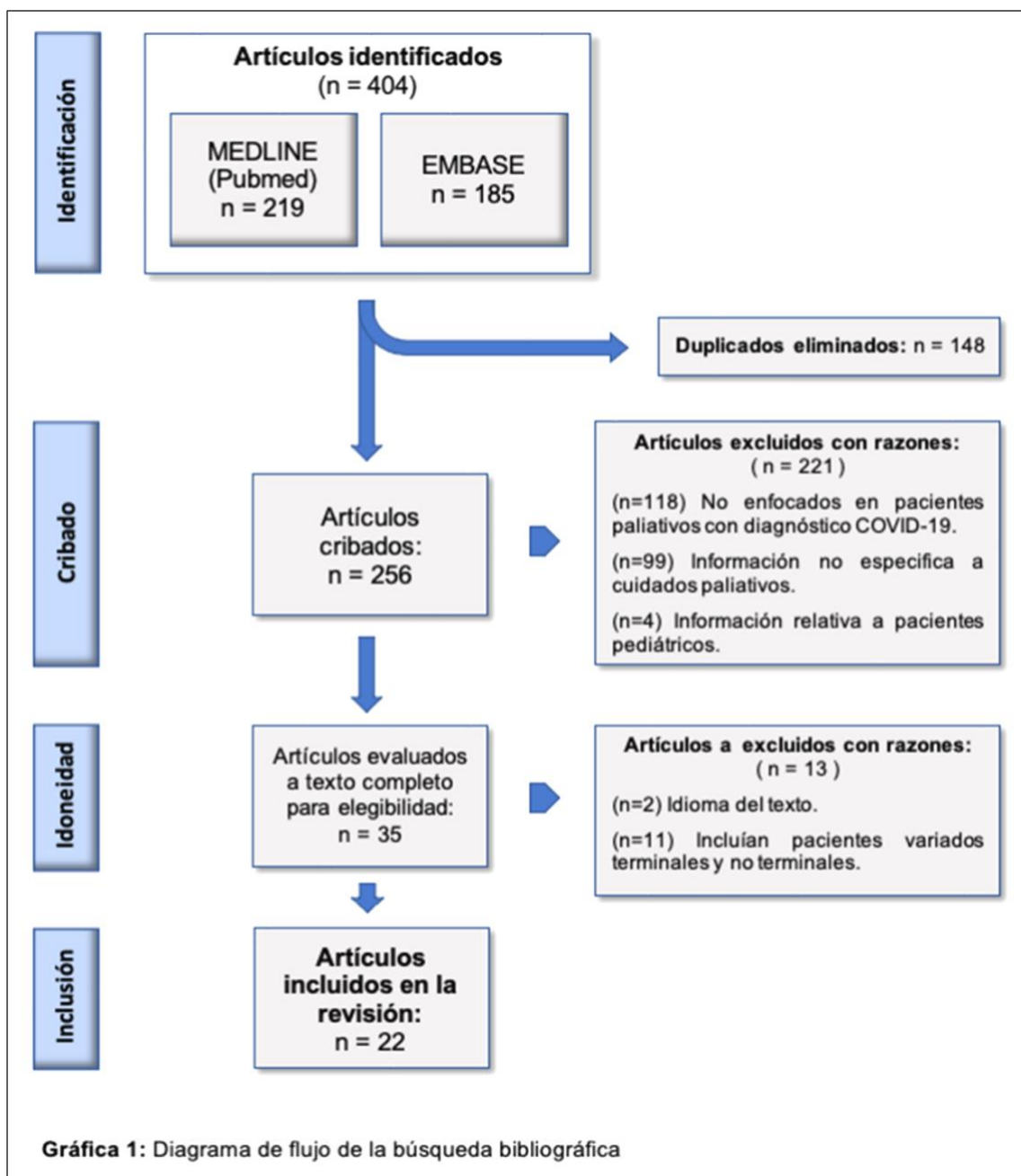
La búsqueda se realizó en las bases de datos Pubmed y EMBASE. Los términos MESH que se emplearon fueron: "Palliative Care"[Mesh] OR "Palliative Medicine"[Mesh]) AND (COVID-19 OR SARS-COV-2) AND (management OR result* OR problem* OR politic* OR complication* OR planning OR need* OR response* OR decision* OR consideration*) NOT child.

La fecha de la realización de la búsqueda fue el 5 de octubre de 2020. Se incluyeron artículos escritos en inglés, español, francés e italiano. No se incluyeron artículos relacionados con problemas de pacientes en cuidados paliativos por patologías no COVID-19. También se excluyeron artículos que no trataban específicamente los cuidados paliativos y por ultimo se eliminaron artículos publicados sobre pacientes pediátricos.

De cada uno de los artículos seleccionados se han recogido los datos referidos a la revista, los autores, la fecha de publicación y el país de origen de los autores. También se ha realizado una lectura completa del trabajo y, a partir de ella, un resumen práctico del contenido. Todos los trabajos se han categorizado de acuerdo con su temática principal. Tanto la selección o exclusión de artículos como la definición de la categoría principal se ha contrastado (triangulado) con un experto. Todas las referencias se han incluido en una base de datos específica (Excel).

RESULTADOS

La búsqueda identificó 404 registros. Inicialmente se eliminaron 148 artículos duplicados. De los 256 restantes se excluyeron 221 con la lectura del título y/o el resumen: 118 por no estar enfocados a pacientes paliativos COVID-19, 99 porque el enfoque no era específico a cuidados paliativos y cuatro por referirse a pacientes pediátricos. De los 35 restantes, 13 se excluyeron por estar redactados en un idioma no accesible o por incluir temas que no se adaptaban a los criterios generales (se incluían también pacientes en situación no terminal).



Los temas de interés en los que se pudieron englobar los trabajos fueron cuatro: el uso de la tecnología como apoyo en la asistencia del paciente aislado (telemedicina), el manejo de la sintomatología del paciente, el duelo familiar y los conflictos éticos. Los países de publicación de los artículos incluidos fueron Estados Unidos (8), Reino Unido (7), Italia (3), India (2), Canadá (1) y España (1). En la Tabla 1 se ordenan los artículos por mes de publicación y se categorizan incluyendo un resumen del contenido.

Tabla 1. Características de los artículos incluidos				
Autor	Fecha	País	Categoría temática	Resultados
Hetherington L, et al (7)	Octubre, 2020	Reino Unido	▪ Manejo de síntomas	Se describe la demografía y los perfiles clínicos del paciente. La mediana de edad del estudio fue menor que en otros estudios más pequeños. Una mediana de muerte de 6 días desde el inicio de síntomas. Las dosis usadas para el control de la disnea y sedación fueron bajas; se iniciaron con dosis estándar y se fue titulando a la dosis apropiada.
Alderman B, et al (8)	Octubre, 2020	Reino Unido	▪ Manejo de síntomas	Se expone que los pacientes que mueren de COVID19 experimentan problemas similares al final de la vida que otros grupos y generalmente responden a intervenciones estándares.
Mottiar M, et al (6)	Octubre, 2020	Canadá	▪ Manejo de síntomas.	Proporciona una orientación sobre los objetivos en la atención y los matices de la gestión de los síntomas durante el COVID19 y aseguran la capacitación de los anestesiistas en la atención del paciente paliativo.
Mercadante S, et al (9)	Agosto, 2020	Italia	▪ Telemedicina	Se realiza una encuesta a familiares de pacientes COVID19 sobre la utilidad y el nivel de satisfacción del uso de videollamadas. Se encuentran generalmente satisfechos, pero no puede reemplazar al acompañamiento real de su familiar.
Flores S, Et al (10)	Agosto, 2020	EE.UU.	▪ Telemedicina	Se describe la implementación rápida de las consultas de telemedicina en un servicio de urgencias y se discuten las lecciones aprendidas. La telemedicina es un medio útil para discutir de forma temprana los objetivos de la atención al final de la vida.
Selman LE, et al(11)	Agosto, 2020	Reino Unido	▪ Duelo familiar.	Sugiere varios factores de riesgo para los resultados de duelo deficientes COVID-19 que se incluye, la disnea y el aislamiento. Recomendaciones: La comunicación proactiva, sensible y regular; permitir que la familia se despidan en persona y promover la comunicación virtual con un excelente control de los síntomas y apoyo emocional y espiritual
Ting R, et al (1)	Julio, 2020	Reino Unido	▪ Manejo de síntomas. ▪ Duelo familiar.	Proponen estrategias para controlar síntomas. Exponen un "plan de atención urgente" holístico en caso de deterioro y muerte; incluyendo: manejo sintomático, estrategias de comunicación con la familia y control del duelo.
Atreya S, et al (2)	Julio, 2020	India	▪ Manejo de síntomas. ▪ Telemedicina ▪ Duelo familiar.	Expone que un modelo de cuidados paliativos con apoyo del médico de familia ayudaría a atender a la mayoría de los pacientes de la comunidad que no pueden viajar al hospital debido a la crisis actual garantizando una calidad asistencial.
Calton B, et al (12)	Julio, 2020	EE.UU.	▪ Telemedicina	Se comparten consejos para ayudar a los médicos de cuidados paliativos a brindar a la mejor atención posible mediante la telemedicina.

Humphreys J, et al (13)	Julio, 2020.	EE.UU.	▪Telemedicina	La medicina telepaliativa, conocida en contexto ambulatorio, aplicable en ámbito hospitalario.
Lovell N, et al (14)	Julio, 2020	Reino Unido	▪Manejo de síntomas	Se realiza una caracterización clínica y demográfica de pacientes derivados a cuidados paliativos; los síntomas principales fueron la disnea y la agitación, controlados con tratamiento convencional.
Heath L, et al (15)	Julio, 2020	EE.UU.	▪Manejo de síntomas.	Una encuesta retrospectiva documenta características demográficas, clínica y tratamientos utilizados a pacientes COVID19. Predominando varón, anciano con comorbilidades. Disnea y delirio fueron los síntomas principales, estos fueron controlados con dosis bajas de morfina y midazolam.
Fusi-Schmidhauser T, et al (16)	Julio, 2020	EE.UU.	▪Manejo de síntomas.	Se implementó un plan de manejo para todos los pacientes (estable, inestable, <i>end of life</i>) basándose en las limitaciones de recursos. El protocolo fue útil para el personal no especializado en cuidados paliativos.
Kuntz J, et al (17)	Junio, 2020	EE.UU.	▪Telemedicina	Se demuestra que el uso de la telemedicina en las reuniones familiares es factible y eficaz para la toma de decisiones de los pacientes paliativos.
"Comuni-Covid" (18)	Junio, 2020	Italia	▪Telemedicina	Consenso de expertos establecen un "plan de trabajo" para realizar un correcto servicio de videollamada, dirigidos a médicos y enfermeras. Enumeran objetivos y <i>checklist</i> para efectuar la videollamada.
Bakar M, et al (19)	Junio, 2020	EE.UU.	▪Duelo familiar.	Se establecen una serie de recomendaciones para asegurar la correcta atención a pacientes y familiares durante el duelo: actualizaciones medicas programadas, soporte de seguimiento tras malas noticias, asegurar comunicación familia-paciente, brindar apoyo espiritual y apoyo desde trabajo social.
Rao SR, et al (20)	Junio, 2020	India	▪Duelo familiar.	Los cuidados paliativos pueden ofrecer el consuelo para familiares de pacientes con enfermedades graves, siendo crucial en crisis humanitarias donde los profesionales de salud mental son un recurso finito.
Pahuja M, et al (3)	Mayo, 2020	EE.UU.	▪Manejo de síntomas.	Se proponen estrategias innovadoras para superar las barreras y se pretende difundir el conocimiento para que los hospitales puedan realizar cambios a tiempo real, para un control de síntomas óptimo.
Sutherland AE, et al (21)	Mayo, 2020	Reino Unido	▪Telemedicina	Analiza la evidencia internacional que respalda el uso de la medicina telepaliativa como apoyo a la asistencia en presencia física y recalca la importancia de garantizar la confidencialidad.
Equipo COVID Residencias, Área de Salud Valladolid Oeste (4)	Mayo, 2020	España	▪Conflictos éticos	Las tablas y test utilizados para el cribado del acceso de ancianos a servicios hospitalarios vulneran numerosos principios éticos. Se debe incluir a los profesionales sanitarios de las residencias en la coordinación con los distintos niveles asistenciales.
Romanò M, et al (22)	Abril, 2020	Italia	▪Duelo familiar.	Proponen construir vías adecuadas de diagnóstico y tratamiento que consideren las consecuencias psicológicas en los familiares y en el personal sanitario.
Davies A, et al (5)	Abril, 2020	Reino Unido	▪Duelo familiar ▪Telemedicina	Se expone la aplicabilidad de lo aprendido en pandemias anteriores a la actual; el impacto del aplazamiento de tratamientos, repercusiones para la salud mental: depresión, TEPT y respuesta al duelo. Apoya las iniciativas contemporáneas (telemedicina) para un uso posterior.

La tecnología virtual: una aliada durante la pandemia.

En países mediterráneos el apoyo familiar es esencial. En los hospitales, antes de la pandemia, se permitía acompañamiento familiar incluso nocturno. La prohibición de las visitas ha cambiado drásticamente el modo y la filosofía de la atención de cuidados paliativos. De esta forma muchos pacientes murieron solos y sin el consuelo de ningún familiar (9). Estas estrictas medidas de prohibición de visitas están motivadas por el control de la propagación del virus y se justifican por la escasez de EPI y la preservación de la salud del personal asistencial (12,13). Este escenario ha evidenciado que la telemedicina es una herramienta útil para asegurar la comunicación entre pacientes y familiares y que permite incluso llevar a cabo reuniones familiares y consultas de forma virtual facilitando el intercambio de información del proceso clínico y compartiendo opciones terapéuticas, tanto en el contexto hospitalario como en el uso ambulatorio (9,12,13). La reunión familiar es la piedra angular para la toma de decisiones compartidas entre paciente, familia y equipo. El intercambio de información permite a familias y equipos clínicos consensuar los objetivos del tratamiento y definir valores mientras también se atienden las necesidades emocionales de los pacientes y sus familias (17).

La OMS y la evidencia internacional respalda la telemedicina como un servicio accesible, aceptable y rentable y la recomiendan con la condición de que no reemplace, sino que complemente, la asistencia presencial (21). En medicina paliativa el lenguaje no verbal es fundamental y tanto el contacto físico como las maniobras de exploración física desaparecen con la telemedicina. Sin embargo, los proveedores de cuidados paliativos pueden llegar a desarrollar percepción y escucha a través de vídeos, aunque esto requiere destrezas y tiempo (13). La OMS ha definido situaciones en que las consultas de telemedicina no suponen un beneficio (21), es el caso de personas con acceso deficiente a servicios de red, electricidad o dispositivos móviles, personas que hablan idiomas minoritarios o tienen poca capacidad de alfabetización o deficiencias auditivas. Además de las personas con condiciones de salud estigmatizadas que puedan estar particularmente preocupados por la privacidad de su información.

La telemedicina paliativa se ha utilizado ampliamente en la práctica clínica ambulatoria pero se tiene poca experiencia de ella en contexto hospitalario (13). Un grupo de cuatro sociedades científicas del área de cuidados intensivos y cuidados paliativos, "ComuniCovid" (18), ha establecido una estrategia de trabajo para ayudar a los equipos asistenciales a comunicarse con familiares de pacientes en completo aislamiento durante la pandemia estableciendo cinco objetivos fundamentales:

1. Proporcionar información comprensible de la enfermedad y opciones de tratamiento ya que establecer una comunicación eficaz es una tarea complicada durante la pandemia, más aún por el uso de EPI que anula el reconocimiento personal y la comunicación no verbal.
2. Obtener información sobre las expectativas y valores del paciente y su familia.
3. Mostrar empatía y participación.
4. Permitir que los miembros de la familia muestren sus emociones.
5. Evitar malentendidos y conflictos con el equipo de apoyo.

Para un establecimiento adecuado del servicio de videollamada se deberá emplear una plataforma de uso gratuito o bajo coste (*FaceTime, Facebook Messenger o Skype*) procurando usar el medio mejor conocido por la población en la que se aplica (12). Se deberá proveer al paciente de un móvil (*Smartphone*) con conexión a internet. Para los pacientes y familias inexpertos en el uso de tecnologías será fundamental una persona de apoyo del programa de cuidados paliativos y disponible a tiempo real durante la conexión para solucionar problemas técnicos. Por otro lado, es preciso que se asegure que el software utilizado sea simple, efectivo y con el más alto nivel de seguridad, integrado para garantizar la confidencialidad de los pacientes (21). El entorno para la telemedicina terapéutica debe incluir un espacio tranquilo, iluminado, privado y con fondo profesional, siendo preferible el uso de portátil al de un móvil. Es fundamental establecer contacto visual con la cámara para establecer relación y confianza y presentar al paciente a los participantes que estén en la estancia. Además, estas tecnologías deberían permitir incluir familiares o profesionales en otras ubicaciones a tiempo real (12).

La Universidad de Emory (EEUU) ha instaurado en diversos hospitales un programa “E-Family” que permite formalizar encuentros virtuales. Para el correcto funcionamiento del programa han protocolizado ocho pasos a seguir (17):

1. Definir un familiar de contacto principal y programar el momento de la reunión con las enfermeras asistenciales; se debe compartir el enlace con otros profesionales.
2. Proporcionar el enlace de la reunión y las instrucciones del proceso de conexión.
3. Planificar con enfermera entrada, colocación y posicionamiento de la tableta.
4. Iniciar la videollamada, establecer temas a tratar, notificar lo que verá la familia antes de conectar con el paciente, a veces puede resultar molesto.
5. Presentar a todos los profesionales intervinientes y dirigirse a todos los miembros de la familia; con posibilidad de silenciar a familiares disruptivos si es necesario.

6. Ofrecer una visita virtual para que la familia visite al paciente silenciando nuestro audio; ofrecer la posibilidad de espiritualidad, oración o música.
7. Avisar preferentemente al menos dos minutos antes de finalizar la conexión.
8. Retirar y desinfectar la tableta y el soporte.

Para garantizar la continuidad, la información clínica debe ser proporcionada por el mismo médico, que deberá facilitar información al menos una vez al día o más a menudo en caso de deterioro. Será imprescindible proporcionar información concreta sobre el manejo del dolor, de la ansiedad y de la angustia del paciente. La comunicación por correo electrónico puede complementar la información permitiendo que la familia tenga más información visual (18).

Una encuesta de satisfacción realizada por la Universidad de California concluye que el 97% de los pacientes y el 100% de los cuidadores se sentían cómodos hablando de cuestiones privadas por videoconferencia (12). Tras aplicar del programa "e-Family", más del 80% de las familias que participaron se sentían cómodos al compartir sus pensamientos y sentimientos con el equipo clínico y que la reunión virtual les ayudó a confiar en este equipo (17). Además, un análisis de revisiones sistemáticas en telemedicina realizadas antes de la pandemia encontró que los pacientes, los profesionales de la salud y las familias consideraban que la telemedicina paliativa era beneficiosa en impacto clínico, costes, calidad de la atención y comunicación (10). Para concluir, el uso de la telemedicina en el asesoramiento y el seguimiento de enfermedades, particularmente mediante vídeo, facilita el acceso a la medicina paliativa y se ha asociado con reducción de ingresos hospitalarios y mejor calidad de vida (10,13).

Tabla 2: Ideas claves. Tecnología virtual	
Ideas	Artículos que la apoyan
<i>Los dispositivos electrónicos son recomendados para establecer reuniones por video llamada.</i>	Mercadante S (9); Calton B (12); Humphreys J (13); Kuntz J (17) ; "Comuni-Covid" (18).
<i>La telemedicina es una herramienta útil siempre que no reemplace la prestación presencial.</i>	Sutherland AE (21); Humphreys J (13).
<i>En caso inexperiencia digital es útil establecer un contacto de apoyo (familiar, cuidador).</i>	Calton B (12); Kuntz (17).
<i>El uso de la telemedicina se ha relacionado con una reducción de los ingresos y un aumento de la calidad de vida.</i>	Flores S (10); Humphreys J(13).
<i>La mayoría de los pacientes y las familias se sienten satisfechos con el uso de la telemedicina.</i>	Flores S (10); Calton B (12); Kuntz J (17).

Control de síntomas.

El control de los síntomas de los pacientes infectados por SARS-CoV-2 es otro de los retos a los que personal sanitario se ha tenido que enfrentar. En situación pre-pandémica los acompañantes eran una fuente esencial para obtener información del proceso clínico de los pacientes a la vez que el personal de enfermería controlaba a los pacientes para la administración de medicación en bolo. El aislamiento y la disminución de entradas en la habitación para preservar los EPI han dificultado la evaluación continuada de los pacientes por lo que harían falta escalas de evaluación de síntomas validadas que permitan obtener el máximo aprovechamiento del tiempo breve en nos encontramos en las habitaciones(6,7). El rápido deterioro clínico y la falta de familiarización de muchos profesionales con los cuidados paliativos exige que se establezcan protocolos concretos para el manejo de síntomas y un apoyo formativo que permita una evaluación y un control precoz (1,5,7,14).

La mayoría de los artículos revisados recogen que los síntomas más frecuentes en pacientes COVID-19 son la disnea y la agitación (1,5,8,14–16). La tos y las secreciones audibles fueron relativamente poco frecuentes (8). Afortunadamente, los síntomas que sufren este tipo de pacientes tienen un control generalmente favorable con los fármacos habituales, como los opiáceos y benzodiacepinas, a dosis conservadoras acordes con las utilizadas en otras condiciones (5,8,14). Aunque en otras situaciones para el confort del paciente terminal se le limita la monitorización de constantes, en el paciente aislado podría considerarse mantenerla, en forma de telemetría o sistemas de alarmas. Monitorizar frecuencia respiratoria y pulsioximetría podría ayudar a detectar un empeoramiento. La instalación de ventanas en puertas y teléfonos en las habitaciones pueden ser también de gran ayuda (3). Como ya se ha comentado, la sobrecarga del personal y la disminución de las entradas en las habitaciones dificulta la administración de medicamentos “si precisa”. Estudios realizados en Reino Unido estimaron que entre un 68% y un 75% de los pacientes con COVID-19 precisaron de dosis extra para el control de sus síntomas (7,15). Las perfusiones continuas podrían ayudar reducir el número de estos “rescates”.

Como medidas generales en el control de síntomas del paciente paliativo se considerará suspender los medicamentos que no contribuyen a la comodidad del paciente. La hidratación intravenosa y la nutrición artificial por sonda nasogástrica no contribuyen a la comodidad del paciente al final de la vida y pueden facilitar el edema pulmonar y periférico. Es razonable administrar medicamentos vía venosa periférica en el caso de

que ya esté establecida este acceso venoso. En caso contrario o si se hubiera perdido la vía, una vía subcutánea es fiable, práctica y fácil de instaurar y de cuidar (6).

La *disnea* es el síntoma que con más frecuencia presentan los pacientes COVID-19. Existen escalas y cuestionarios que evalúan la intensidad de la disnea, como la escala numérica de 0 a 10 (2), aunque también es efectivo preguntar al paciente si siente “falta de aire” u observar signos de aumento de trabajo respiratorio (incapacidad para completar frases, alta frecuencia respiratoria y uso de músculos accesorios). Un estudio encontró que el tiempo desde el primer síntoma de infección por COVID-19 hasta la aparición de la disnea fueron cinco días y hasta el distrés respiratorio ocho (1). Por suerte, los fármacos y el oxígeno a bajos flujos mediante cánula nasal suelen ser suficientes para el control de la disnea en muchos casos. Las cánulas nasales de alto flujo (más de 6 litros por minuto) o la CPAP precisan ser manejados con EPI por el riesgo de emisión de aerosoles. El uso de oxigenoterapia no se recomienda en el alivio de la disnea no hipoxemia (1,5). La pronación puede mejorar la mortalidad pero resulta incómoda cuando se mantiene y no hay evidencia fuerte de que alivie la disnea (1). El enfoque farmacológico comienza con la titulación de opioides y/o el uso de benzodiazepinas en caso de que la disnea se asocie a ansiedad. Vía oral se emplea morfina de liberación inmediata 2 a 5 mg cada 4 horas, más rescates del 10% a 20% de la dosis diaria total administrada (1,6,16). La mediana de la dosis equivalente de morfina sc ha sido 15 mg en 24 horas (1,7), con un rango de dosis de 5-30 mg en 24 horas(14). Para el control de la taquipnea y disnea se han propuesto la utilización de bombas de perfusión continua de fentanilo con opción de uso de bolos controlados con el paciente. También se ha diseñado un sistema de bomba más largo para controlar la infusión desde el pasillo (3).

Para el control de la *agitación* y la *ansiedad* es preciso excluir posibles desencadenantes como preocupaciones u otras causas como retención urinaria, dolor o estreñimiento (2,5,6). Los pacientes COVID-19 pueden experimentar estos síntomas también por el aislamiento y la separación de sus seres queridos. Ser atendidos por profesionales con EPI no ayuda... Así que humanizar el trato, el uso de videollamadas y asegurarle que se dispone de tratamientos para garantizar su confort son algunas de las medidas no farmacológicas que se recomiendan (1). Si hay desorientación en espacio tiempo o un cuadro de delirio, se trata con neurolépticos, con el haloperidol (0,5-1 mg sc/iv cada 4 horas) (1,6) como fármaco de primera línea. Como segunda opción se pueden emplear levomepromazina o metotrimeprazina (6,14,16). Para pacientes terminales, las benzodiazepinas (con o sin opioides) también pueden ser de gran utilidad, como el midazolam en perfusión continua intravenosa o subcutánea a una dosis mediana de 10 mg

(7,15) en un rango de dosis de 5-20mg en 24 horas(8). Cuando las unidades COVID-19 están en áreas fuera del equipo de paliativos, el personal de enfermería a veces no se siente cómodo usando una perfusión continua de benzodiazepinas; una alternativa sería lorazepam 1 mg sublingual coincidiendo con las entradas en las habitaciones (3,16).

Para paliar la *fiebre* se emplean medidas físicas de enfriamiento, o fármacos como el paracetamol por las vías y dosis habituales. Hay cierta inquietud en relación con el uso de AINES aunque no hay evidencia que respalden esas preocupaciones (5).

Las *secreciones audibles* en vías respiratorias generan ansiedad a la familia. El cambio postural y la higiene e hidratación de la boca con el uso de EPI son estrategias adecuadas para el manejo de estas secreciones. Se han utilizado anticolinérgicos como el glicopirrolato 0,4 mg intravenoso cada 4 horas, aunque no hay evidencia que respalde este tratamiento. Generalmente los pacientes no se sienten angustiados al tener secreciones en vía aérea superior, un dato que puede ayudar a tranquilizar a la familia (5,6).

Finalmente, los medicamentos orales están contraindicados en fase terminal con alteración del nivel de conciencia por riesgo de broncoaspiración y la terapia nebulizada por el riesgo de emisión de partículas en aerosol. Esto lleva a que los opioides parenterales sean la referencia en el control de la *tos* (6). *Dolor, náuseas y vómitos* no son síntomas característicos en la infección por COVID-19 (5).

Tabla 3: Ideas claves. Control de síntomas	
Ideas	Artículos que la apoyan
<i>La disnea y la agitación son los síntomas más frecuentes manifestados.</i>	Ting R (1); Lovell N(14); Alderman B (8); Hetherington L (7); Heath L (15).
<i>Es necesario establecer un plan de actuación claro para profesionales no familiarizados con cuidados paliativos.</i>	Lovell N(14); Fusi-Schmidhauser T (16).
<i>Es necesario utilizar herramientas de evaluación de síntomas para la detección precoz de los mismos.</i>	Hetherington L (7); Mottiar M (6).
<i>Las dosis de morfina efectivas son conservadoras, acordes con las utilizadas en otras condiciones.</i>	Alderman B (8); Hetherington L (7); Heath L(15).
<i>Las medidas del control de infecciones limitan el uso de intervenciones no farmacológicas.</i>	Alderman B (8); Fusi-Schmidhauser T (16)
<i>Se debe considerar mantener la monitorización para un buen control de síntomas en pacientes aislados.</i>	Pahuja M (3)
<i>El uso de perfusión continua facilita el control de síntomas y reduce el uso de la pauta a demanda.</i>	Hetherington L (7) Heath L (15); Pahuja M (3).

El duelo.

El duelo es una parte natural de la experiencia humana ante la pérdida de un ser querido. Pero este proceso puede afectar a la integridad física y mental. Un duelo patológico implica angustia por separación, pensamientos intrusivos y sentimientos de vacío que perduran al menos más de seis meses. El duelo por pacientes fallecidos en la UCI se asocia a alteraciones de la salud mental: un 5-52% de duelo patológico, 14-50% de trastorno por estrés postraumático y 18-27% de depresión (11). Además, el duelo que sigue a una muerte de una enfermedad infectocontagiosa que no permite a los familiares estar cerca del enfermo, verle u organizar un funeral suele ser aún más intenso y más prolongado, sin contar con que el rápido deterioro que caracteriza la enfermedad por COVID-19 deja a la familia sin preparación para afrontar la pérdida (20,22).

El modelo clásico de cuidados paliativos propuesto por la OMS concede especial importancia al apoyo y el manejo del duelo de los familiares tras la muerte del paciente y no solo ante el duelo tras la pérdida sino también durante los últimos días. Es en esos momentos donde se deberán tomar decisiones complejas. Apoyar a la familia en este difícil proceso es de gran importancia. Este respaldo ayuda a prevenir el duelo patológico, de modo que se hace más necesario que en condiciones “normales” que se planifiquen ciertas intervenciones:

1. Antes de la admisión del paciente, si es posible, cumplimentar el documento de instrucciones previas. Las conversaciones deberán iniciarse con el paciente y familiares para identificar las perspectivas individuales sobre el sentido de la vida, garantizar una atención coherente. De este modo se reducen ingresos e intervenciones inapropiadas y hay menos morbilidad psicológica de la familia en duelo (2,11).
2. Asegurar la comunicación entre paciente y familiares y proporcionar actualizaciones médicas de forma programada en contra del “informar sólo cuando existe empeoramiento”. De este modo se reduce la ansiedad de la familia. Hay que ser cautelosos en el uso de videollamadas en momentos de muerte activa. Las consultas de cuidados paliativos mejoran la percepción de los familiares sobre la calidad de la atención al final de la vida (11,19).
3. Acompañar a las familias cuando es posible realizar visitas breves si se cree que el paciente está llegando al final de su vida, siempre que no sean población de riesgo, no estén en cuarentena y se disponga de EPI. No poder “decir adiós” de manera

presencial se asocia a un mayor riesgo de duelo patológico. Esto también les permitirá tomar decisiones físicamente en torno a objetivos del cuidado (11,19).

4. Optimizar el control de síntomas. La disnea en los pacientes puede ser muy angustiada para los familiares. Por otro lado, la extubación antes de la muerte, aumenta la satisfacción de los familiares en el duelo (11).
5. Garantizar que los pacientes tengan acceso a apoyo emocional y espiritual. Es determinante para la experiencia del duelo favorecer la percepción de la familia de si el paciente recibió apoyo espiritual que ayuda a promover la adaptación y fomentar la resiliencia. Los equipos de cuidados paliativos facilitan la visita de los agentes espirituales apropiados (11,19,20).
6. Proporcionar un soporte de seguimiento para gestionar la ansiedad y procesar la información después de dar malas noticias reduce la frecuencia de las llamadas de los familiares a los hospitales. Enviar una carta de condolencia personalizada y escrita a mano e información de servicios de apoyo locales ayuda a humanizar la institución (11,19).
7. Brindar información sobre cómo organizar despedidas y funerales realizados virtualmente o por teléfono puede facilitar el trabajo del duelo (11,20,22).

Finalmente, el impacto psicológico que produce la pandemia no afecta únicamente a los familiares. En un estudio con más de 1200 trabajadores de primera línea se apreció una importante carga psicológica, mayor en el grupo de enfermería que en el médico, en particular en mujeres. Se detectó angustia en el 71%, depresión en el 50% y ansiedad en el 45% de los profesionales (22). Se debería reflexionar sobre el hecho que el duelo también existe para médicos y enfermeras, y está vinculado a la pérdida de un número tan elevado de pacientes en tan corto espacio de tiempo, que marca su vida personal y profesional. La resiliencia no debería convertirse en una responsabilidad más del personal que trabaja en condiciones traumáticas, sino que requiere una respuesta por parte de la administración para gestionarla a través de vías adecuadas de diagnóstico y tratamiento (11,22).

Tabla 4: Ideas claves. El duelo	
Ideas	Artículos que la apoyan
<i>Se deben activar protocolos específicos ante las familias que sufren pérdidas por COVID-19.</i>	Romanò M (22); Bakar M (19); Selman LE(11); Rao SR (20).
<i>Permitir visitas cortas si se cree que el paciente está llegando al final de su vida.</i>	Bakar M (19); Selman LE (11).
<i>La percepción de la familia que el paciente ha recibido apoyo espiritual favorece el curso del duelo.</i>	Bakar M (19); Selman LE (11); Rao SR (20).
<i>Conocer las perspectivas terapéuticas individuales del paciente reduciría morbilidad psicológica de la familia en duelo.</i>	Atreya S (2); Selman LE (11).
<i>Se debe brindar información de cómo organizar un funeral o ceremonias virtuales alternativas.</i>	Selman LE (11); Rao SR (20).

Conflictos éticos.

Los datos iniciales de China sobre la pandemia provocada por SARS-CoV2 refieren que cerca del 14% de los pacientes COVID-19 desarrollarán una enfermedad grave que requerirán hospitalización y el 5% precisará del ingreso en UCI (23). Esta situación de pandemia ha provocado un gran desequilibrio entre la demanda y disponibilidad del tratamiento intensivo que ha colocado a los médicos frente a elecciones clínicas de perfil ético muy complejas (22).

En España, un grupo de expertos que incluyen profesionales del ámbito de la bioética y los cuidados paliativos han presentado recomendaciones que pueden orientar las decisiones en esta situación tan compleja. En esta línea, sería conveniente una valoración multidimensional del paciente con el fin de valorar la “edad biológica”, los valores y las preferencias incluidas en el documento de voluntades anticipadas (1). Desde el punto de vista ético se aboga por establecer estrategias que maximicen la supervivencia al alta y el número de años de vida salvados, no valorando la edad cronológica como el único criterio a considerar ya que puede atentar contra el principio básico de equidad en el acceso a la prestación sanitaria. Asimismo, se establecen criterios para la derivación hospitalaria; entre los que se tiene en cuenta la edad, la situación basal del paciente y su pronóstico vital previo. Es evidente que utilizar estos criterios para declinar una derivación hospitalaria sin lugar a otra elección, ofreciendo “a cambio” el uso de cuidados paliativos, genera un conflicto ético, más aún si esta decisión no hubiese sido la misma en una situación no influida por la pandemia (4,23).

En pandemia es importante documentar los objetivos y el alcance de nuestra atención al paciente con una enfermedad avanzada, además de deliberar con él sobre las perspectivas de manera que se tengan en cuenta sus valores que pueden ser tanto la longevidad como la autonomía, la conciencia y o la calidad de vida. Algo que influye en la toma de decisiones, también en cuestiones de soporte vital, para adaptarlas a sus necesidades y expectativas (1,6).

Tabla 5: Ideas claves. Conflictos éticos.	
Ideas	Artículos que la apoyan
<i>No se deberían establecer criterios donde únicamente se valoren la edad cronológica.</i>	Equipo COVID Residencias (4), Rubio O (23).
<i>Se debe establecer estrategias que maximicen la supervivencia al alta y el nº de años de vida salvados.</i>	Rubio O (23).
<i>Se han aplicado cuidados paliativos cuando en una situación “pre-pandémica” no se hubieran indicado.</i>	Equipo COVID Residencias (4).
<i>Para la toma de decisiones será importante conocer las perspectivas terapéuticas y valores del paciente.</i>	Ting R (1), Mottiar M (6).

CONCLUSIÓN

La pandemia mundial COVID-19 ha cambiado la forma en la que se brindan los cuidados paliativos. El análisis de la bibliografía publicada durante los primeros meses de la pandemia muestra que las principales barreras en la asistencia del paciente avanzado aislado han sido los problemas de comunicación entre paciente, familia y profesionales, la evaluación precoz de síntomas, el duelo enfrentan las familias y conflictos éticos.

La telemedicina, sin ser un concepto novedoso, ha sido uno de los grandes aprendizajes en la lucha para superar las barreras de comunicación impuestas por el aislamiento de enfermos. Es importante implementar protocolos para asegurar la accesibilidad, preservar la confidencialidad del paciente y definir cómo proporcionar y obtener información clínica útil sin tener que acceder al paciente físicamente. También será preciso establecer las situaciones que justificarían una asistencia presencial.

La COVID-19 no plantea grandes peculiaridades respecto al manejo sintomático. La mayoría de los artículos comparten que la disnea y la agitación son los problemas más frecuentes y que suelen responder a los fármacos y dosis habituales. La dificultad del control radicaría en la situación de aislamiento, la reducción de las entradas en las habitaciones y la rápida evolución clínica, que precisará sistemas de evaluación para la detección precoz. El uso de bombas de perfusión continua o el mantenimiento de sistemas de monitorización son algunas de las propuestas que se formulan.

Los allegados que han perdido sus seres queridos a causa de la infección son también víctimas de esta crisis sociosanitaria, ante la imposibilidad de realizar despedidas. Humanizar la atención a estos es esencial y, para ello, establecer una estrategia de apoyo durante la etapa final y tras el fallecimiento para prevenir un duelo complicado.

Establecer criterios de asignación de recursos donde prevalezca la supervivencia y número de años de vida salvados tras el alta en contra de únicamente la edad cronológica, además considerar valores y expectativas del paciente, será fundamental para preservar los principios éticos de autonomía y justicia.

Para concluir, en este contexto sin precedentes la asistencia sanitaria se ha enfrentado a desafíos que ofrecen una oportunidad única para desarrollar conocimientos y estrategias que podrán mejorar la asistencia en el futuro. En esta línea, sería conveniente reflexionar en la necesidad de establecer vías de diagnóstico y tratamiento para abordar el impacto psicológico no solo en familiares sino también en profesionales que han sufrido la pérdida de un alto número de pacientes en un intervalo corto de tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ting R, Edmonds P, Higginson IJ, Sleeman KE. Palliative care for patients with severe covid-19. *BMJ*. 14 de julio de 2020;370:m2710.
2. Atreya S, Kumar R, Salins N. Community-based palliative care during the COVID 19 pandemic. *J Fam Med Prim Care*. julio de 2020;9(7):3169-75.
3. Pahuja M, Wojcikewych D. Systems Barriers to Assessment and Treatment of COVID-19 Positive Patients at the End of Life. *J Palliat Med*. febrero de 2021;24(2):302-4.
4. Equipo COVID Residencias, Área de Salud Valladolid Oeste. [An ethical Response in the Care of Nursing Homes in the COVID-19 Pandemic]. *Cuad Bioet Rev Of Asoc Espanola Bioet Etica Medica*. agosto de 2020;31(102):223-9.
5. Davies A, Hayes J. Palliative care in the context of a pandemic: similar but different. *Clin Med Lond Engl*. 30 de abril de 2020;
6. Mottiar M, Hendin A, Fischer L, Roze des Ordon A, Hartwick M. End-of-life care in patients with a highly transmissible respiratory virus: implications for COVID-19. *Can J Anaesth J Can Anesth*. octubre de 2020;67(10):1417-23.
7. Hetherington L, Johnston B, Kotronoulas G, Finlay F, Keeley P, McKeown A. COVID-19 and Hospital Palliative Care - A service evaluation exploring the symptoms and outcomes of 186 patients and the impact of the pandemic on specialist Hospital Palliative Care. *Palliat Med*. octubre de 2020;34(9):1256-62.
8. Alderman B, Webber K, Davies A. An audit of end-of-life symptom control in patients with corona virus disease 2019 (COVID-19) dying in a hospital in the United Kingdom. *Palliat Med*. octubre de 2020;34(9):1249-55.
9. Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Giuliana F, Terruso L, Piccione T. Palliative Care in the Time of COVID-19. *J Pain Symptom Manage*. agosto de 2020;60(2):e79-80.
10. Flores S, Abrukin L, Jiang L, Titone L, Firew T, Lee J, et al. Novel Use of Telepalliative Care in a New York City Emergency Department During the COVID-19 Pandemic. *J Emerg Med*. noviembre de 2020;59(5):714-6.
11. Selman LE, Chao D, Sowden R, Marshall S, Chamberlain C, Koffman J. Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians. *J Pain Symptom Manage*. agosto de 2020;60(2):e81-6.
12. Calton B, Abedini N, Fratkin M. Telemedicine in the Time of Coronavirus. *J Pain Symptom Manage*. julio de 2020;60(1):e12-4.
13. Humphreys J, Schoenherr L, Elia G, Saks NT, Brown C, Barbour S, et al. Rapid Implementation of Inpatient Telepalliative Medicine Consultations During COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage*. julio de 2020;60(1):e54-9.
14. Lovell N, Maddocks M, Etkind SN, Taylor K, Carey I, Vora V, et al. Characteristics, Symptom Management, and Outcomes of 101 Patients With COVID-19 Referred for Hospital Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*. julio de 2020;60(1):e77-81.

15. Heath L, Yates S, Carey M, Miller M. Palliative Care During COVID-19: Data and Visits From Loved Ones. *Am J Hosp Palliat Care*. noviembre de 2020;37(11):988-91.
16. Fusi-Schmidhauser T, Preston NJ, Keller N, Gamondi C. Conservative Management of COVID-19 Patients-Emergency Palliative Care in Action. *J Pain Symptom Manage*. julio de 2020;60(1):e27-30.
17. Kuntz JG, Kavalieratos D, Esper GJ, Ogbu N, Mitchell J, Ellis CM, et al. Feasibility and Acceptability of Inpatient Palliative Care E-Family Meetings During COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage*. septiembre de 2020;60(3):e28-32.
18. Multidisciplinary Working Group «ComuniCovid» [Italian Society of Anesthesia and Intensive Care (SIAARTI), Italian Association of Critical Care Nurses (Aniarti), Italian Society of Emergency Medicine (SIMEU), and Italian Society Palliative Care (SICP)]. [How to communicate with families of patients in complete isolation during SARS-CoV-2 pandemic multidisciplinary working group «ComuniCoViD»]. *Recenti Prog Med*. junio de 2020;111(6):357-67.
19. Bakar M, Capano E, Patterson M, McIntyre B, Walsh CJ. The Role of Palliative Care in Caring for the Families of Patients With COVID-19. *Am J Hosp Palliat Care*. octubre de 2020;37(10):866-8.
20. Rao SR, Spruijt O, Sunder P, Daniel S, Chittazhathu RK, Nair S, et al. Psychosocial Aspects of COVID-19 in the Context of Palliative Care - A Quick Review. *Indian J Palliat Care*. junio de 2020;26(Suppl 1):S116-20.
21. Sutherland AE, Stickland J, Wee B. Can video consultations replace face-to-face interviews? Palliative medicine and the Covid-19 pandemic: rapid review. *BMJ Support Palliat Care*. septiembre de 2020;10(3):271-5.
22. Romanò M. [Between intensive care and palliative care at the time of CoViD-19.]. *Recenti Prog Med*. abril de 2020;111(4):223-30.
23. Rubio O, Estella A, Cabre L, Saralegui-Reta I, Martin MC, Zapata L, et al. [Ethical recommendations for a difficult decision-making in intensive care units due to the exceptional situation of crisis by the COVID-19 pandemia: A rapid review & consensus of experts]. *Med Intensiva*. octubre de 2020;44(7):439-45.

Atención de pacientes COVID-19 en situación terminal. Revisión bibliográfica.

Autor: David Martínez Escudier. Tutor: Álvaro Sanz Rubiales



Introducción

La pandemia del nuevo coronavirus, declarada en marzo del 2020, ha obligado a implementar medidas estrictas de control de la transmisión del virus, una situación que, añadida al aumento de la demanda asistencial, ha dificultado provisión y acceso de pacientes COVID-19 a los cuidados paliativos.

Objetivo: Estudiar cómo se ha planteado la atención del paciente con diagnóstico COVID-19 en situación de últimos días.

Material y Métodos

Metodología: Revisión sistemática de enfoque cualitativo

Estrategia de búsqueda

Bases de datos: Pubmed y EMBASE.

Fecha búsqueda: 5 de octubre de 2020.

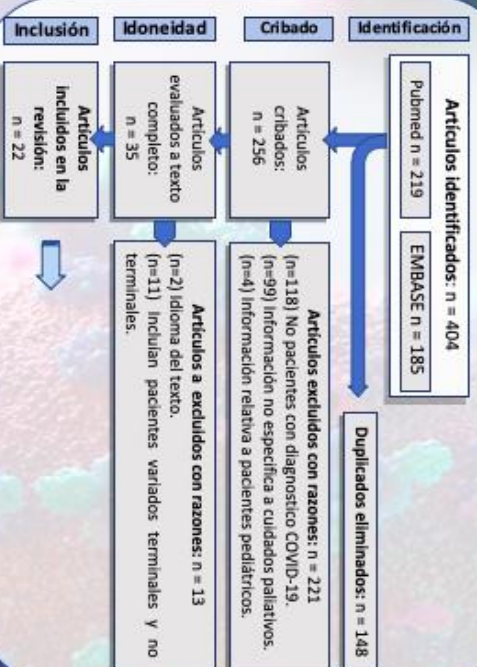
Criterios de inclusión:

- ✓ Idioma: inglés, español, francés e italiano.
- ✓ Paciente en situación terminal con diagnóstico SARS-CoV-2 positivo.

Criterios de exclusión:

- Pacientes paliativos no COVID-19.
- Artículos no específicos a cuidados paliativos.
- Pacientes pediátricos.

Resultados



Telemedicina

- Es una herramienta útil siempre que no reemplace la prestación presencial.
- Se ha relacionado con una reducción de ingresos y aumento de la calidad de vida.
- Paciente/familia se sienten satisfechos con su uso.
- Los dispositivos electrónicos son recomendados para establecer reuniones sin contacto.
- En caso inesperienza digital es útil establecer un contacto de apoyo.

Control sintomático

- Diseñar y la agitación los síntomas más frecuentes paliados con dosis usuales.
- La perfusión continua facilita el control de síntomas y reduce el uso de la pauta a demanda.
- Plan de actuación para profesionales no familiarizados con cuidados paliativos.
- Herramientas de evaluación y detección precoz.
- Mantener la monitorización para control de síntomas en aislados.

Duelo familiar

- Protocolos ante las familias que sufren pérdidas por COVID-19.
- Visitas cortas si el paciente está llegando al final de su vida.
- La percepción de que el paciente ha recibido apoyo espiritual favorece el curso del duelo.
- Conocer perspectivas terapéuticas del paciente reduce la morbilidad psicológica de la familia en duelo.
- Informar de alternativas de celebración virtual de funerales.

Conflictos éticos

- No establecer criterios donde solo se valore la edad cronológica.
- Establecer estrategias que maximicen la supervivencia al año y el nº de años de vida salvados.
- Se han aplicado cuidados paliativos cuando en una situación "pre-pandémica" no se hubieran indicado.
- Conocer perspectivas terapéuticas y valores del paciente.

Conclusión

Los desafíos que plantea la COVID19 ofrecen una oportunidad única para desarrollar estrategias innovadoras que deberán ser difundidas para mejorar la calidad asistencial.

Bibliografía

1. Tang A, Emerson J, Hagstrom U, Shetter D. Palliative care for patients with severe COVID-19. *Chest*. 2020;157(4):1203-1207.
2. Aliza S, Kaur R, Saha N. Coronavirus-induced palliative care during the COVID-19 pandemic. *Jorn Med from Cam*. July 2020;17(2):102-5.
3. Gupta A, Srinivas R. Palliative care in the context of a pandemic: where do we stand. *Chil Med Res*. 2020;30: 20-24 July 2020.