

Guía Operativa para la atención paliativa de personas sospechosas o confirmadas de infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) y sus familias.

**DIRECCIÓN
NORMATIVA
DE SALUD**

VERSIÓN 09 de mayo del 2020
Ciudad de México.



ISSSTE

**INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**



Dirección Normativa de Salud, Ciudad de México.
VERSIÓN 09 de mayo del 2020

Las disposiciones, lineamientos y recomendaciones incluidas en el presente documento están en continua revisión y podrán ser modificadas de acuerdo a la evolución de la situación epidemiológica, a las pautas de prevención, aislamiento, protección o terapéuticas según las evidencias de las que se disponga. Versiones posteriores especificarán las modificaciones, páginas y comentarios.

VERSIÓN	MODIFICACIÓN	PÁGINA	COMENTARIO

Correspondencia: jorge.ramosg@issste.gob.mx



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Mtro. Luis Antonio Ramírez Pineda
Director General

Dr. Ramiro López Elizalde
Director Normativo de Salud

Lic. Mónica González Ortega
Subdirector de Gestión y Evaluación en Salud

Dr. Fiacro Jiménez Ponce
Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria

Dr. Jorge Alberto Ramos Guerrero
Subdirector de Prevención y Protección a la Salud

Dra. Laura Minerva Hernández Herrera
Subcoordinadora

GRUPO TÉCNICO CIENTÍFICO

Dr. Jorge Alberto Ramos Guerrero

Pediatra Paliativista, Maestro en Desarrollo Humano, Master en Cuidados Paliativos en el Enfermo Oncológico, Subdirector de Prevención y Protección a la Salud, ISSSTE.
(Editor)

Psic. Jocelyn Adriana Carrillo Alvarez

Lic. en psicología, maestrante en prevención y tratamiento en adicciones, Encargada de Programa Salud mental, Subdirección de Prevención y Protección a la Salud

Dr. Antonio Cerritos

Médico Cirujano, Maestría en Psicoterapia, PALIATIVISSSTE

Dra. Xochitl Duque Alarcon

Médico especialista en psiquiatría, Maestría en Ciencias Médicas, Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria.

Dra. Michel Herrera Canales

Médica Especialista en Medicina Preventiva; Maestría en Salud Pública con Área de Concentración en Epidemiología, Encargada de Programa de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, Subdirección de Prevención y Protección a la Salud

Dr. Oscar Flores Munguía

Médico Cirujano, Especialidad en Epidemiología; Alta Especialidad en Epidemiología Hospitalaria y Control de Infecciones. Jefe de Departamento de Vigilancia y Control Epidemiológico, Coordinador de Respuesta COVID-19

Psic. Maribel Hernández Herrera

Lic. en Psicología, Maestría en psicooncología y cuidados paliativos; Adscrita al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos"

Lic. Nallely Montes Valenzuela

Lic. en Trabajo Social, Educadora en Diabetes. Encargada de Programa de Envejecimiento Saludable, Subdelegación Médica Norte.

Dr. Miguel Angel Nakamura Flores

Médico Cirujano, Especialidad en Salud Pública y Medicina Preventiva; Maestro en Salud Pública con Área de Concentración en Administración en Salud, Jefe de Departamento, Programas Especiales.

Dra. Patricia Eugenia Ornelas Tavares

Lic. en Psicología, Dra. en Investigación Clínica, Profesora Titular del Dpto. de Psicología Educación y Salud de ITESO

Dra. Psic. Leticia Ascencio Huertas

Especialista en Psicología de la salud, Mtra. En psicología experimental y Dra. en Ciencias Sociales y administrativas. Adscrita al servicio de cuidados paliativos del Instituto Nacional de Cancerología (INCan)

Dra. Elvira Livier Ortiz Coronado

Médico Cirujano, Master en Cuidados Paliativos en el Enfermo Oncológico, Maestra en Investigación Clínica, Adscrito al Hospital Regional del ISSSTE, León, Gto.

Dra. Mónica Osio Saldaña

Médico Cirujano, Especialista en Algología, Maestra en Ciencias, Máster oficial en Cuidados Paliativos Pediátricos.

Dr. Juan Ignacio Reyes Torres

*Médico Anestesiólogo,
Algólogo Intervencionista
Adscrito a la Unidad de Control del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General ISSSTE Saltillo Coahuila*

Dra. María Guadalupe Pizano Escalante

Médico Especialista en Medicina Interna; Subespecialista en Geriátrica, Adscrita a Hospital Regional "Dr. Valentín Gómez Farías".

Dra. Nayely Vianey Salazar Trujillo

Médico Especialista en Anestesiología; Subespecialista en Algología, Adscrita al Hospital Regional "Centenario de la Revolución Mexicana".

Dr. Alejandro Quiroz Hernández

Médico Cirujano, Maestría en Salud Pública, PALIATIVISSSTE

Dra. Iris Mabel Narvaez Sarmiento

Anestesióloga, Algóloga, cuidados paliativos, Unidad de Cuidados Paliativos, Centro Médico Nacional 20 de noviembre, ISSSTE.

Dra. Faviola Luna López

*Especialista en Urgencias Médico Quirúrgicas
Alta especialidad en medicina paliativa,
Maestría en Administración hospitalaria y salud pública,
Servicio de cuidados paliativos Hospital Regional de Puebla, ISSSTE.*

Dr. Juan Afaro Ceja

Anestesiólogo, Algólogo, Cuidados Paliativos, Unidad de Cuidados Paliativos Clínica Hospital Uruapan, Michoacán

Dra. Dalia Vasquez Vasquez

Anestesióloga, Algóloga, Cuidados Paliativos, Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Regional "Ignacio Zaragoza", ISSSTE

Dr. Carlos Jhosell Enriquez López

Anestesiólogo, Algólogo, Cuidados Paliativos, Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Regional "Centenario de la Revolución Mexicana".

Dr. Alberto David León Alatorre

AEspecialista en Geriátrica, adscrito al Hospital General Tacuba, Titular del Programa Hospital en Casa, ISSSTE.

Abreviaturas y siglas

AP	Atención Paliativa
COVID-19	Acrónimo del inglés <i>coronavirus disease 2019</i>
CP	Cuidados Paliativos
EPP	Equipo de protección personal.
IM	Intramuscular
IRAG	Infección Respiratoria Aguda Grave
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
IV	Intravenosa
LGS	Ley General de Salud.
mcg	Microgramos
mg	Miligramos
NOM	Norma Oficial Mexicana.
SC	Subcutanea
SL	Sublingual
SVA	Soporte Vital Avanzado
SDRA	Síndrome de dificultad respiratoria aguda
VO	Vía oral

Índice

- 1.-** Introducción
- 2.-** Marco Jurídico
- 3.-** Objetivos
- 4.-** Justificación
- 5.-** Atención Paliativa
- 6.-** Control de síntomas en el paciente con IRAG
- 7.-** Sedación Paliativa en IRAG
- 8.-** Abordaje de la persona en la etapa final de la vida y el fallecimiento
- 9.-** Atención psicosocial y espiritual de la persona enferma y su familia.
- 10.-** Planeación de cuidados avanzados; voluntad anticipada y órdenes de no reanimación.
- 11.-** Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en el paciente con IRAG
- 12.-** Comunicación en Situaciones Críticas
- 13.-** Toma de decisiones con una perspectiva ética y de derechos humanos
- 14.-** Cuidado integral de los profesionales que atienden COVID-19.
- 15.-** Organización para la Acción
- 16.-** El paciente pediátrico con IRAG y necesidades paliativas
- 17.-** Anexos
- 18.-** Bibliografía

1.- Introducción

“Ahora el mundo necesita solidaridad para vencer el virus y construir un mundo mejor”.

António Guterres; Secretario General de la ONU
31 de marzo de 2020

En diciembre 2019 aparecieron en China casos de neumonía que posteriormente se documentó se trataba de un nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2 que provoca COVID-19 (acrónimo del inglés *coronavirus disease 2019*) que se extendió por el mundo y fue declarada pandemia global por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo del 2020.

Desde entonces y con fecha de corte al 07 de mayo de 2020, a nivel mundial existen 3,672,238 casos confirmados (83,465 casos nuevos) de COVID-19 y 254,045 defunciones, con una Tasa de letalidad global del 6.9%.¹ En México hasta el día de hoy se han confirmado 29,616 casos y 2,961 defunciones por COVID-19.² El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ha confirmado a la fecha, 1,679 pacientes y 214 defunciones.³ Los números continúan en aumento en todos los niveles, cifras que representan vidas humanas.

La respuesta ante una emergencia sanitaria requiere que además de las consideraciones epidemiológicas, científicas y técnicas, no se olvide la dimensión humana. Una pandemia es una causa y un poderoso amplificador del sufrimiento humano, en particular el asociado a la enfermedad, la vulnerabilidad y la muerte. Tal como menciona la Comisión Lancet para cuidados paliativos (1):

“El alivio de la carga de dolor, sufrimiento y angustia severa asociada con las condiciones de salud que amenazan o limitan la vida y con el final de la vida es un imperativo mundial de salud y equidad.”

Recibir un control adecuado de los síntomas es un derecho humano básico y tenemos el deber fundamental de aliviar el sufrimiento y brindar la mejor atención con los recursos disponibles, independientemente de las posibilidades de supervivencia. El alivio de ese sufrimiento, en todas sus formas es un imperativo y en el particular de una situación de emergencia pública debe ser una parte clave de la respuesta. Los valores de la compasión y la atención total que brindan la atención

¹ Fuente: OMS. Situation Report-108 al 07 de mayo de 2020. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200507-covid-19-sitrep-108.pdf?sfvrsn=4cdda8af_2

² Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, *Comunicado Técnico Diario Nuevo Coronavirus en el Mundo (COVID-19)*, 07/05/2020. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/>

³ Subdirección de Prevención y Protección a la Salud, Dirección Normativa de Salud, ISSSTE. *Nota Informativa COVID-19 en ISSSTE*, 07/05/2020



paliativa, se requieren como un componente esencial en el abordaje médico en esta crisis humanitaria.

Este abordaje de atención puede beneficiar en particular a los pacientes con IRAG, sospechosos o confirmados por COVID-19 o Influenza para los cuales el *soporte vital avanzado* es una medida fútil o desproporcionada, al igual para aquellas personas con enfermedad severa que llega a la fase final de la vida.

En congruencia con los principios la Dirección Normativa de Salud a través de *PALIATIVISSSTE, Programa Institucional de Atención Paliativa*, emite la presente *“Guía Operativa para la atención paliativa de personas sospechosas o confirmadas de infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) y sus familias.”* Dicho documento se encuentra fundamentado en las disposiciones internacionales y nacionales relativas al tema, con adaptación a la particularidad Institucional que implica esta pandemia.

Durante la crisis de COVID-19, las unidades médicas pueden implementar estrategias para reducir el sufrimiento humano, a través del tratamiento activo a los síntomas molestos, el abordaje de las dimensiones psicológicas, afectivas, sociales y espirituales, la optimización de una comunicación clara y efectiva, además del apoyo para la toma de decisiones en situaciones complejas (5).

No brindar cuidados paliativos en estos contextos agravaría la tragedia de la pandemia y podría considerarse un factor de fracaso sustantivo de la atención médica(2).

2.- Marco Jurídico

- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.
- LEY GENERAL DE SALUD⁴.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.
- Ley de Asistencia Social.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado
- NOM-011-SSA3-2014. *Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.*
- DECRETO *por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de servicios de Atención Médica*, 01 de noviembre del 2013.
- ACUERDO *que modifica el Anexo Único del diverso por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos, publicado el 26 de diciembre de 2014.*
- ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico. Diario Oficial de la Federación 14 de diciembre de 2016.
- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA en cuidados paliativos. México; Secretaría de salud, 2017.
- Código de Ética para las Personas Servidoras Públicas del Gobierno Federal

⁴ *Ley General de Salud*, Artículo 3, Fracción II, XXVII Bis; Artículo 27, Fracción III; Artículo 33, Fracción IV; Artículo 59, Fracción III; Artículo 112, Fracción III; Consultado el 15 de abril 2020 y disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_241218.pdf ;

3.- Objetivos

a) General

Establecer lineamientos institucionales para proporcionar atención paliativa (AP) a personas con *Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) con sospecha o confirmación de COVID-19 e Influenza* que se encuentren en una condición de limitación o amenaza para la vida.

b) Específicos

1. Contribuir al alivio del sufrimiento de los pacientes con IRAG y sus familias a través del control sintomático y el abordaje de las dimensiones psicológicas, emocionales, sociales y espirituales en el contexto de la pandemia en el contexto de la pandemia cuidando la bioseguridad del enfermo-familia y/o cuidadores-equipo de salud.
2. Proporcionar directrices a los profesionales de la salud que se encuentran en primera línea de atención COVID-19 para otorgar atención paliativa básica.
3. Favorecer la *planificación anticipada de la atención* y la articulación de los objetivos de la misma, en consideración de los deseos, expectativas y valores de la persona.
4. Brindar atención a la persona en la fase final de la vida y a su familia.
5. Coadyuvar en la reestructuración del esfuerzo terapéutico cuando se determine limitación del tratamiento a soporte vital básico por falta de respuesta terapéutica.
6. Ofrecer elementos para la comunicación en situaciones críticas y la toma de decisiones.
7. Reforzar estrategias de cuidado y bienestar para los profesionales que atienden COVID-19.
8. Identificar elementos para la acción coordinada e integrada de atención paliativa.
9. Particularizar elementos de la atención paliativa pediátrica en la situación de COVID-19.

4.- Justificación

La pandemia de infección por SARS-CoV-2 generadora de COVID-19 ha afectado profundamente a los sistemas de salud y generado enormes pérdidas para las familias, las comunidades y las naciones.

En el contexto presente, se amplifica la realidad humana del sufrimiento, convirtiéndose en una catástrofe que desborda personas, familias y naciones (3). Este se define como:

“Un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación amenazante de la integridad, la impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla (4).”

Ello está particularmente exacerbado en la persona con una IRAG, independiente de que sea sospechoso o confirmado con COVID-19, así como en su familia, debido a la carga de síntomas físicos además del miedo y ansiedad presente en cualquier enfermedad grave, pero incrementados por la falta de información y comprensión sobre una patología nueva. Si además se supera la capacidad del sistema de salud, este sufrimiento también puede agravarse por la angustia existencial causada por la falta de disponibilidad de servicios y equipos de atención médica(5).

Por lo tanto, los sistemas de salud, las unidades hospitalarias y las personas que son su capital humano, requiere de la compasión como una actitud continua, la cual se entiende como la *habilidad de identificar el sufrimiento propio y/o ajeno, unida a la acción para aliviarlo*. Una prioridad institucional es el proporcionar el cuidado lo más integralmente posible, en el contexto de una *condición amenazante para la vida* como la que muchas personas experimentan.

La AP que provea cuidados activos y disponibles debe ser una parte esencial de cualquier respuesta a una crisis humanitaria, incluida la actual pandemia de SARS-CoV-2 (2,6); en particular determinado por los dominios de acción inherentes a dicho abordaje(2,7):

1. El alivio al sufrimiento, a través del manejo de los síntomas del paciente.
2. El abordaje de las necesidades psicológicas, emocionales, sociales y espirituales.
3. La discusión de los deseos, expectativas y valores del paciente a través de la planificación anticipada de la atención y la articulación de los objetivos de la misma.
4. El soporte en la toma de decisiones complejas.
5. El apoyo a familias a través de la comunicación efectiva y la gestión de la incertidumbre clínica ante el diagnóstico y evolución de COVID-19.

Merece particular esmero el proporcionar atención paliativa para aquellas personas que no se les brinda por cualquier motivo un *soporte vital avanzado* (SVA) o que están muriendo por COVID-19; no brindar cuidados paliativos en este contexto agravaría la tragedia de la pandemia y podría ser un fracaso más sustancial del sistema de atención médica (2,8)

Si bien la AP ha experimentado recientemente un crecimiento y una mayor penetración en la atención médica integral, aún la integración de equipos en nuestro país y particularmente en nuestro Instituto no ha satisfecho la demanda (9). En el caso de unidades que cuenten con equipos de Ap o profesionales con formación en el área, ellos pueden proveer consulta directa a pacientes que requieren de ayuda además de facilitar apoyo para todos los profesionales de “primera línea” (5).

Durante la crisis de COVID-19, las unidades pueden implementar estrategias para reducir el sufrimiento humano, a través de la difusión y aplicación de guías que reconozcan las necesidades paliativas y den respuesta a las mismas; de la capacitación de profesionales en la aplicación de los dominios de los CP; de la coordinación para la acción (5,7,10).

En medicina siempre hay algo que hacer por las personas, incluso cuando no hay nada más que hacer por preservar la vida. A partir de ese momento, la atención paliativa se convierte en la alternativa privilegiada encaminada a preservar la calidad de vida hasta el último momento de la misma (11).

5.- Atención Paliativa

La AP constituye un planteamiento que permite *mejorar la calidad de vida de los pacientes* y sus familias cuando afrontan los problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal, planteamiento que se concreta en la prevención, el alivio del sufrimiento mediante la detección precoz, la correcta evaluación, terapia del dolor y otros problemas, ya sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual (12).

Es un derecho para las personas que experimentan condiciones de salud que *limitan o amenazan la vida*, que afecten de manera negativa la calidad de vida y generan sufrimiento asociado a la enfermedad; ello independientemente de si se encuentra en un esfuerzo terapéutico curativo o eminentemente paliativo. Es una obligación ética - legal de las Instituciones de Salud el proporcionar cuidados paliativos con la finalidad de aliviar el dolor y el sufrimiento (13,14).

La actual pandemia de SARS-CoV-2 generadora de COVID-19 no es la excepción, sino por el contrario debe ser parte de las acciones de respuesta; en este sentido, el presente documento aborda los dominios de la AP, mismos que son:

1. Control de síntomas del paciente con IRAG.
2. Sedación paliativa en IRAG.
3. Abordaje de la persona en la fase final de la vida y su fallecimiento.
4. Atención psicosocial y espiritual del enfermo y la familia.
5. Planeación de cuidados avanzados, voluntad anticipada y órdenes de no reanimación.
6. Adecuación del esfuerzo terapéutico en el paciente con IRAG.
7. Comunicación en situaciones críticas.
8. Toma de decisiones con una perspectiva ética y de derechos humanos.
9. Cuidado integral de los profesionales que atienden COVID-19.
10. Organización para la acción.
11. El paciente pediátrico con IRAG y necesidades paliativas.

6.- Control de síntomas en el paciente con IRAG.

El control sintomático es una pieza fundamental para aliviar el sufrimiento de los pacientes con una condición que amenaza o limita la vida. Recibir un control adecuado de los síntomas es un derecho humano básico, independientemente de la de las posibilidades de supervivencia.(15)

Las personas se benefician de estrategias no farmacológicas o farmacológicas para el control de síntomas. Un paciente con IRAG, independientemente si se sospecha o confirma infección por SARS-CoV-2 u otra etiología, puede tener una carga de síntomas que afecten profundamente y de manera negativa su calidad de vida.

En la tabla 1 se presentan los principios generales del control sintomático en la atención paliativa.

Tabla 1.- Principios generales del control de síntomas		
1	<i>Evaluar antes de tratar</i>	<ul style="list-style-type: none">• Intensidad y severidad.• Excluir causas reversibles.• Situación general de la enfermedad y aspectos pronósticos
2	<i>Definir los objetivos terapéuticos</i>	<ul style="list-style-type: none">• Establecer objetivos realistas, razonables y escalonados basados en la evaluación de situación y en los aspectos pronóstico.• Tener en cuenta posibles incidentes y crisis en la evolución, aconsejando las medidas de prevención y respuesta.
3	<i>Elaborar un plan terapéutico global</i>	<ul style="list-style-type: none">• Que incluya medidas farmacológicas, generales, y de indicación y accesibilidad de recursos, siempre combinadas.
4	<i>Informar y comunicar apropiadamente a la persona interna y la familia.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Sobre causa, mecanismos, estrategia terapéutica, cambios evolutivos
5	<i>Promover el seguimiento terapéutico</i>	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar y mantener una atención continuada.

Modificado de: Porta Sales, J; Gómez Batiste, X; Tuca Rodríguez, A; *Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. Institut Català d'Oncologia (ICO), 3ª Edición, 2013.(16)

De manera general se establece que en situación de una enfermedad transmisible se intentará usar medicamentos en forma de infusión para reducir los contactos innecesarios de enfermería (2,17,18).

A continuación, se abordan los síntomas mas comunes en el paciente con IRAG. Es importante mencionar que las sugerencias para el control de síntomas aquí

comentadas deben hacerse de forma individualizada en cada paciente, y son aplicables cuando se han realizado el tratamiento etiológico no ha logrado controlar el cuadro.

a) Disnea

Síntoma que en COVID-19 se ha reportado hasta en el 65% de los pacientes (19) Percepción anormal y desagradable de limitación de la respiración. La manifestación del paciente con disnea es fruto de la propia sensación así como de su reacción a la percepción. Puede manifestarse en forma de múltiples expresiones: “ahogo”, “fatiga”, “falta de aire”, “presión torácica”, “asfixia”, etc. La disnea es un síntoma y hay que diferenciarla de la taquipnea (signo) ya que no siempre se manifiestan simultáneamente.(16)

El principal factor que precipita la disnea es la infección viral pulmonar que causa una neumonía intersticial con una reducción en la capacidad de difusión pulmonar; en algunos pacientes esto evoluciona a *síndrome de dificultad respiratoria aguda* (SDRA).

El tratamiento de la disnea tiene que contemplar el tratamiento etiológico de la causa de la disnea y el tratamiento sintomático farmacológico y no farmacológico. En el caso de disnea severa, el tratamiento de elección es la morfina misma que al reducir la respuesta ventilatoria a hipercapnia e hipoxia, reduce el esfuerzo ventilatorio y sensación de asfixia, mejorando el confort y con un reducción de síntoma entre 20 - 30%.

	Estrategias Farmacológicas			Estrategias No Farmacológicas
	Fármaco	Dosis	Precauciones	
Disnea Severa	Morfina	<p>ADULTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Oral</i>: Liberación rápida 5mg /4-6hrs. • <i>Parenteral</i>: Dosis Inicial 2.5 mg IV o SC c/4hrs; <i>Infusión Continua</i> (SC o IV) 10 mg /24hrs ajustados a dosis respuesta <p>Rescates 10% dosis total de morfina en 24 hr.</p> <p>PEDIÁTRICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Oral</i>: Liberación rápida; 1 a 11 años: 30-60 mcg/kg c/4-6hrs. • <i>Parenteral</i> (SC o IV): Dosis Inicial 30-50mcg SC/IV c/4hrs; máximo dosis iniciales • <i>Infusión Continua</i> (SC o IV) Si tolera se puede dejar 120 a 200mcg/kg/24 horas <p>Rescates: 10% dosis total de morfina en 24 hr.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar neurotoxicidad; alucinaciones, sedación intensa, mioclonías, confusión. <p>En este caso reducir dosis al 50%</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Utilizar antiemético en caso de náusea/vómito. 3. Agregar un laxante (picosulfato de sodio/lactulosa o senósidos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas posturales: <ul style="list-style-type: none"> • Posicionamiento con el tórax en semifowler >30°. • Decubito lateral o prono • Respiración que permita la espiración completa. • Respiración rítmica con y lenta. • Técnicas de Relajación y manejo de ansiedad
	Otros opioides	<p>Para su prescripción requieren la valoración por especialistas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fentanilo ADULTOS 2 a 5 mcg/kg/hora PEDIÁTRICOS 1 a 5 mcg/kg/dosis • Metadona ADULTOS 1 a 5 mg / 8 horas PEDIÁTRICOS 0.2 a 0.8 mg/kg/dosis 	<ol style="list-style-type: none"> 4. En caso de Insuficiencia renal calcular 50% de la dosis o utilizar Hidromorfona. 	

b) Tos

Presente en COVID-19 hasta en 80% de los pacientes(19). Los mecanismos potenciales generadores de tos en la infección respiratoria viral y el SDRA incluyen inflamación, daño epitelial, impactación mucosa y cambios neuro-moduladores (aumento de la sensibilidad al reflejo de la tos). En el caso de tos severa, el fármaco de elección es la morfina.

Tos Severa	Estrategias Farmacológicas			Estrategias No Farmacológicas
	Fármaco	Dosis	Precauciones	
	Dextro metorfano	ADULTOS 15 a 30 mg / 6 horas PEDIÁTRICOS 0.5 a 1 mg/kg/día	Dosis máxima 120mg/día	
	Morfina	ADULTOS • <i>Oral</i> : Liberación rápida 2.5mg /4-6hrs. • <i>Parenteral</i> : Dosis Inicial 1mg SC c/4hrs; PEDIÁTRICOS • <i>Oral</i> : Liberación rápida; 1 a 11 años: 15-30 mcg/kg c/4-6hrs. • <i>Parenteral</i> (SC o IV): Dosis Inicial 15-25mcg SC/IV c/4hrs; máximo dosis iniciales	1. Los pacientes con tos no controlada o con abundantes secreciones no deben recibir medicación vía oral, transmucosa, sublingual o intranasal. 2. Valorar uso de cromoglicato de sodio 10mgs inhalado 4 veces al día.	<ul style="list-style-type: none"> Minimizar el riesgo de transmisión cruzada Higiene respiratoria. Humidificar el aire/oxígeno Medidas posturales: adopción de aquellas posturas que el enfermo identifica como menos productoras de tos.

c) Fiebre

Fiebre	Estrategias Farmacológicas			Estrategias No Farmacológicas
	Fármaco	Dosis	Precauciones	
	Paracetamol	ADULTOS • 500 a 750gr VO/IV cada 4-6horas. (Máximo 4 grs/día en dosis divididas) PEDIÁTRICOS • <i>Oral</i> : 10-15 mg/kg c/4-6hrs. • <i>Parenteral</i> (IV): 10mg/kg c/4hrs; para 15 minutos (Máximo 60mg/kg/día)	En tanto no se tenga mayor evidencia de uso seguro de ibuprofeno se recomienda no utilizar	
	Metamizol	ADULTOS • 1-3 g/día VO/IV en dosis cada 8 horas. PEDIÁTRICOS • 40 mg/kg/día VO/IV en dosis cada 8 horas.	<ul style="list-style-type: none"> Dosis máxima adulto 5 grs/día en dosis divididas. Dosis máxima pediátrica 80 mg/kg/día 	<ul style="list-style-type: none"> Control de temperatura con medios físicos.

d) Angustia/ansiedad

Es probable que la ansiedad secundaria a la disnea, el aislamiento social y el miedo estén presentes en algún grado en todos los pacientes con COVID-19. Los pacientes gravemente enfermos pueden estar particularmente angustiados, debido a la inminente posibilidad de que su situación pueda empeorar rápidamente y puedan morir, potencialmente agravados por la pérdida de apoyo de sus familias, a quienes no se les permite visitar o recibir atención de profesionales de la salud en equipo de protección personal.

Ansiedad	Estrategias Farmacológicas			Estrategias No Farmacológicas
	Fármaco	Dosis	Precauciones	
Benzodiacepinas (acción corta o ultracorta)		Lorazepam (VO/SL/IV/SC) ADULTOS 0.5-2mg c/6 horas PEDIÁTRICOS 0.02-0.05mg/kg/d cada 6 horas.	<ul style="list-style-type: none"> Pueden precipitar un cuadro de delirium. Deben de utilizarse con precaución en retención de CO₂ 	<ul style="list-style-type: none"> Es importante durante un episodio proporcionar un espacio físico seguro en la medida de lo posible. Brindar consuelo y apoyo, escuchar sin prejuicios. Normalizar las reacciones. Relajación profunda, respiración abdominal, relajación muscular progresiva, relajación en imaginación e hipnosis. Técnicas cognitivas de contención: dejar pasar, aplazar y detener pensamientos; en especial, los pensamientos rumiativos e intrusivos sobre la enfermedad.
		Midazolam (VO/SL/R/IV) ADULTOS 5-10mg c/6 horas (PRN) PEDIÁTRICOS 25mcg/kg cada 6 horas (PRN)		
Neurolépticos con efecto ansiolítico		Clonazepam VO ADULTOS 0.5 -2 mg c/6 horas (PRN) PEDIÁTRICOS 25mcg/kg cada 6 horas (PRN)	<ul style="list-style-type: none"> No se sugiere escalar. Útiles en caso de ansiedad y delirium 	
		Levomepromacina , 7.5 vía SC, Hasta un máximo de tres veces. Clorpromacina 4-6mgs cada 8-12hrs vía oral o 8-12 mg/día en perfusión IV 24hrs.		

e) Delirium

Estado confusional agudo que resulta de una disfunción orgánica cerebral difusa y se caracteriza por alteraciones en el nivel de conciencia y de la atención, asociándose alteraciones cognitivas y de la percepción. Se describe como uno de los síntomas en COVID-19 en cuadros severos (17) Se clasifica en:

- Hiperactivo:** el paciente se encuentra agitado, hipervigilante, y con activación psicomotriz.
- Hipoactivo:** el paciente se encuentra apático, somnoliento, enlentecido y con disminución marcada de la atención y nivel de alerta.
- Mixto:** alterna momentos de agitación con letargia. Es el tipo más frecuente, constituyendo más del 50% de los deliriums.

El diagnóstico es exclusivamente clínico. El *Confussion Assesment Method* detecta su existencia si se responden positivamente 1 y 2 más alguna de las otras.

- Inicio agudo y curso fluctuante:** ¿Hay evidencia de un cambio del estado mental del paciente con respecto a su estado previo hace unos días?, ¿Ha presentado cambios de conducta el día anterior, fluctuando la gravedad?
- Inatención:** ¿Presenta el paciente dificultades para fijar la atención? (p. ej., se distrae fácilmente, siendo difícil mantener una conversación; las preguntas deben repetirse, persevera en una respuesta previa, contesta una por otra o tiene dificultad para saber de qué estaba hablando).

3. Desorganización del pensamiento: ¿Presenta el paciente un discurso desorganizado e incoherente, con una conversación irrelevante, ideas poco claras o ilógicas, con cambios de tema de forma impredecible?

4. Alteración del nivel de conciencia: ¿Qué nivel de conciencia (como capacidad de ser influido por el entorno) presenta el paciente?

1. Alerta (normal)
2. Vigilante (hiperalerta)
3. Letárgico (inhibido, somnoliento)
4. Estuporoso (difícil despertarlo)
5. Comatoso (no se despierta)

El tratamiento, en el caso de que sea posible busca corregir la causa, o causas que lo desencadena y tratar la sintomatología asociada. En COVID-19 generalmente serán la hipoxemia, el estado inflamatorio agudo, fiebre, y las alteraciones hepáticas.

Delirium	Estrategias Farmacológicas			Estrategias No Farmacológicas
	Fármaco	Dosis	Precauciones	
	Haloperidol	ADULTOS (VO/SL/IM/IV) 1-5mg c/4-6 horas Mantenimiento 20mg/día. PEDIÁTRICOS (IV/SC) • Niño de 1 mes a 11 años: dosis inicial de 25 mcg/kg/24 horas (máximo inicial 1,5 mg / 24 horas). La dosis puede aumentarse según sea necesario • Niños de 12 a 17 años: dosis inicial de 1,5 mg/24 horas. La dosis puede aumentarse a medida que sea necesario (máximo 5 mg/24 horas)	<ul style="list-style-type: none"> Dosis Máxima adulto 50mg/día Dosis Máxima Pediátrica 85 mcg/kg/24horas, Agente de primera línea tanto para delirium hipoactivo como hiperactivo. 	
	Levo-Meprobizina	ADULTOS (IV/SC) 12.5 - 25 mg/dosis PEDIÁTRICOS (IV/SC) • Niño de 1 mes a 11 años: dosis inicial de 100 mcg/kg/24 horas aumentarse según sea necesario a un máximo de 400mcg/kg/24hrs. • Niños de 12 a 17 años: dosis inicial de 5 mg/24 horas, aumentarse a medida que sea necesario máximo 25mg/24hr.	<ul style="list-style-type: none"> Dosis máxima adulto 300mg/día. Dosis máxima Pediátrica 25 mg/24hr. Segunda línea si se requiere sedación. 	
	Clorpromacina	ADULTOS 0.5-1mg c/4-6 horas (VO/SL/IV) PEDIÁTRICOS (VO/IM Profunda) • Niño de 1 a 5 años: 500 microgramos / kg cada 4 a 6 horas; máximo 40 mg diarios, • Niño de 6 a 11 años: 500 microgramos / kg cada 4 a 6 horas; máximo 75 mg diarios, • Niños de 12 a 17 años: 10 a 25 mg cada 4 a 6 horas.	<ul style="list-style-type: none"> No se recomienda su uso SC por ser muy irritante 	
	Benzodiazepinas	Lorazepam: (VO/SL/IV/SC) ADULTOS 0.5-2mg c/6 horas PEDIATRÍA 0.02-0.05mg/kg/d cada 6 horas. Midazolam (VO/SL/R/IV) ADULTOS 5-10mg c/6 horas (PRN) PEDIÁTRICOS 25mcg/kg cada 6 horas (PRN)	<ul style="list-style-type: none"> Puede exacerbar la agitación. Monitorizar de manera cercana. 	

7.- Sedación Paliativa en IRAG

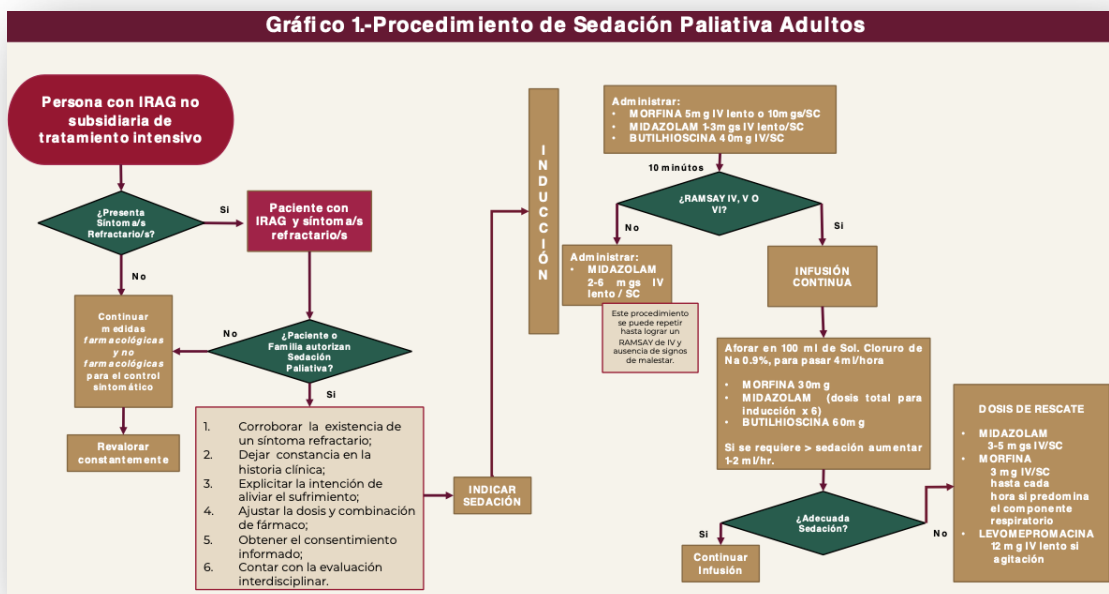
En caso de que los síntomas sean refractarios al manejo puede utilizarse la sedación paliativa. Esta maniobra terapéutica busca la disminución proporcional del nivel de conciencia, tanto como sea preciso adecuadamente uno o mas síntomas. En pacientes hipóxicos con progresión de la enfermedad no subsidiaria de tratamiento intensivo debe considerarse como una expresión de buena práctica clínica y debe seguir las recomendaciones existentes. Se utilizará particularmente en pacientes con IRAG que no son candidatos a cuidados intensivos, que evolucionan desfavorablemente y presentan síntomas intensos (2,20) que en COVID-19 lo mas frecuente es disnea y ansiedad (17).

Para que la sedación sea considerada ética y legalmente lícita se requiere (16,21):

1. **Existencia de un síntoma refractario** que es aquel que aquel que no pueda ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable.
2. **Constancia en la historia clínica:** etiología del síntoma, tratamientos utilizados, evolución.
3. **Intención de aliviar el sufrimiento:** utilización de dosis adecuadas y proporcionadas al síntoma que queremos aliviar (dosis mínima eficaz).
4. **Ajustar la dosis y combinación de fármacos** al nivel de conciencia, suficiente. Se ha de tener en cuenta el uso de fármacos de rápida metabolización y vida media corta. La monitorización del sufrimiento y el alivio de este es de vital importancia.
5. **Obtener el consentimiento informado:** Se debe explicar al paciente y a la familia la situación y solicitar su consentimiento verbal o gestual. Sin embargo, en una situación de imposibilidad puede ser dado por el familiar.
6. **Evaluación interdisciplinar;** una decisión conjunta entre los tratantes.

El procedimiento propuesto para sedación paliativa en el paciente adulto es de la siguiente manera (Ver gráfico 1):

1. Una vez que se define que el paciente presenta un síntoma refractario sin opción terapéutica que no altere la conciencia.



2. Si el estado del paciente lo permite, se le debe explicar junto a la familia, la situación de manera sencilla y solicitar su conocimiento verbal o gestual. Es posible utilizar el siguiente esquema:

(Nombre del paciente), las cosas no van bien. No hemos podido controlar su (síntoma/s) ¿Le parecería que le pongamos medicamentos para disminuir su conciencia? Así no percibiría la molestia que presenta. Buscaremos que no sufra y no estará solo.

Si por su estado el paciente no esta en condiciones de responder, se tiene que explicar a la familia para que sean ellos quien den su consentimiento. Si se acepta el procedimiento se procede a cumplir con los requisitos expresados previamente.

3. Se utilizarán para la sedación paliativa el *sulfato de morfina* para la el control de la sensación disneica (además del efecto secundario sedante que es aprovechado); el *midazolam* como sedante y la *butilhioscina* para disminuir las secreciones y los estertores (Este último puede ser opcional).
4. En caso de falta de Midazolam se puede usar levopromazina 25mg (1ml) SC.
5. Se administran los fármacos por vía IV o SC. Si posterior a 10 minutos el paciente persiste con disconfort o no se logra un Ramsay arriba de IV (Ver Tabla 2) repetir la administración de midazolam.

Una vez administrada la dosis de inducción se administra la infusión continua. Se puede preparar en perfusor, vía intravenosa o subcutánea con la siguiente indicación:

Aforar en Solución cloruro de Sodio al 0.9%, sulfato de morfina 30mg, midazolam 25 mgs (o lo calculado para 24 horas) y butilioscina 60mg para pasar 4ml/hora.

Tabla 2.- Escala de Ramsay (Sedación)	
I	Agitado, angustiado
II	Tranquilo, orientado y colaborador
IIIa	Respuesta <u>agitada</u> a estímulos verbales
IIIb	Respuesta <u>tranquila</u> a estímulos verbales
IVa	Respuesta rápida y <u>agitada</u> a la presión glabelar o estímulos dolorosos.
IVb	Respuesta rápida y <u>tranquila</u> a la presión glabelar o estímulos dolorosos.
V	Respuesta perezosa a la presión glabelar o estímulos dolorosos.
VI	No respuesta

6. Se iniciará la perfusión continua a 4 ml/h (aprox. 1 mg/h de Midazolam). Si se precisa, por sedación insuficiente, se podrá subir el ritmo de infusión en 1 ó 2 ml/hora, hasta cada hora o utilizar medicación de rescate (ver más adelante).
7. En cualquier momento se pueden administrar dosis de rescate subcutáneas o intravenosa lenta de Midazolam 5 mg. Se puede administrar dosis de rescate de morfina 3 mg SC ó IV, hasta cada hora si predomina el componente respiratorio o de Levomepromacina 12 mg IV lento si predomina la agitación.
8. Valorar incrementar la infusión de acuerdo a la cantidad de rescates en 8 horas.
9. Tras el inicio de la sedación
 - a. Revisar, periódicamente y de acuerdo con la situación clínica, el nivel de sedación del paciente (Ramsay). Como mínimo una vez en cada turno de enfermería.
 - b. Evaluar sistemáticamente y dejar constancia en la historia clínica:
 - i. nivel de sedación
 - ii. respuesta ante la estimulación:

1. despertar tranquilo
2. despertar angustiado
3. movimientos erráticos

iii. Signos vitales

iv. secreciones bronquiales (palpar tórax y/o auscultar)

v. movimientos musculares (faciales o corporales) espontáneos (preguntar/observar).

vi. Evaluar sistemáticamente y dejar constancia en la historia clínica la reacción y estado emocional de la familia.

vii. Proporcionar siempre compasión, presencia, escucha, disponibilidad.

Es importante dejar muy claro que **DE NINGUNA MANERA LA SEDACIÓN PALIATIVA ES EUTANASIA**. La muerte es una posibilidad debido al estado clínico de la persona. Si la indicación de administrar la sedación paliativa y el procedimiento aplicado han sido los correctos la intencionalidad es el alivio al sufrimiento por la sintomatología refractaria y no el buscar la muerte.

8.- Abordaje de la persona en la etapa final de la vida y el fallecimiento.

El paciente, derivado de su condición clínica no reversible puede encontrarse en una situación de fase final de la vida y por tanto de opción curativa. Es importante el establecer y documentar la situación como “irreversible” o “no recuperable” de acuerdo a las características clínicas.

En estos momentos los objetivos se centran en aliviar el sufrimiento del que va a fallecer y la familia, así como facilitar la despedida y, con ello prevenir el duelo complicado o patológico.

Para ello es necesaria la adecuación del esfuerzo terapéutico que en este caso se focaliza en el compromiso de no abandono y de mantener el alivio y confort a través de un control sintomático mucho mas activo. Se deben retirar medicamentos o medidas que no producen un valor significativo en el paciente en el momento concreto en el que se encuentra que por tanto son fútiles o incluso generan malestar e incomodidad sin un beneficio terapéutico.

De ninguna manera las medidas anteriores buscan acelerar el proceso de muerte, si bien está puede ocurrir de manera intercurrente. La intención es siempre el alivio del sufrimiento generado por la carga de síntomas de la enfermedad.

En estas semanas, miles de personas han fallecido sin sentir el afecto y la cercanía de sus seres queridos. Las circunstancias forzadas por una infección con tan alta contagiosidad y letalidad hacen que sea imperativa la adopción de medidas muy estrictas para prevenir la transmisión de este virus. No obstante, también debemos reflexionar sobre el modo de facilitar un entorno más compasivo en el morir de estos pacientes, lo cual forma parte de la auténtica calidad asistencial(22,23). No deberíamos permitir que ninguna persona muera sola: este es un momento vital cumbre donde se requiere la consideración de humanidad y cercanía.

Sin embargo, en el contexto de una condición infecto contagiosa, esta premisa que no siempre es posible cumplir. Debido a COVID-19, las visitas en la mayoría de las unidades están restringidas, por lo cual, es necesario conocer el protocolo local. Es complejo y poco factible el facilitar el encuentro presencial de despedida del familiar con la persona en los últimos momentos de la vida.

No hay duda de que procurar el oportuno acompañamiento de un ser querido en el momento de la muerte, así como el apoyo espiritual o religioso cuando lo soliciten, es un esfuerzo a todas luces justificado y un acto superior de humanización. Se considera que de acuerdo a la capacidad instalada de las unidades médicas o en algún momento de disminución de la curva epidemiológica de la pandemia, si y solo si, se pueden asegurar una visita segura para una sola persona, misma que no debe

ser un contacto de riesgo ni estar infectado. Para ello es necesario garantizar el equipo de protección personal de acuerdo a un área crítica (*bata, doble guante, cubre bocas de triple capa*) (Ver anexo 1) y bajo condiciones reguladas (*tiempo limitado, evitar tocar al paciente, con un acompañante del equipo de salud*).

Si no es posible la presencia física, es necesario comunicar al enfermo que su familia está atenta (*si es el caso*). El equipo médico pudiera, si las condiciones son posibles, siempre que la situación de la persona enferma lo permita y siempre que sea el deseo de todas las personas implicadas el facilitar que los/as familiares puedan mantener contacto por videoconferencia o telefónicamente. Puede considerarse las despedidas por cartas o videos para transmitir mensajes de importancia personal o póstumos para sus familiares y personas cercanas.

En el mismo sentido que el anterior, el acompañamiento a la persona que ha fallecido puede ser poco factible y complicado en este momento. No obstante, y cumpliendo todas las premisas anteriormente expuestas, podrá considerarse tengan un momento de intimidad con el fallecido, aunque sea en la distancia en la misma habitación del paciente. Se ofrecerá la opción de poder ver el rostro de la persona fallecida si es su deseo. Para facilitararlo no se cerrará y sellará la bolsa que contiene al cadáver hasta que el paciente haya sido visto por el familiar designado.

Es necesario disponer de algún personal del equipo para preparar a la familia con relación a las circunstancias actuales en que se produce el fallecimiento de su ser querido:

- No es posible abrir el féretro o realizar procedimientos de tanatopraxia.
- No realizar velatorio sino que se sugiere realizar la inhumación en un breve espacio de tiempo.
- Evitar traslados fuera del estado o ciudad donde ocurre el fallecimiento.
- Adecuar los rituales funerarios tradicionales a las medidas de seguridad y sana distancia establecidas.
- Proceder a enterramiento o incineración según preferencias.

Es mandatorio el manejar el cuerpo del fallecido con la dignidad que merece. Se sugiere consultar la *Guía Operativa para el Manejo de Cadáveres* emitida por la Dirección Normativa de Salud, del Instituto.

9.- Atención psicosocial y espiritual de la persona enferma y su familia.

Las emergencias de salud pública pueden afectar la salud, la seguridad y el bienestar de ambos individuos (causando, por ejemplo, inseguridad, confusión, aislamiento emocional y estigma) y comunidades (debido a la pérdida económica, el cierre del trabajo y la escuela, recursos inadecuados para la respuesta médica y distribución deficiente de las necesidades) (24)

Si bien las repercusiones biológicas y físicas de la enfermedad reciben una atención desproporcionadamente mayor, los aspectos de salud mental también requieren atención dinámica. Las epidemias también han impartido una comprensión vital de que la ausencia de un sistema eficaz de salud mental y apoyo psicosocial aumenta los riesgos de angustia psicológica y la progresión a la psicopatología.(25)

La población con mayor riesgo de experimentar alteraciones en su salud mental son los siguientes grupos vulnerables:

- a) El equipo de salud por el incremento en la demanda de atención el riesgo de contagio y la experiencia de múltiples decesos (se aborda en capítulo aparte).
- b) Las personas con condiciones que reportan mayor riesgo en la evolución de la enfermedad (incluyendo a las personas mayores o comorbilidades)
- c) Personas con trastornos preexistentes en su salud mental.
- d) Los familiares que experimentan duelo complicado.

En el contexto de COVID-19, no se debe olvidar que dentro de la evaluación y el monitoreo psicosocial deben incluirse los factores estresantes relacionados con la pandemia, las adversidades secundarias (*pérdida económica, por ejemplo*), efectos psicosociales (*como depresión, ansiedad, preocupaciones psicosomáticas, insomnio, aumento del uso de sustancias y violencia doméstica*) e indicadores de vulnerabilidad (*como condiciones físicas o psicológicas preexistentes*). (24)

Algunos pacientes y sus familias necesitarán una derivación para una evaluación y atención formal de la salud mental, mientras que otros pueden beneficiarse de intervenciones de apoyo diseñadas para promover el bienestar y mejorar el afrontamiento (como la psicoeducación o las técnicas cognitivas conductuales).

A la luz de la creciente crisis económica y las numerosas incertidumbres que rodean esta pandemia, la ideación suicida puede surgir y requerir una consulta inmediata con un profesional de salud mental o una derivación para una posible hospitalización psiquiátrica de emergencia.

La atención paliativa, con su enfoque bio-psico-social y espiritual, tienen mucho que aportar en estos tiempos y puede, además del manejo de los síntomas físicos, ayudar a proporcionar una atención acorde con los valores del paciente y la familia.

En situaciones de emergencia qué cambian rápidamente y de manera impredecible, los profesionales que asisten se ven obligados a atender al mayor número posible de personas en un tiempo mínimo. Los abordajes por tanto serán breves y flexibles, y centrarse en los problemas más urgentes (26)

La pandemia inició un proceso de duelo en la sociedad misma, impactando a cada comunidad y cada persona. Para quien ha perdido la salud y está hospitalizado, el sufrimiento emocional puede estar incrementado por el aislamiento, la incertidumbre, la falta de contacto con los vínculos humanos significativos. Esta pérdida se vive como una forma de duelo, generando sentimientos de ansiedad, depresión y posiblemente irritabilidad. Estas emociones son parte del esfuerzo adaptativo de la persona para asimilar su nueva condición y la perspectiva futura que se le plantea. Con la familia, ocurre de la misma forma. De ahí la importancia de qué empaticemos y comprendamos el comportamiento, las emociones y las reacciones a las crisis y aportemos positivamente al afrontamiento.

Se aconseja a las unidades contar dentro del equipo con profesionales de la psicología y de trabajo social que puedan tener un abordaje y actuación con la familia de la persona con IRAG, ya sea de manera presencial o aprovechando tecnologías de la información y comunicación.

Para brindar apoyo psicosocial y espiritual básico es necesario generar un espacio de confianza con una persona que está aislada, con solo el equipo médico a su alrededor manteniendo una distancia y usando EPP, esta tarea no es fácil. Los métodos habituales de comunicación, de establecer confianza, relación, gestos no verbales, especialmente el tacto, y la presencia de la familia no serán posibles. Algunas posibilidades para las personas que brindan soporte psico emocional tanto a pacientes y/o familiares son:

- Presente, puede llevar escrito su nombre sobre la bata o una imagen suya sin el EPP.
- Exprese para que se encuentra Ud. ahí y deje abierta la posibilidad para la ayuda.
- Escuche atentamente. No obligue a la persona a conversar.
- Pregúntele acerca de sus necesidades e inquietudes.
- Respetar el derecho de las personas a tomar sus propias decisiones.
- Evite dar consejos, filosofar, moralizar, predicar o imponer sus propias perspectivas respecto a las situaciones.

A partir de haber generado el espacio de comunicación es necesario identificar el malestar emocional (Miedo, ansiedad, desesperanza, culpa, pensamientos obsesivos o

recurrentes sobre la muerte, entre otros.) y así definir el elemento concreto que plantea dentro de una perspectiva de duelo: ansiedad de separación, conmoción emocional, negación, culpa, depresión, enojo, entre otros.

Existen diversas intervenciones psicosociales dirigidas a brindar herramientas y soporte en casos de malestar emocional y duelo, algunas de estas son:

- *Favorecer la ventilación de las cogniciones y las emociones.* El desahogo emocional y la verbalización de sus pensamientos y sentimientos le permite al paciente una mayor comprensión de lo que está viviendo. Por ello es importante brindarle espacios de escucha que faciliten y promuevan estas acciones para preservar su salud mental.
- *Identificar los recursos de afrontamiento* que posee el paciente para su nueva condición. Habrá que reforzar aquellos estilos de afrontamiento adaptativos, tanto para mejorar su condición emocional como para tener un mayor control sobre el problema de salud.
- *Hablar sobre la pérdida concreta y de cómo la persona la experimenta.* Facilitar la comunicación abierta y sincera mediante la empatía, la confianza y el apoyo otorgando la seguridad de la atención, la compasión y el acompañamiento, reduciendo la sensación de soledad y abandono.
- *Abordar el estrés y la ansiedad con técnicas de relajación* (atención plena, respiración consciente, meditación guiada)
- *Aceptación de la Incertidumbre.* Buscar que la persona logre convivir con la angustia y la preocupación centrándose en sus metas, aceptando el sufrimiento como parte de la vida y comprometiéndose con los valores que mueven su conducta.
- *Introducir el duelo ambiguo* que permita reconocer la probabilidad de recuperación/agravamiento por la infección. Mantener el deseo y las motivaciones principales, el sentido de pertenencia y extensión de su ser mediante su red de apoyo familiar, social y comunitaria
- *Considerar las necesidades espirituales y atenderles.* Abordar sus creencias y necesidades, promover la reconciliación consigo mismo y con su historia vital, ofrecer los auxilios espirituales según sus creencias y otorgarle la posibilidad de dignificar su existencia mediante el recuento de sus anécdotas que le han dado identidad y sentido a su vida.

Cuando se trataLos familiares de los pacientes con enfermedad Covid-19 afrontan además una situación singular al no poder estar en contacto directo con su familiar

enfermo o no poder despedirle como les gustaría. Además, puede aparecer en ellos el miedo a contraer la enfermedad o incluso sentimientos de culpa si consideran que ellos han podido contagiar a alguien a su alrededor. Se proponen algunas líneas generales de acuerdo con diversos grupos expertos (17):

1. *Evaluar en qué situación se encuentra la familia:* Acercarnos a ellos y evaluar sencillamente la estructura familiar. Valorar cómo están, cuáles pueden ser sus necesidades. Explorar el impacto emocional de esta situación en ellos.
2. *Recopilar la información sobre el paciente y la evolución de los últimos días.* Hablar con ellos sobre la enfermedad, valorar qué sabe la familia, hasta dónde quiere saber y con qué detalle.
3. *Responder a sus preguntas e inquietudes.* Si la persona enferma permanece en el hospital sin familiares, es necesario informarlos protocolos establecidos para información; si se prevé que, por carga de trabajo, podrá llamarse únicamente en cambios o agravamiento de la situación. La familia debe conocer este aspecto para evitar expectativas que no se puedan cumplir. Eliminar mitos y estigma que se pueda generar hacia la persona o familiares mediante información.
4. *Reconocer y reforzar su actuación y su presencia.* El papel de la familia en el acompañamiento del paciente es importante especialmente en esta situación en la que el contacto físico con el paciente es mínimo y la compañía está muy limitada, validar y resaltar el esfuerzo que hacen por mantenerse distantes y seguir las indicaciones médicas.
5. *Facilitar la expresión de emociones y validarlas.* Permitir que se expresen sentimientos durante la entrevista es un aspecto fundamental para aliviar el sufrimiento de la familia. En este espacio de expresión, se da la oportunidad de validar y normalizar dichas emociones.
6. *Ofrecer pautas y disponibilidad.* Fomentar el apoyo dentro de la familia, animar a tener una mayor comunicación entre ellos.
7. *Permitir y resignificar las despedidas:* En el caso de progresión hacia la muerte, preparar a la familia para el desenlace, ayudando a construir sentido a estos procedimientos y así facilitar la elaboración del duelo.
8. *Abordaje del duelo:* A la familia, que puede estar aislada, le resultará difícil pasar por un dolor preparatorio (anticipatorio) sin saber cómo va a ser la pérdida. Aunque se espera que la mayoría de las personas infectadas se recuperen, la incertidumbre, el miedo y la ansiedad por la pérdida serán enormes.



El duelo es más complicado debido a los cambios en el proceso tradicional de duelo social y trae el potencial de un duelo prolongado. La naturaleza de la pérdida y las medidas para limitar la propagación agravan el trauma. Identificar el riesgo de duelo complicado. Es necesario definir las pautas de acompañamiento para el proceso de aislamiento, así como para el ritual funerario.

9. *Considerar las necesidades espirituales:* En una pandemia, ser y expresar esta conexión se ve profundamente afectado. Perder nuestro sentido del yo puede suceder cuando hay una gran incertidumbre y cuando se eliminan nuestras prácticas habituales, roles y hábitos diarios. Es posible que nuestra expresión espiritual necesite moverse hacia un sentido de conexión más interior y profundo, que proporcione coraje y energía compasiva.

10.- Planeación de cuidados avanzados; voluntad anticipada y órdenes de no reanimación.

La toma de decisiones en torno a los objetivos en el cuidado de paciente debe, como siempre, centrarse en el paciente y abordarse idealmente de manera temprana en la trayectoria de enfermedad. Las preocupaciones sobre la utilización general de los recursos en COVID-19 no deberían afectar la toma de decisiones individualizadas en ausencia de una guía clara los especialistas en ética. (27)

Las conversaciones honestas y oportunas sobre las preferencias y prioridades de la persona, incluidas las decisiones anticipadas sobre el tratamiento (ventilación mecánica, unidad de cuidado intensivo, reanimación cardiopulmonar), son parte de la planificación anticipada de la atención para cualquier persona que tenga una enfermedad progresiva que limita la vida. En el contexto de las personas que tienen IRAG por infección por SARS-CoV-2, dichas conversaciones deben iniciarse lo antes posible para que se pueda desarrollar un plan de atención y apoyo personalizado en donde determine con antelación el nivel de cuidados al que está dispuesta a acceder o a renunciar. Esto deberá revisarse de manera periódica ante la evolución de la situación clínica. Las familias y las personas cercanas a la persona deben participar en estas discusiones en la medida de lo posible y de acuerdo con los deseos de la persona.

La toma de decisiones compartida entre el pacientes, sus allegados y los equipos tratantes es un elemento central en la planificación ante la evolución irreversible, fuera de tratamiento de soporte intensivo, o con progresión hacia la etapa final de la vida (2,26).

En este contexto, la planificación anticipada de la atención antes de una enfermedad aguda grave y las discusiones sobre los objetivos de la atención al inicio de la enfermedad aguda grave deberían ser una alta prioridad por (25):

- Los equipos de atención de salud siempre deben esforzarse por evitar tratamientos intensivos de soporte vital cuando los pacientes no lo deseen.
- Evitar la atención de alta intensidad no beneficiosa o no deseada se vuelve especialmente importante en momentos de estrés en la capacidad de atención médica.
- La provisión de atención de alta intensidad no beneficiosa o no deseada puede poner a otros pacientes, familiares y trabajadores de la salud en mayor riesgo de transmisión del coronavirus.

Es un momento de implementar una *planificación de atención anticipada* para asegurar a los pacientes no reciben la atención que no desearían si se enferman demasiado como para tomar sus propias decisiones, particularmente en pacientes de edad avanzada, con enfermedades crónicas o factores de riesgo. como procedimiento

de buena práctica clínica debe consultarse si hay constancia de este tipo de documento o si se ha establecido en la historia clínica un nivel de intensidad terapéutica previo al ingreso.

Es importante asegurarse de que los pacientes reciban la atención que desean, alineando la atención que se brinda con los valores y objetivos de los pacientes. Es adecuado considerar a aquellos que deseen renunciar al soporte vital prolongado y que puedan encontrar su calidad de vida inaceptable después de él, por lo que la aplicación de RCP o Soporte Vital Avanzado o la *orden de No reanimación* debe ser uno de los puntos principales de la discusión.

En México la Ley General de Salud (LGS) en su Artículo 166 Bis 3, otorga a los pacientes enfermos en situación terminal el derecho a:

“dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida” (14)

Así también a “renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario”, al igual que a:

“designar a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación”(14)

La LGS declara en el artículo 166 Bis 4 que:

“toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento”. (14)

En el siguiente artículo (166 Bis 5) se menciona con claridad que:

“el paciente en situación terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y, como consecuencia, al inicio de tratamiento estrictamente paliativo”(14)

En el Capítulo II, “De los Derechos de los Enfermos en Situación Terminal de la LGS” es garantizar una vida de calidad y el respeto a la dignidad del enfermo en situación terminal al “no permitir a los médicos tratantes, en ningún caso y por ningún motivo, implementar medios extraordinarios al enfermo en situación terminal sin su consentimiento (Artículo 166 Bis 17) y evitar así la obstinación terapéutica” (Artículo 166 Bis 18).(14)

En un sentido de sistematizar la conversación sobre las preferencias o las metas respecto a la evolución de COVID-19 con pacientes en un contexto de atención médica se propone el siguiente método CALMER (modificado) (27):

C.- Comprobar: *"¿Cómo se siente con todo lo que está ocurriendo?" (Tome su temperatura emocional).*

A — Pregunte sobre la IRAG: *"¿Qué ha pensado sobre la COVID y su situación?"* • (Solo escuche)

L — Exponga la situación y asuntos: *"Aquí hay algo para lo que deseo que estemos preparados"; "Usted mencionó la COVID-19, Estoy de acuerdo". "¿Hay algo que quiera informarnos? ¿En caso de que su condición empeora aún más?"*

M — Motíuelos a elegir un representante y que conversen sobre lo que importa. *"Si la situación empeora, lo que diga ahora puede ayudar a su familia / seres queridos"; "¿Quién es su persona de apoyo? ¿Quién nos puede ayudar para tomar decisiones si no puede hablar?"*

E — Explore y espere emociones *"Estamos en una situación excepcional. Por ese motivo, ¿qué es lo que más le importa? (¿Sobre alguna parte de tu vida? ¿Sobre su atención médica?)"* • Esté atento a esto, reconózcalo en cualquier momento *"Puede ser difícil pensar en esto".*

R.- Registre la conversación: Cualquier documentación, incluso breve, puede ayudar a sus colegas y a su paciente. • *"Escribiré lo que dijo en la tabla. Es realmente útil, muchas gracias".*

Es imprescindible documentar en el expediente la conversación y las decisiones tomadas.

11.- Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en el paciente con IRAG.

Es necesario establecer desde el ingreso un plan de adecuación terapéutico y documentarlo en la historia clínica con definición clara de si existe o no indicación de ventilación mecánico.

En caso de complicaciones o mala evolución, el equipo tratante puede plantear una disminución en la intensidad terapéutica, limitar el tratamiento de soporte vital y adecuar los esfuerzos hacia el confort y el alivio del sufrimiento. En este caso será pertinente el traslado a un área de menor complejidad, garantizando la atención paliativa (incluyendo soporte emocional y el control sintomático)

La decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico deberá ser discutida y consensuada entre los profesionales de la salud a cargo, con la familia y de ser posible con el paciente. (20)

12.- Comunicación en Situaciones Críticas

Los objetivos de la comunicación paciente-familia-médico en este escenario incluirían:

- Compartir información de manera clara, oportuna y completa para potenciar la toma de decisiones.
- Tratar a los pacientes y sus familias con dignidad y compasión respetando los valores del paciente/familia y brindando una atención acorde a ellos
- Mejorar la participación y colaboración de los pacientes/familias con los proveedores de atención médica y las políticas estatales / locales.

Para ello es necesario favorecer una comunicación clara, continua, empática y humana entre los interlocutores de este escenario.

En particular se plantean dificultades en el momento de comunicar noticias en situaciones críticas, o cuando se tienen malas noticias en relación al pronóstico o incluso la muerte de un ser querido. Para ello es válido el protocolo de Buckman (1992) que exponemos con adaptaciones (17):

1. Preparar la situación

- a. Inicie la conversación presentándose y pidiendo permiso para continuar: “¿Puedo hablar con usted sobre lo que le está sucediendo a su ser querido?” *¿Cómo se encuentra?*

2. Valorar la percepción que tiene el familiar de la situación de la situación.

- a. *¿Qué le han dicho sus médicos... Abordar negación “Puedo ver que es difícil hablar de esto...”*

3. Pedir permiso para dar información

- a. Saber si se quiere recibir más información *¿Quiere saber cuál es la situación actual?* Permite percibir que vienen malas noticias.

4. Dar la información

- a. Dar la información poco a poco: *“Desearía que fuera diferente, pero me preocupa que su ser querido (Intentar poner el nombre del paciente) esté muy enfermo y no pueda recuperarse de esta enfermedad. No tenemos ningún tratamiento que pueda curar este problema, y es posible que no vaya a vivir por mucho tiempo”.*
- b. Asegurar que se está comprendiendo lo que se explica *¿Me estoy dando a entender?*

- c. Evitar tecnicismos o jerga médica.
- d. Abordar dudas o preguntas que puedan surgir.

5. Responder a las emociones

- a. Identificarles y nombrarlas facilita hacer frente a ellas *"Veo que le ha asustado, le ha entristecido, le ha impactado..."*
- b. Legitimarlas y normalizarlas (Es normal sentirse así...)

6. Asegurarse

- a. Ver que queda todo claro y abordar los pasos a dar (posibilidades y alternativas)
- b. Evalúe las expectativas y deseos: *"¿Cuáles son sus objetivos, dada la información que he compartido con usted?"*
- c. Establezca un plan: *"Recomiendo que nos centremos en brindarle atención que garantice que su familiar se sienta cómodo y que pueda estar con sus seres queridos de alguna forma, aunque no se pueda estar en contacto físico directo debido al aislamiento de contacto".*
- d. Asegure empáticamente presencia y cuidado: *"Vamos a hacer todo lo posible para que esté aliviado en todo momento y no sufra"*

7. **Cierre la conversación:** "Estaremos aquí para tratar y apoyar al paciente y su familia".

13.- Toma de decisiones con una perspectiva ética y de derechos humanos.

La pandemia de COVID-19 ha incrementado la dificultad para los sistemas y los proveedores de servicios de salud de brindar una atención ética y humanística en todo momento. Dada la situación de emergencia sanitaria es importante que se tengan lineamientos claros en torno a la adecuada toma de decisiones con una perspectiva ética y de derechos humanos, particularmente cuando se encuentra en escenarios de alta complejidad como los que la pandemia plantea en relación a acceso a terapias intensivas o decisiones al final de la vida. Sin duda lo enunciado no es ni debe ser la única consideración para actuar ante la diversidad de situaciones concretas que se presenten. El objetivo es contribuir al complicado reto de salvaguardar la vida, integridad, dignidad y autonomía de las personas y sus familias.

Es imprescindible que se adopte de manera inmediata el enfoque de derechos humanos en toda estrategia, lineamiento o medida institucional dirigida a enfrentar la pandemia del COVID-19, incluyendo las acciones locales. Esta premisa sustantiva busca atender los impactos de inmediato, mediano y largo plazo sobre las personas y sus familias, así como la sociedad en su conjunto (28).

Es muy importante que se mantenga particular atención a los principios éticos, en concreto a aquellos que son clave para una atención óptima durante la pandemia de COVID-19:

- **Atención integral de la persona:** Valorar el paciente de forma global, y no la enfermedad de forma aislada; considerando las circunstancias, necesidades y decisiones. El acompañamiento, el apoyo psicológico y espiritual juegan papeles clave junto con el tratamiento médico y el control de los síntomas.
- **Autonomía:** Se debe procurar y respetar su pleno ejercicio en todo momento y en particular ante la toma de decisiones en situaciones que amenazan la vida y directrices anticipadas. Solo pudiera estar restringida por razones convincentes de salud pública;
- **Equidad:** Distribución y asignación de recursos en consideración a un enfoque diferenciado requerido para garantizar los derechos de los grupos en situación de especial vulnerabilidad;
- **Interés superior del menor:** primará sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir, debiendo constituir un criterio esencial en la priorización de recursos;

- **Justicia/imparcialidad:** los pacientes con condiciones de salud similares deben igual acceso al tratamiento y la atención (incluidas medidas de protección) sin discriminación basada en el origen étnico, la religión, el sexo, la edad, la discapacidad, el estado socioeconómico o la afiliación política;
- **No abandono:** ninguna persona que necesite atención médica debe ser abandonada; toda persona tiene derecho a la protección a la salud preventiva, curativa, de rehabilitación como paliativa.
- **Reciprocidad:** se prioriza la protección de los proveedores de atención médica y paramédica; de vital importancia el que se tomen las precauciones apropiadas para el control de infecciones, que se respeten y se hacen cumplir;
- **Respeto a las personas:** la protección de la dignidad del paciente y los derechos humanos incluye la consideración de sus decisiones y opiniones considerando su contexto y cultura;

Teniendo en cuenta lo anterior, se revisan los posibles escenarios concretos que pueden en determinado momento generar dificultad en la toma de:

Decisiones médicas al final de la vida

El respeto del deseo del paciente en relación a las opciones de tratamiento médico es una premisa fundamental. Las Directrices Anticipadas u otras declaraciones que expresan los deseos de los pacientes siguen siendo cruciales para la toma de decisiones médicas al final de la vida de aquellos que no pueden expresar decisiones. En ese sentido se buscará promover la toma de decisiones en etapas tempranas de la evolución de la enfermedad.

En caso de que el paciente no pueda expresar su voluntad por encontrarse impedido por su misma condición médica, la decisión sobre su tratamiento caerá en los *disponentes secundarios* que marca la ley, a saber, el/la cónyuge, en caso de no haberlo, los/las hijos/hijas mayores de edad, en caso de no haberlos y de seguir vivos los padres, éstos deberán tomar la decisión y en caso de no haber padres, los parientes consanguíneos en grado colateral. En caso de no contar ningún familiar o persona de confianza, le corresponderá al equipo de salud la toma de decisiones que deberá ser consensuada y basarse en la valoración integral y objetiva mencionada en párrafos anteriores sin apegarse a un solo factor como dominante.(23)

Asignación de recursos de soporte vital

Es necesario tener en cuenta que en contextos regulares, sin pandemia, también se decide sobre la asignación de recursos de soporte vital, con base a criterios médicos y la buena praxis. De tal manera que Existen situaciones en que no se utiliza un recurso por considerarse fútil, ya que no aporta beneficio a la situación actual del paciente (principio de beneficencia), podría considerarse *obstinación terapéutica* al prolongar una muerte inminente (no maleficencia) y limita el beneficio de otro paciente (justicia). En estos casos el deber es proporcionar atención paliativa en final de vida (23).

Si el paciente se encuentra en una situación que cumple con criterios de terminalidad, si cuenta con un documento de voluntad anticipada o ha expresado de forma verbal su negativa a utilizar medidas invasivas para prolongar la vida, no existe un dilema ético y debe ofrecerse un enfoque de atención paliativa.

Se sugiere que para el análisis se valore con un marco mental en el cual el contexto sea la cotidianidad en donde los principios generales de la buena práctica médica son, en general, perfectamente aplicables a situaciones como la que afrontamos. Únicamente los casos que generen dilema, requerirán triage y priorización derivada del análisis médico apoyada en las recomendaciones de comités hospitalarios de bioética que podrán trabajar en forma remota.(29)

Para aquellos casos en los que se decide que existe un “dilema real” es necesario tener en cuenta que cualquier criterio o protocolo que se adopte para racionar recursos escasos nunca puede aplicarse de manera mecánica o automática: *todo ser humano tiene derecho a una consideración personal* (22) y requiere de atención individual. Esta consideración busca proscribir cualquier discriminación en el acceso a los recursos asistenciales escasos por condiciones de edad, discapacidad u otra vulnerabilidad.

Se sugiere que las decisiones de esta naturaleza no sean tomadas por el equipo tratante, sino que se generen *Comités de Triage* compuestos por personas que no tienen responsabilidades para el cuidado del paciente pero que cuentan con amplia experiencia clínica y/o en bioética. Este *Comité de Triage* informado por la experiencia en la pandemia actual y las recomendaciones internacionales, nacionales e institucionales, pueden ayudar a mitigar la enorme carga emocional, espiritual y existencial a la que los profesionales de “primera línea” pueden estar expuestos (3,30).

Desde el abordaje médico la decisión de hospitalización y la eventual decisión de ingreso a cuidados intensivos debe vincularse al proceso de toma de decisión convencional, basado en los *criterios de gravedad*, evaluándose con base en evidencia científica y/o clínica *la probabilidad de recuperación* y el riesgo de mortalidad(11). A partir del principio de proporcionalidad aquellas personas en las que se prevé un beneficio mínimo (*como situaciones de fracaso multiorgánico*

establecido, riesgo de muerte calculado por escalas de gravedad elevado, o situaciones funcionales muy limitadas, condiciones de fragilidad avanzada, etc.) pudieran no requerir medidas avanzadas ni atención en unidades críticas. En estos casos el control de síntomas y la atención paliativa deben integrarse como protocolo urgente de atención.

Estas decisiones deben ser consensuadas en la medida de lo posible, y públicamente defendibles. Se debe comunicar al paciente y/o familiares, clarificando la extraordinariedad de la situación y la justificación de las medidas propuestas. Es necesario *evitar adoptar ciertos criterios* particulares para la toma de decisiones, tales como (11,22,23,29,31-33):

- Asignar un *“valor social”* a los pacientes de acuerdo a su discapacidad, padecimientos conductuales o antecedentes sociales. Todo ser humano por el mero hecho de serlo es socialmente útil, en atención al propio valor ontológico de la dignidad humana.
- Considerar la *“edad cronológica”* como único elemento a considerar en las estrategias de asignación de recursos.
- El uso de criterio de *“tiempo de llegada”* y el *“azar”*.
- *Priorizar los pacientes con coronavirus a aquellos con patologías diferentes.* La salud de los enfermos con coronavirus es una prioridad, pero igualmente debe serlo la de otros enfermos a los que se tiene el mismo deber ético y legal de atender. La priorización debe ser horizontal, incluyendo a todos los pacientes, ingresados con coronavirus o con cualquier otra enfermedad.

14.- Cuidado integral de los profesionales que atienden COVID-19.

Grupos específicos, como los trabajadores de atención médica que trabajan en atención de primera línea y aquellos que trabajan para poblaciones vulnerables en diversos entornos, están expuestos no solo al riesgo de enfermarse con COVID-19, sino también al riesgo de aumentar la ansiedad. No solo los profesionales de la salud experimentan este riesgo sino también las áreas de apoyo, incluido personal de intendencia, seguridad, entre otros.

La pandemia de COVID-19 provoca diversas situaciones contribuyen a que las personas del equipo de salud tengan un impacto en la calidad de vida y el bienestar en general, que se estresen, se sientan ansiosas y frustradas. Entre ellas:

- El distanciamiento social y aislamiento;
- El miedo a una nueva enfermedad y a la muerte;
- Ansiedad por el contagio propio y de los familiares;
- Carencia de EPP;
- Enfermedad o pérdida de colegas;
- Jornadas laborales extenuantes, fatiga extrema;
- Disminución en conductas de autocuidado;
- Culpa y vergüenza por decisiones éticas;
- Estigma, discriminación y violencia por parte de la sociedad
- Preocupación por la confidencialidad de su estado mental en su institución.

En congruencia con el principio *principio ético de reciprocidad*, que implica que se debe apoyar a las personas que asumen una carga o riesgo desproporcionado en la protección del bien público, como es el caso de los profesionales que atienden a pacientes de esta pandemia, se deben tomar medidas proactivas para proteger el bienestar mental del personal de salud, estableciendo medidas de prevención que consideren tanto la mitigación del estrés como el incremento de los factores protectores de la persona. Es necesario generar protocolos de identificación de *burnout* o *desgaste profesional* y abordaje integral de los mismos. Este principio justifica todas las acciones para proteger y cuidar a quienes asumen riesgos para su propia salud o vida para contribuir a los esfuerzos de respuesta ante la pandemia.

La respuesta a la pandemia es una situación sin precedentes, teniendo que tomar decisiones muy complejas y trabajar bajo presiones extremas. Estas decisiones pueden incluir cómo asignar recursos escasos a pacientes igualmente necesitados, cómo equilibrar sus propias necesidades de salud física y mental con las de los pacientes, cómo alinear su deseo y deber con los pacientes con los de sus familiares y amigos, y cómo brindar atención para todos los pacientes gravemente enfermos con recursos limitados o inadecuados.(34)

Los profesionales que atienden pacientes y familiares con coronavirus afrontar situaciones con una alta carga emocional

Prevención

Existen diversas estrategias a distintos niveles que buscan disminuir el estrés y disminuir la posibilidad de fatiga laboral.

Organizacional

1. Proveer de EPP e insumos para laborar de acuerdo al rol de participación en la atención de pacientes con IRAG.
2. Educar y entrenar en medidas de seguridad, colocación y retiro de equipo de protección personal y desinfección.
3. Fortalecer la formación específica en la atención de personas con IRAG sospechosas o confirmadas de COVID-19.
4. Reestructurar los lugares de trabajo puntualizando la definición de roles, responsabilidades y cargas de trabajo adecuadas.
5. Establecer protocolos de manejo para actuar con mas confianza y menos estrés en el caso de atención directa a personas con IRAG.
6. Empoderar al persona de salud y mejorar su sentido de autoeficacia.
7. Definir horarios, descansos y horas de trabajo.
8. Reforzar a los profesionales para que puedan responder competentemente, con compromiso y compasión ante una crisis sin precedentes, enfatizando el gran valor humano que tiene su contribución.
9. Difundir las características del burnout y fatiga por compasión.
10. Establecer un monitor en salud mental que promueva medidas de autocuidado en el personal de salud, incluyendo identificación de riesgo suicida.
11. Vinculación a grupos de apoyo emocional y atención psicológica virtuales, así como presencial con las medidas necesarias.
12. Difundir la línea de apoyo para personas y familiares en situación de abuso de sustancias al whatsapp 5545551212 o a la línea de CIJ 55 5212 1212.
13. Evaluación/Tamizaje para referencia a atención telefónica o presencial, según resultados.

Equipo

1. Establecer metas claras y consistentes en relación a la atención de personas con IRAG.
2. Mantener la motivación y la dirección en toda la ruta de atención.
3. Compartir la impotencia, la desesperanza y la sensación de fracaso en los objetivos médicos con los compañeros y directivos.
4. Favorecer las retroalimentaciones positivas dentro del equipo.

5. Tener reuniones cortas con el equipo entre las crisis para discutir y supervisar las acciones y procesos.
6. Proporcionar tiempo para el aprendizaje en conjunto.
7. Asesoramiento de profesionales de la salud mental para ventilación, validación y discusión sobre cómo hacer frente.
8. Proporcionar información sobre la evolución de la pandemia, en particular de opciones de manejo y terapéutica.

Individual

1. Fortalecer el autocuidado, busque formas de gestionar su salud integral, tanto física, psicológica, social y espiritual.
2. Tome pequeñas medidas para cuidarse, como tomar descansos breves, comer sano, beber agua, hacer ejercicio y actividades divertidas como escuchar música, tomar un baño relajante, meditar, entre otros.
3. Comparta sus sentimientos, ansiedades y aprensiones, especialmente con personas de su confianza y con compañeros de trabajo que están experimentando la misma situación.
4. Solicite ayuda siempre que la necesite, incluso especialistas.
5. Practicar el afrontamiento al estrés con técnicas de atención plena (mindfulness) o relajación.
6. Realizar autoreconocimientos, celebrar los éxitos y reconocer el impulso hacia delante.
7. Evitar la sobreidentificación.
8. Tomar tiempo fuera fomentando emociones positivas (recuerdos positivos).
9. Asegurar ayuda para lidiar con la tensión física del EPP (deshidratación, calor, agotamiento)
10. Comunicación continua personas significativas: manténgase en contacto con sus seres queridos y amigos, incluso a distancia a través de tecnologías de la información.

Identificación

Es necesario mantener estrategias de detección de afrontamiento inadecuado del estrés y de *burnout* o *desgaste profesional* es un síndrome conceptualizado como resultado respuesta al estrés crónico laboral, debido a la exposición a factores estresantes dentro de las áreas laborales. Se caracteriza por tres dimensiones:

- Sentimientos de agotamiento o agotamiento de energía;
- Mayor distancia mental del trabajo de uno, o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el trabajo personal y
- Eficacia profesional reducida.



El burnout a menudo no se reconoce en la práctica clínica habitual, pero debe ser atendido en crisis humanitarias como la pandemia de COVID-19.

Las emociones incluyen culpa, no poder contribuir al trabajo de primera línea mientras está en cuarentena, miedo a ignorar o traer una infección a casa, sentirse responsable de los resultados negativos podrían ser expresiones predominantes de angustia.

El agotamiento no es solo equivalente a una mayor carga de trabajo, sino que es una condición psicológica que tiene un gran impacto en cuidadores y pacientes por igual. Este estado conduce a errores, mala calidad de la atención y mala calidad. satisfacción para pacientes y familiares.

Abordaje

Si se identifican situaciones concretas de tensión emocional o se desarrollan eventos de crisis es necesario derivar y brindar la atención profesional. Una vez que la pandemia comienza a retroceder, el personal debe ser monitoreado activamente, apoyado y, cuando sea necesario realizarse intervención.

15.- Organización para la Acción

El objetivo principal de los servicios de salud en respuesta al COVID-19 es sin duda el salvar vidas. La capacidad de respuesta de un país o institución ante esta pandemia dependerá de múltiples factores que afectan la transmisibilidad del virus en la población; por tanto, todas las acciones que disminuyan el número de pacientes en el tiempo contribuirán a evitar el colapso de los servicios de salud. (35)

Sin embargo, este ejercicio de atención de salud no debe olvidar el aspecto del cuidado, del alivio del sufrimiento y de atención a quien evoluciona a la fase final de la vida, deberes éticos y humanos que acompañan a las acciones sanitarias. Proveer AP durante una emergencia sanitaria es una parte que no debe demeritarse sino por el contrario favorecerse en el contexto de esta emergencia de salud pública.

Para ello se requiere de entrenamiento, educación, lineamientos claros, acceso a insumos básico de atención paliativa (*incluyendo opiodes*) y una organización colaborativa para la integración(36).

Existen estrategias que han mostrado eficacia en otros escenarios críticos y que pueden adaptarse a nivel nacional, institucional o local con el objetivo de extender la AP durante la pandemia de COVID-19(3).

Respuesta General

- Optimizar la cooperación y coordinación entre los servicios involucrados en la atención de la persona con IRAG.
- Preservar la continuidad del cuidado integral.
 - Asegurar la disponibilidad y el uso racional del EPP.
 - Asegurar la provisión de opiodes.
 - Conducir entrenamiento rápido para personal evaluador relativo a necesidades paliativas de pacientes COVID-19
 - Incorporar tecnologías de la información como parte de la respuesta
- Fortalecer el soporte social de las personas enfermas y sus familias
 - Apoyarse de organizaciones basadas en la acción comunitaria, voluntariado.
- Evaluar y atender necesidades emergentes y la capacidad instalada para la respuesta.

Respuesta para la AP

- Expandir las competencias en AP.
- Definir estándares y recursos que consideren los diferentes estadios de la pandemia
- Desarrollar experiencia en los equipos de atención primaria de *primera línea* a través de entrenamiento en los principios y práctica de la AP;

La educación y la capacitación deben adaptarse al papel del profesional en la respuesta a emergencias y deben cubrir, como mínimo, la filosofía básica y los objetivos de los CP, el manejo básico de los síntomas; el uso y la titulación de medicamentos opioides orales e inyectables en pacientes con síntomas y/o al final de la vida; de la misma forma que el asesoramiento y apoyo psicosocial básico (38).

- Inclusión en los equipos de especialistas en atención paliativa a través de interconsulta directa o a distancia, de aquellos pacientes que no responden a las medidas establecidas por en los equipos de atención primaria de “primera línea”, que presenten complicaciones en el abordaje o requieran sedación paliativa.

Plan Institucional(2,7,8)

A través de PALIATIVISSSTE, Programa de Atención Paliativa Institucional, se busca favorecer la integración de los equipos ya instalados y de gestionar lo necesario para la atención de los pacientes ya descritos.

- **Recursos Materiales**
 - Asegurar la presencia de medicamentos para el confort (opioides, haloperidol, midazolam, entre otros.) y de lo necesario para la administración.
- **Capital humano**
 - Exhortar a los clínicos con experiencia en CP su involucramiento y proactividad para capacitar, asesorar y brindar apoyo de interconsulta o de opinión colegiada.
- **Espacio**
 - Identificar salas separadas y áreas no clínicas en situaciones agudas que podrían ser apropiadas para aquellos que se encuentra la final de la vida, es decir unidades de cuidados paliativos para pacientes con COVID-19
- **Procesos**

- Adoptar un sistema para determinar qué pacientes requieren consulta especializada de cuidados paliativos incluyendo la valoración virtual.
- Maximizar el uso de la telemedicina, tanto para la eficiencia como para reducir la posibilidad de infección. Para la comunicación, el asesoramiento y el control de enfermedades, la telemedicina se ha asociado con la reducción de la mortalidad y los ingresos hospitalarios, y con la mejora de la calidad de vida (3,37).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) dentro de sus recomendaciones para la reorganización y ampliación progresiva de los servicios de salud para la respuesta a la pandemia COVID-19, propone la Telemedicina como una forma segura y efectiva que permite a los servicios clínicos continuar operando (esto para continuar con la atención de pacientes paliativos no COVID-19) y poder evaluar a distancia en caso necesario.

- **Sedación.**
 - Prepárese para usar sedación paliativa para los síntomas que son refractarios a los medicamentos comunes de confort.
- **Separación y aislamiento.**
 - Facilitar la habilitación de videollamadas para conectar a los pacientes con familiares que están separados debido a restricciones impuestas por la pandemia.
- **Planeación de cuidados avanzados; voluntades anticipadas y órdenes de no reanimación.**
 - Las personas con fragilidad o enfermedad comórbida deben actualizar sus planes de voluntad anticipada e indicar si desean evitar los traslados al hospital o cuidados críticos en caso de enfermedad grave.
 - Dialogar con las personas enfermas y/o sus familias sobre los planes de tratamiento de cuidados avanzados o no reanimación, en particular en los pacientes con cáncer avanzado, insuficiencia orgánica en etapa terminal, fragilidad o demencia, con o sin COVID-19.

Dichas medidas y las que las unidades articulen para el logro de los objetivos ya definidos, serán de beneficio para todos los involucrados.

16.- El paciente pediátrico con IRAG y necesidades paliativas

La situación de emergencia sanitaria que se ha generado con el COVID-19 también afecta a los recién nacidos, niñas, niños y adolescentes⁵.

En relación a la infección en la infancia, de acuerdo a los reportes de varios países, se ha informado un patrón general en la población pediátrica y es que los niños/as que dan positivo para SARS-CoV-2 experimentan una forma leve de la enfermedad; sin embargo, también pueden presentar cuadros graves e incluso fallecer por COVID-19. (41–51)

Todos los niños/as que presentan COVID-19 deben recibir cuidados apropiados, control sintomático y si así es necesario cuidados al final de la vida (52). El colectivo de niñas/os con condiciones médicas subyacentes y serias o que se encuentran con manejo paliativo, tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedad severa, por lo que es requieren un abordaje muy particular. También, como familiares de pacientes, las niñas y niños pueden experimentar la enfermedad de su ser querido, e incluso su fallecimiento; en este caso es clave no olvidar que hay que incluir al niño a la hora de dar la información y de atender el duelo. Por ello, y siguiendo con el mismo orden que en los capítulos anteriores, es necesario puntualizar algunas consideraciones al respecto:

Control de síntomas del paciente pediátrico con IRAG

Las sugerencias para el control de síntomas anteriormente comentadas deben aplicarse de forma individualizada, previo tratamiento de las causas y de acuerdo a la intensidad de los síntomas, con abordajes tanto farmacológicos como medidas no farmacológicas. El control sintomático es tanto para quienes previamente sanos que desarrollan COVID-19 como para aquellos niños con una enfermedad subyacente con infección por SARS-CoV-2 que evoluciona hacia la gravedad (52,53).

Es necesario continuar el abordaje holístico y centrado en la familia de niñas/os que experimentan necesidades paliativas previas, buscando abordajes y vías de atención, como por ejemplo telemedicina. Se ofrecen las dosis pediátricas, para el cálculo por kilogramo de peso en las tablas del capítulo 6 y en el Anexo 1.

⁵ En lo sucesivo se mencionará “niño/a” como expresión incluyente de género (mujer y hombre) y de la diversidad de etapas de la vida pediátrica (recién nacido, lactante menor y mayor, preescolar, escolar, adolescente)

Sedación Paliativa en el paciente pediátrico con IRAG

Ante la refractariedad de uno o más síntomas, ya sea por COVID-19 o por la enfermedad subyacente, es factible el considerar la sedación paliativa como estrategia para alivio del sufrimiento. Por lo poco frecuente de la condición grave en el paciente pediátrico con COVID-19 además de las particularidades que plantea la toma de decisiones para una sedación paliativa en la infancia, se recomienda, si se da el caso, la interconsulta a los especialistas correspondientes.

Abordaje del niño/a en la fase final de la vida y su fallecimiento

Definir la terminalidad no es una tarea fácil, particularmente cuando se trata de un paciente pediátrico; sin embargo, si las posibilidades de fallecimiento a corto plazo son altas por la evolución clínica y la pobre o nula respuesta a las estrategias terapéuticas, es necesario ampliar los objetivos al alivio del sufrimiento del niño/a que va a fallecer y su familia, así como reforzar el compromiso de no-abandono a sus necesidades y acompañar el duelo.

Se reitera la necesidad de reflexionar sobre el modo de facilitar un entorno más compasivo en el morir de estos pacientes, lo cual forma parte de la auténtica calidad asistencial(23,24).

No deberíamos permitir que ningún niño muera solo, por lo que es necesario encontrar maneras de facilitar el encuentro de despedida de los padres en los últimos momentos de la vida de su hijo. Ello es un esfuerzo justificado y un acto superior de humanización. En caso de que se facilite el contacto para una persona, esta no debe ser un contacto de riesgo, ni estar infectado y debe contar con el equipo de protección personal adecuado. Se sugiere que, si la familia solicita algún ritual religioso en el escenario del fallecimiento, pueda ser considerado siempre y cuando se pueda cumplir con las medidas de seguridad y regulación apropiada

Si el niño/a ha fallecido, se intentará, si así lo desean que los familiares tener un momento de intimidad, aunque sea en la distancia en la misma habitación del paciente. Es necesario enfatizar las medidas de protección del familiar. La despedida es un factor que puede prevenir el duelo complicado, un riesgo muy alto cuando se pierde un hijo/a. Relativo al manejo del cadáver, se han definido ya con anterioridad

Planeación de cuidados avanzados; voluntad anticipada y órdenes de no reanimación.

Es ideal que aquellas familias con niñas/os que experimentan una condición seria subyacente, que amenace o limite la vida, de manera temprana en la trayectoria de la enfermedad, consideren la *planificación de atención anticipada oportuna*,

afirmando la vida, que tenga en cuenta el impacto de la infección por COVID-19 en el niño/a y sus cuidadores y que considere la diversidad de escenarios *“con la esperanza de lo mejor, pero con un plan para lo peor”* (53)

Esta planeación deberá considerar la *atención anticipada en el final de la vida* y en su caso la consideración de *“No reanimación”*. Los equipos de AP preexistentes acompañarán a través de una comunicación individualizada, transparente y compasiva la toma de decisiones.

Sin embargo, puede ser qué niñas/os con necesidades paliativas o aquellos previamente sanos y que desarrollan una enfermedad grave sin posibilidad de curación, carezcan de dicha planeación. Es importante que los tratantes “en primera línea”, exploren y fomenten la toma de decisiones, mismas que deben estar perfectamente documentadas en el expediente y en el consentimiento informado.

Atención psicosocial y espiritual del paciente pediátrico con enfermedad y la familia.

El brindar apoyo emocional, social y espiritual continuo a niñas/os con *condiciones limitantes y/o amenazantes para la vida* subyacentes o derivadas de COVID-19 y a sus familias forma parte esencial del abordaje paliativo.

Por la seguridad de los familiares no se recomienda la estancia de los mismos junto a su persona enferma. Es necesario establecer la excepción en el caso concreto de niños/as hospitalizados fuera de las áreas críticas de tal manera que se pueda evitar el separarlos de sus cuidadores; de tal forma que es necesario generar estrategias de protección para padres, tutores o familiar designado. En estos casos, podrán estar con ellos, si no tienen condiciones de riesgo, no están infectados, proporcionándoles el EPP adecuado, capacitando en su uso, retiro y desecho adecuado e incluyendo el lavado e higiene de manos. (52,54,55).

No olvidar que de manera genérica los niños y adolescentes han tenido que vivir en distanciamiento social y aislamiento, sin ir a la escuela y pasan la mayor parte del día en contacto con un sin fin de medios de información que les pueden generar temor, aprehensión, quejas somáticas y depresión ya que para ellos también es una situación nueva para todo el mundo, pueden enfrentar también la enfermedad de algún familiar cercano, la hospitalización e incluso la muerte. Esto se exacerba en el caso de niños con necesidades paliativas preexistente, por lo que se deberá poner especial atención a sus reacciones, actitudes, comportamientos, y cuando sea posible por el estado mismo del niño/a a través de una comunicación sincera, abierta, gradual y empática(29,52).

Si el niño o adolescente debe ser hospitalizado por sospecha de COVID-19 se debe considerar la etapa de desarrollo para poder explicar la condición médica de acuerdo

con sus capacidades y necesidades y poder evaluar miedos, creencias, temores, entre otras situaciones.

La intervención con los niños y adolescentes por parte de los profesionales de la salud mental, puede ser a través de medios electrónicos, teniendo como un objetivo el abordar los sentimientos y emociones vividas, tanto en el caso de experimentar en ellos la enfermedad o para quienes tengan la experiencia de un ser querido grave o en la etapa final, sin olvidar que esta comunicación estará basada en la etapa del desarrollo de cada persona.

Comunicación en con niñas, niños y adolescentes

Ante esta situación de salud, es importante en todos los casos incluir en el proceso a los niños y adolescentes y tomar en cuenta sus necesidades de comunicación y apoyo.

En todos los casos una herramienta puede ser el protocolo de malas noticias para niños *PEQUES*, que por sus siglas consta de 6 pasos (56):

- P**= Preguntar.
- E**= Explicar.
- Q**= ¿Quieres verlo/a?
- U**= Ubicar y planear.
- E**= Explorar impacto emocional.
- S**= Seguimiento.

Es importante alentar a las familias a basar su comunicación con los niños en valores clave como la honestidad, confianza, compasión, seguridad, sensibilidad, conexión, construcción de comunidad y reconocimiento de la muerte como parte del ciclo de vida y legado (54,55).

Toma de decisiones con una perspectiva ética y de derechos humanos.

Es necesario que las decisiones en el caso de niñas, niños y adolescentes tiene que considerarse y atenderse el principio del *interés superior de la infancia*, que exige dar prioridad a la asistencia a niños y adolescentes, conforme nos exige la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños. Como proclama el artículo 3 de la Convención y recoge la Ley Orgánica 1/1996, el interés superior del menor primará sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir, debiendo constituir un criterio esencial en la priorización de recursos. Por tanto en un escenario de escasez la única posible excepción de discriminación positiva por la edad son los niños/as (33).



Cuando se habla de priorizar, es de manera horizontalmente entre todos los pacientes que requieren asistencia, más allá de las personas con COVID-19. En síntesis cada persona, en el particular de niñas, niños y adolescentes requieren una atención individualizada, integral, holística, profesional, atenta a sus necesidades. Un esfuerzo que bien vale la pena.

17.- Anexos

a) Equipo de Protección personal

UNIDADES MÉDICAS COVID-19

Equipo de protección personal (EPP)

Por tu bienestar y el de los pacientes, usa el equipo de protección personal adecuado y colócalo, y retíralo correctamente.

¿Realizas alguna de estas actividades?	¿Genera aerosoles?	Guantes	Bata	Lentes/goggles (en procedimientos que generan salpicaduras)	Cubrebocas convencional de triple pliegue	Cubrebocas N95	Gorro
Revisión de signos vitales	NO					..	..
Administración de medicamentos	NO					..	..
Atención ambulatoria de casos	NO					..	..
Limpieza y desinfección de áreas	NO					..	..
Toma de muestra	SI				..		
Pase de visita	NO					..	..
Administración de nutrición parenteral	NO					..	..
Procedimientos quirúrgicos y odontológicos (urgencias)	SI				..		
Oxígeno de alto flujo por cánula nasal (evitar su uso, prefiera colocar mascarilla facial al paciente)	SI				..		
Colocación de sonda nasogástrica u orogastrica (evitarlas si es posible)	SI				..		
Broncoscopia (solo si es absolutamente necesaria)	SI				..		
Intubación endotraqueal	SI				..		
Colocación y retiro de mascarilla laríngea	SI				..		
Tratamientos nebulizados (solo si es absolutamente necesario)	SI				..		
Aspiración de secreciones	SI				..		
Ventilación no invasiva	SI				..		
Traqueotomía	SI				..		
Ventilación manual con presión positiva	SI				..		
Reanimación cardiopulmonar (RCP), desfibrilación	SI				..		

LOS 5 DEL EPP

1. Apéguese a precauciones basadas en mecanismo de transmisión por gotas y contacto.
2. El uso de guantes no sustituye a la higiene de manos.
3. Retire el EPP tan pronto como se encuentre fuera del área de aislamiento para evitar contaminar a otro paciente, compañero (a) o a usted mismo (a)
4. Reemplace cualquier pieza dañada o rota del EPP tan pronto como lo detecte.
5. Deseche todos los artículos del EPP cuidadosamente, con excepción de lentes y goggles los cuales deben ser desinfectados, y realice inmediatamente higiene de manos.

Fuentes:

OPS/OMS. Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria de casos en los que se sospecha una infección por el nuevo coronavirus (nCoV). 25 de enero de 2020.

OPS/OMS. Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud.

Recomendaciones Básicas. Washington D.C.: OPS, 2017.

Secretaría de Salud. Recomendaciones para el uso correcto de respirador (mascarillas) para bioaerosoles (N95, KN95 y equivalentes). México: abril 2020.

18.- Bibliografía

1. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. *Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report*. Lancet. 2018;391(10128):1391–454.
2. Arya A, Buchman S, Gagnon B, Downar J. *Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives*. Can Med Assoc J. 2020;cmaj.200465.
3. Radbruch L, Knaul 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 [Internet]. 2020;0(0):2019–21. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620309648>
4. Secretaría de Salud. *Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos*. www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html; 2010.
5. Bowman BA, Esch AE, Back AL, Marshall N. *Crisis Symptom Management and Patient Communication Protocols Are Important Tools for All Clinicians Responding to COVID-19*. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2020; Disponible: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420301810>
6. Nouvet E, Sivaram M, Bezanson K, Krishnaraj G, Hunt M, de Laat S, et al. *Palliative care in humanitarian crises: a review of the literature*. J Int Humanit Action. 2018;3.
7. Etkind SN, Ba B, Dtmh M, Bone AE, Ba M, Lovell N, et al. *Journal Pre-proof The role and response of palliative care and hospice services in epidemics and pandemics: a rapid review to inform practice during the COVID-19 pandemic*. J Pain Symptom Manage; 2020; Diponible: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.029>.
8. Downar J, Seccareccia D. *Palliating a Pandemic: “All Patients Must Be Cared For.”* J Pain Symptom Manage. 2010;39(2):291–5. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.241>
9. Powell VD, Silveira MJ. *What Should Palliative Care's Response be to the COVID-19 Epidemic?* J Pain Symptom Manage [Internet]. 2020; Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.013>
10. Koh Yh M. *Palliative Care in the time of COVID-19: Reflections from the frontline*. J Pain Symptom Manage; 2020; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420301743> NS
11. Instituto Nacional de Geriátría, Comisión Nacional de Bioética. *Toma de decisión para hospitalización o cuidados intensivos de personas mayores en el contexto de la pandemia de COVID-19* [Internet]. México; 2020. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/covid/postura_INGER_CNB_COVID_15abril2020.pdf
12. Organización Mundial de la Salud. *Resolución Wha 67. de Asamblea Mundial de la Salud*. Resoluciones Y Documentos. Anexos. 2014;19:19–24.
13. Diario Oficial de la Federación. *NOM-011-SSA3-2014. Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos*. 2014.
14. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Ley General de Salud*. DOF la Fed. :1–268.
15. Saxby C, Bennett M. *Oxford Handbook of Palliative Care*. Eur J Cancer Care (Engl). 2006;15(5):501–2.
16. Porta Sales J, Gómez Batiste X, Tuca Rodríguez A. *Manual Control de Síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. Vol. 3ª Edición, Institut Català d'Oncologia.

2013. 1–394 p.
17. Universidad de Navarra. *Guías rápidas de apoyo y control sintomático en pacientes avanzados con COVID-19*. 2020;0:1–32.
 18. Tanja F-S, Nancy P, Keller N, Claudia G. *Conservative management of Covid-19 patients – emergency palliative care in action*. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2020;(PG-). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420301834>
 19. Salins N, Mani RK, Cursahani R, Simha S, Bhatnagar S. *Symptom Management and Supportive Care of Serious COVID-19 Patients and Their Families in India*. 2020;1–10.
 20. Bajwah S, Wilcock A, Towers R, Costantini M, Bausewein C, Simon ST, et al. *Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19*. Eur Respir J. 2020;
 21. Vergano M, Bertolini G, Giannini A, Gristina G, Livigni S, Mistraletti G, et al. *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*. Soc Ital di Anest Analg Rianim e Ter Intensiva. 2020;
 22. Villavicencio-Chávez C, Sobrevia X, Esquirol-Causa J, Guerrero-Algara L, Vaquedo-Cruzado J, García-Navarro Y. *Protocolo de actuación para la Sedación Paliativa ante una disnea refractaria en domicilio Protocolo especial COVID-19*. Barcelona;
 23. de Montalvo Jääskeläinen F, Altisent Trota R, Bellver Capella V, Cadena Serrano F, de los Reyes López M, de la Gándara del Castillo Á, et al. *Informe Del Comité De Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de Recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus*. 2020;1–13.
 24. Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac. *Guía de criterios éticos ante emergencias sanitarias en México en el contexto de la pandemia por COVID-19* [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/sites/default/files/inline-files/Guia_de_criterios_eticos_COVID19.pdf?fbclid=IwARlvJZALdmdbZ7x5B9anFcYp_LRX2Uf79I0_gMGyIOHjIU9A00LIFTxb6Rc
 25. Pfefferbaum B, North CS. *Recommendations Relevant to the COVID-19 Pandemic*. N Engl J Med. 2020;
 26. Force T, Care P, April K. *e-Book on palliative care guidelines for COVID-19 pandemic*. 2020;(April):1–145.
 27. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, ACNUR. *Guía de intervención humanitaria mhGAP*. 2015.
 28. Hendin A, La Rivière CG, Willisroft DM, O'Connor E, Hughes J, Fischer LM. *End-of-life care in the Emergency Department for the patient imminently dying of a highly transmissible acute respiratory infection (such as COVID-19)*. CJEM. 2020;1–5.
 29. Buckman R. *How to break bad news. A guide for health care professionals*. University of Toronto Press, editor. Toronto, USA; 1992.
 30. CIDH/OEA. *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas*. 2020. p. 1–22.
 31. Aparicio MK, Moreno MAT, Sagasti LP, Navarro CEA, Hoyo AR, Uriarte ME de los R. *Guía Práctica para la toma de decisiones clínicas con ética ante la pandemia COVID-19 Dirigido a personal de salud*.
 32. Consejo de Salubridad General. *Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia*. 2020.
 33. de Montalvo Jääskeläinen F, Altisent Trota R, Bellver Capella V, Cadena Serrano F, de los Reyes López M, de la Gándara del Castillo Á, et al. *Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus*. 2020;
 34. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. *Orientación*

- ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19).* 2020; Disponible en : <https://www.paho.org/es/documentos/orientacion-etica-sobre-cuestiones-planteadas-por-pandemia-nuevo-coronavirus-covid-19>
35. *Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica.*
 36. Kim SYH, Grady C. *Ethics in the time of COVID: What remains the same and what is different.* Neurology [Internet]. 2020;1–6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32253351>
 37. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. *Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic.* BMJ [Internet]. 2020;368(March):m1211. Disponible en: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.m1211>
 38. PAHO. *Reorganización y Ampliación Progresiva de los Servicios de.* 2020;
 39. Waldman E, Glass M. *A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises.* A F Man Palliat Care Humanit Cris. 2019;1–10.
 40. Wilkinson A. *The Potential Role for Palliative Care in Mass Casualty Events.* J Palliat Care Med. 2013;02(02):2–4.
 41. Xia W, Shao J, Guo Y, Peng X, Li Z, Hu D. *Clinical and CT features in pediatric patients with COVID-19 infection: Different points from adults.* Pediatr Pulmonol. 2020;(February):1–6.
 42. Danermark B, Dong L, Tian J, He S, Zhu C, Wang J, et al. *Recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de enfermedad por Coronaviurs SARS-CoV-2 (Covid 19) en pediatría.* Ann Transl Med [Internet]. 2020;2(20):0–3. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00345-5>
 43. Ludvigsson JF. *Systematic review of COVID-19 in children show milder cases and a better prognosis than adults.* Acta Paediatr [Internet]. 2020;0–3. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32202343>
 44. Li Y, Guo FF, Cao Y, Li LF, Guo YJ. *Insight into COVID-2019 for pediatricians.* Pediatr Pulmonol. 2020;(March):10–3.
 45. Chen ZM, Fu JF, Shu Q, Chen YH, Hua CZ, Li FB, et al. *Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus.* World J Pediatr [Internet]. 2020; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00345-5>
 46. Sun D, Li H, Lu X-X, Xiao H, Ren J, Zhang F-R, et al. *Clinical features of severe pediatric patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan: a single center's observational study.* World J Pediatr [Internet]. 2020;1–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32193831>
 47. Xiaoxia L, Zhang L, Du H, Zhang J, Li YY. *SARS-CoV-2 Infection in Children.* N Engl J Med. 2020;april, 10:1747–51.
 48. Jiehao C, Jing X, Daojiong L, Lei X, Zhenghai Q, Yuehua Z, et al. *A Case Series of children with 2019 novel coronavirus infection: clinical and epidemiological features.* 2019;
 49. Paediatric Mechanical Ventilation Consensus Conference, *Practice recommendations for the management of children with suspected or proven COVID-19 infections from the Paediatric Mechanical Ventilation Consensus Conference (PEMVECC) and the section Respiratory Failure from the European Society for Paediatric.* 2019;1–7.
 50. Brodin P. *Why is COVID-19 so mild in children?* Acta Paediatr [Internet]. 2020;(1):0–2. Disponible en : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.15271>
 51. Bouffet E, Challinor J, Sullivan M, Biondi A, Rodriguez-Galindo C, Pritchard-Jones K. *Early advice on managing children with cancer during the COVID-19 pandemic and a call for sharing experiences.* Pediatr Blood Cancer [Internet]. 2020;e28327. Disponible en: <http://>

