

Manejo clínico y paliativo del sufrimiento en la COVID-19

Clinical and Palliative management of suffering in COVID-19

Astudillo, Wilson; Salinas, Antonio; Brandao, Zemilson; Carmona, Fernando; De Pablo, Ana; Piolatti, Andrés; Comba, Jhon; Torres, Luis Miguel; Vázquez, Sebastián; Gutiérrez, Ana; Pérez-García M; Mendinueta, Carmen; Zamora, Alexia; Díaz, Elizabeth; Santamaría, Diego; Fernández, Rodrigo; Grove, Ximena; De la Fuente, Carmen. ⁽¹⁾

Resumen

La COVID-19 ha representado un desastre humanitario que ha conmovido a nuestros sistemas sanitarios y a la economía global. Se revisa su presentación clínica, evaluación y triaje de los pacientes estables o inestables, la toma de decisiones, las ayudas respiratorias, comorbilidades asociadas, el control de síntomas, el papel de los cuidados paliativos en esta pandemia, y la necesidad de promover un cambio en la visión y organización del mundo y la necesidad de una gobernanza mundial sanitaria a cargo de la OMS.

Palabras clave: pandemia COVID-19, triaje, toma de decisiones, comorbilidades, cuidados paliativos.

Abstract

COVID-19 has represented an humanitarian disaster that has shaken our healthcare systems and the global economy. We review the clinic presentation, assessment and triage of stable or unstable patients, decision making, respiratory aids, intubation, associated comorbidities, symptom control, the role of palliative care and family in this pandemic, and the need to promote a change in the vision and organization of the world and the need for a global health governance by WHO.

Keywords: Covid-19 pandemic, triage, decision, comorbidities, palliative care.

(1) *Paliativos Sin Fronteras. Santiago. Chile.*

Introducción

La pandemia de COVID-19 ha traído un tsunami de sufrimiento que ha afectado a la salud de millones de personas, por lo que su alivio se ha vuelto un tema sanitario esencial. Si bien esta enfermedad en un 80 % tiene un curso leve o no complicado, un 15 % es severo y en un 5%, crítico,²⁻³ con una mortalidad entre 0,9- 19 %. La alta incidencia de pacientes muy afectados en poco tiempo en una cierta área geográfica es el sello de COVID-19, que ha puesto al límite y superado muchos de los recursos sanitarios disponibles. Su origen es un nuevo coronavirus, designado como SARS-CoV-2 que ha causado un brote de enfermedad respiratoria aguda en China.^{2,4} Como en otras catástrofes, el foco de atención se centrará en salvar vidas, en el alivio de los síntomas e incapacidad funcional de los afectados y en la prevención de nuevos contagios con la cuarentena, lavado de manos, aislamiento, distancia social y mascarillas.^{3,5}

Presentación Clínica

La infección afecta a todas las edades, pero es más grave en los mayores de 65 años, hipertensos, con enfermedad cardiovascular, hepática, diabetes, EPOC, cáncer⁶, nefropatías, tabaquismo y obesidad. El periodo de incubación es de 14 días desde la exposición, con un promedio de 4 a 5 días. Los síntomas más comunes en 1.482 hospitalizados en E.E.U.U. fueron: tos (86%), fiebre >37,80 o escalofríos (85 %), dificultad para respirar (80%), diarrea (27 %) y náuseas 24 %.⁷ El espectro de la enfermedad va desde la infección asintomática a una neumonía severa con un síndrome respiratorio agudo severo (SARS), al que acompañan problemas de coagulación, cardíacos, renales, del SNC y periférico y la muerte.⁸ Tabla 1. Así, varios autores refirieron compromiso neurológico en el 84% de pacientes con infección severa por COVID-19, con encefalopatía, agitación, confusión y presencia de signos de tracto corticoespinal.⁹⁻¹² En el laboratorio son más comunes: leucopenia, linfopenia, alteraciones hepáticas, renales, elevación del PCR, Dímero D, ferritina, CPK, troponina y LDH. En la Rx de tórax existen hallazgos variables, pero aparecen opacidades multifocales bilaterales típicas, que se aprecian también en la TAC. El diagnóstico se completará por pruebas de zonas nasoro-faríngeas, (RT-PCR) o de inmunoglobulinas(Elisa), aunque existen falsos negativos. Una prueba negativa en personas con altas probabilidades de exposición o clínica no excluye la infección COVID-19 puede ser: ⁸

Asintomática o presintomática: los afectados tienen unos test positivos, pero sin síntomas y deberían autoaislarse por 7-14 días de su primer positivo. Algunos asintomáticos pueden tener hallazgos radiológicos de neumonía COVID-19. Los que se vuelvan sintomáticos deben volver a consulta. No se recomiendan pruebas adicionales.

Enfermedad leve: Pacientes con uno o varios signos y síntomas: fiebre, tos, producción de esputos, odinofagia, malestar, cefalea, dolor muscular, anosmia, disgeusia, palpitaciones y dolor torácico, pero sin disnea, que pueden ser manejados en su mayoría en casa. Todos los sintomáticos con factores de riesgo de enfermedad severa deben controlarse de cerca. En algunos de ellos puede haber un agravamiento. No se requieren estudios de laboratorio específicos, ni antivirales ni agentes inmunomoduladores.⁸

La enfermedad moderada: Se define por evidencia de afectación del tracto respiratorio inferior por evaluación clínica o radiológica, con SpO2 > 93 %, sin signos de severidad. Dado que puede progresar, se ingresará a los afectados para observación cercana. Los sanitarios usarán el equipamiento de protección individual (EPI) con mascarillas N95, protectores faciales, guantes, etc., siendo preciso la desinfección de todos los materiales en contacto con el enfermo. La pulsioximetría reduce el riesgo de contaminación y evita usar estetoscopios en algunos pacientes no disneicos que están hipóxicos.¹³

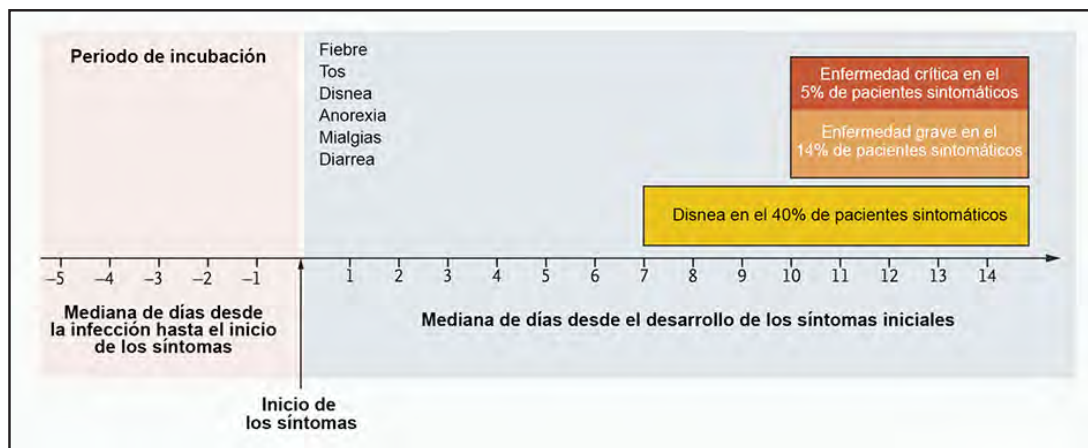


Tabla 1. Línea temporal de los síntomas de la enfermedad severa en el COVID-19 Adaptada de Zhou et al,¹⁵ and the Centers for Disease Control and Prevention. Berlin⁴ D.A.et al. Severe Covid-19. N.Eng J.Med. May15/2020.

Si se sospecha una neumonía bacteriana o sepsis, se administrará un tratamiento empírico antibiótico, con reevaluación diaria.⁸ Se hará una Rx de tórax, Eco o TAC y análisis. Algunos pacientes tienen anomalías de laboratorio, asociadas con progresión a enfermedad severa.¹⁴ En esta fase se aprecia un alto ratio de neutrófilos/linfocitos, albúmina baja y troponina, dímero D y ferritina elevados, que tienen más valor pronóstico⁵ y no hay datos para recomendar antivirales o inmunomoduladora.^{2,3,5,8}

La enfermedad severa: Comprende a todo paciente con una SapO₂ ≤93 %, frecuencia respiratoria (FR) > 30, paO₂ FiO₂ < 300, o infiltrados pulmonares > 50 %, con rápido deterioro clínico, por lo que debe ingresar y recibir O₂ con cánula nasal de flujo alto para conseguir una P0₂ de 90-96 %⁸. El SARS es la complicación más frecuente en esta etapa. La presencia de hipoxia ≤ 94 y necesidad de oxigenación o de apoyo ventilatorio indican severidad.⁸ La neumonía es la presentación más grave en un 15 %, con un riesgo sustancial de enfermedad crítica prolongada y muerte.⁴ Aparece a la semana del inicio de los síntomas.⁴ Se harán Rx de tórax, ecografía pulmonar, TAC y ECG. Se asocian a peor evolución: linfopenia, elevación de enzimas hepáticas, LDH, PCR, t. protrombina, troponina, CPK y signos de lesión renal aguda. Se usarán antibióticos de amplio espectro si se sospecha una infección bacteriana o sepsis, con reevaluación diaria.

La mayoría de pacientes reúnen el criterio del SARS con infiltrados bilaterales agudos, marcada hipoxemia y edema de pulmón, que no se explica por sobrecarga de líquidos o insuficiencia cardíaca y deberán estar aislados.⁸ La trombosis y la insuficiencia renal son complicaciones reconocidas de la COVID-19 severa, así como las arritmias y lesiones cardíacas. En los niños se ha descrito un síndrome inflamatorio multisistémico tóxico, con fiebre elevada, enrojecimiento de la piel e inyección conjuntival, que son comunes al síndrome de Kawasaki, con inflamación de los vasos sanguíneos de pequeño y medio calibre. Se acompaña de diarrea y vómitos, y puede evolucionar a taquicardia e hipertensión. En la COVID-19 severa se encuentran con sorpresa pacientes infectados con marcada hipoxia, que respiran bien, charlan animadamente con el personal sanitario, se perciben como sanos y actúan con total normalidad, por lo que se ha acuñado el término de “hipóxicos felices”, fenómeno a tener en cuenta, porque su saturación de oxígeno puede estar entre 50 y 70 y significa que su enfermedad está muy avanzada y puede progresar rápidamente a síndrome de SARS y muerte. Para muchos médicos, los problemas de coagulación en COVID-19 empiezan en los pulmones, por lo que es necesario heparinizar a dosis más altas a estos pacientes (Happy Hipoxia: Science, 24 April, p.356). Se recomienda, si es posible, administrar remdesivir si reciben O₂ suplementario y no están intubados.¹⁴ Parece reducir el tiempo para recuperarse.⁴

La enfermedad crítica: Los afectados se presentan con insuficiencia respiratoria, shock séptico y disfunción orgánica múltiple. La COVID 19 es básicamente una enfermedad pulmonar que aparece tras un periodo de incubación de una semana cuando el sistema inmunitario se descontrola, provocando un empeoramiento clínico por una

reacción sistémica hiperinflamatoria grave, conocida como la “tormenta de citoquinas”, que puede causar la muerte del paciente, con disnea, hipoxemia severa que induce el metabolismo anaerobio y requiere intubación.¹⁶

El cuadro clínico de este shock tiene distintos síntomas inespecíficos, entre ellos el S. respiratorio agudo, que puede ser inducido por el virus, disfunción cardíaca, elevación de las citoquinas y/ o la exacerbación de las comorbilidades subyacentes. Se hará un diagnóstico diferencial con una sepsis bacteriana secundaria a la neumonía u otra causa, hipovolemia por hemorragia digestiva, insuficiencia cardíaca o adrenal.^{2,3,5} En la COVID-19 son marcadores de severidad la linfopenia, albúmina baja, troponina, dímero D, ferritina y VSG elevados. La PCR en aumento puede indicar infección bacteriana o progresión de la enfermedad.

Si aparece una inestabilidad hemodinámica inexplicable se pensará en isquemia miocárdica y miocarditis, que aparece hasta en 20 % de los pacientes, o en embolismo pulmonar, si hay un súbito deterioro del intercambio gaseoso. Hay pocos estudios anatomopatológicos, pero se observa en las autopsias a nivel pulmonar una amplia variación, que va desde la inflamación mononuclear a daño difuso alveolar, clásicos del SARS, con alteraciones a nivel de riñón, hígado, corazón y cerebro.^{5,12,16,17}

La Surviving Sepsis Campaign sugiere la utilidad de un curso corto de glucocorticoides (hidrocortisona 200 mg/día por infusión o dosificación intermitente) en el shock refractario, síndrome de distrés respiratorio moderado a severo^{5,18,19} relacionado con la COVID-19. Existe un estado procoagulante protombótico, por lo que la anticoagulación profiláctica es una pieza central en su cuidado. No hay datos suficientes para recomendar antivirales o inmunomoduladores en esta etapa.^{5,8}

Evaluación y Triage

En la fase moderada tras una evaluación concisa y cuidadosa de los pacientes antes de que entren en shock para mejorar el pronóstico, se harán recomendaciones de tratamiento claras y simples según sus posibilidades de supervivencia y controlar sus síntomas según los recursos disponibles³, siempre con respeto a los valores y la dignidad de las personas. El triaje puede hacerse por: 1) El SOFA (Sequential Organ Failure Assessment Scoring System)- que va de 0 a 24 -e incluye puntos de seis sistemas orgánicos: respiratorio (hipoxemia), coagulación (plaquetopenia); hepatopatía (hiperbilirrubina), cardiovascular (hipotensión), disfunción del SNC (nivel bajo de consciencia), y renal (bajo gasto urinario o creatinina alta), 2); la Early Warning Score (EWS) o Escala de Aviso Precoz (EAP) validada en 2012 como predictor de mortalidad hospitalaria precoz,²⁰ Tabla 2, que mide la frecuencia respiratoria (FR), la Saturación de O₂, la TA, temperatura, pulso, nivel de consciencia. Es dinámica y cambia con el tiempo y frecuencia de observaciones; y 3) La Escala-3D Ticino-nCov 2019, Tabla 3, más específica que valora la disnea, aflicción (sufrimiento) y malestar (dolor) de 0 a 10, siendo 0 sin síntomas, 1-3 leve, 4-6 moderado a grave, 7-9 muy grave y 10 peor situación posible^{2,13}.

Puntuación	3	2	1	0	1	2	3
Frec. respiratoria	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
SpO2 capilar	≤ 91	92-93	94-95	≥96			
Oxígeno		Si		No			
PA sistólica	≤90	91-110	101-110	111-219			≥220
Pulso	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
ACVPN (Alerta, confusión, voz, no responde)				A			Voz (V) Dolor (D) No responde
Temperatura (°C)	≤35.0		35.3-36.0	36,2-38.0	37.1-39.0	≥39.1	

Tabla 2. Escala de aviso precoz (EAP). ≥:3 Hablar con enfermera o residente, ≥6 Hablar inmediatamente con equipo de agudos. La preocupación sobre el paciente o dificultad para obtener un parámetro deberá hacer subir la escala cualquiera que sea el número.²⁰

3D	0	1-3	4-5	6-7	7-9	9-10
Disnea Distress (Sufrimiento) Malestar (Dolor)	Sin síntomas	Leve	Moderado	Severo	Muy severo	El peor posible

Tabla 3. 3D-Ticino 2019-COV-1913

Categorías de pacientes y sus cuidados de soporte

En los pacientes con COVID 19 en la fase moderada pueden aparecer algunos parámetros tempranos de peligro, donde son útiles las recomendaciones de la OMS2-3 para clasificarlos en cuatro categorías: estables, inestables, con soporte respiratorio-intubados y al final de la vida.²

Los pacientes estables son aquellos con EAP de ≤7 , F.respiratoria (FR) ≤ 25 min, Sat.O2 >88 %, (con máscara Venturi hasta un 60 %) y que pueden todavía recuperarse, aunque no sean adecuados para ayuda respiratoria. Tienen disnea, fiebre, ansiedad y escalofríos que causan malestar. Se hará una evaluación 3D-2019 Ticino- nCov , dos veces por turno.

Los pacientes inestables tienen: una EAP>7,FR: > 25 minuto, y Sat.O2<88 %, (sin relación a que reciban o no oxigenoterapia).^{2,13} Pueden experimentar un deterioro rápido, por lo que se hará una evaluación **3D** si están alertas dos veces en cada turno. Se administrará O2 a hasta 30 litros/min, se observará tanto el esfuerzo respiratorio como el control sintomático, se mantendrá la hidratación y se hablará con su familia. Esto ha salvado a muchos pacientes, siendo útil también la posición en decúbito prono. Si al paciente no se le intuba, pero permanece hipoxémico, se le pondrá una cánula nasal de alto flujo, que puede mejorar la oxigenación y prevenir la intubación en algunos enfermos.^{4,5,8} El uso de ventilación con presión positiva no invasiva deberá restringirse a pacientes con COVID-19 que tienen insuficiencia respiratoria por enfermedad pulmonar crónica, edema cardiogénico pulmonar o apnea de sueño obstructiva. Sin embargo,

algunos expertos no recomiendan su empleo porque estos tratamientos pueden retrasar inapropiadamente la necesidad de intubación endotraqueal y exponen a los clínicos a aerosoles infectados.⁴

Pacientes inestables intubados. Se estima que los pacientes con enfermedad severa por COVID-19 precisan intubación y soporte respiratorio en un 5%. El grupo de Ética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, (SEMICYUC), ha promovido un trabajo de Consenso de Recomendaciones Éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por la Pandemia COVID-19 ante la encrucijada producida por el incremento de personas con necesidades de atención intensiva y la disponibilidad efectiva de medios terapéuticos²¹. Este documento sirve para apoyar a los profesionales en la toma de decisiones difíciles, facilitando criterios colegiados que permitan compartir la responsabilidad en: 1) las decisiones en situaciones que implican una gran carga emocional, y 2) explicitar unos criterios de idoneidad de asignación de recursos en una situación de excepcionalidad y escasez. Así, se plantea como candidatos a ingresar en las UCI y/o cuidados intermedios semicríticos con prioridad 1 y 2 .

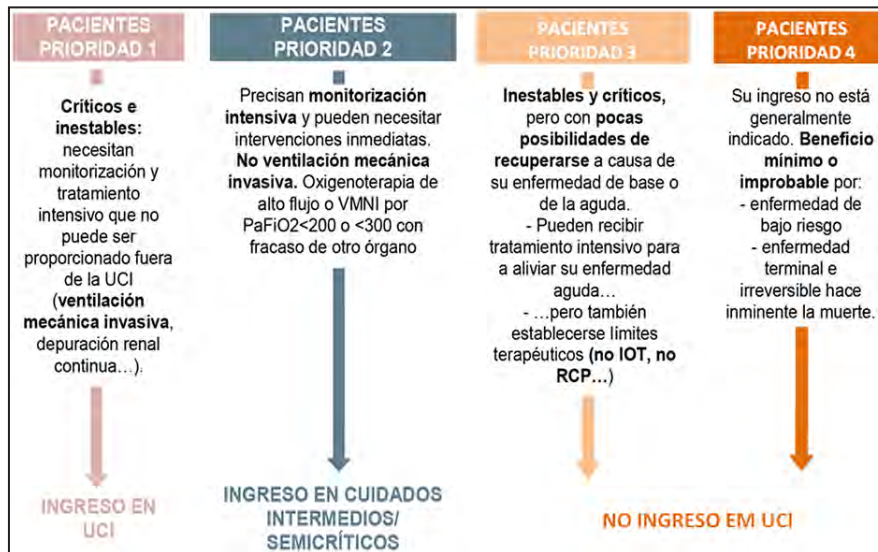


Figura 1. Modelo de 4 categorías de priorización y propuesta de ubicación según las características del paciente y la situación actual. IOT: Intubación orotraqueal; RCP: reanimación cardiopulmonar.

Considerando la opción del ingreso de paciente con prioridad 2 en otras áreas asistenciales, como cuidados intermedios en caso de disponer de éstos y no estar saturados por pacientes con prioridad 1 y 2.21

Sobre la ventilación en la insuficiencia respiratoria aguda (IRA), Rubio y col.21 Tabla 4, proponen una adecuación de la intervención a las características de la persona, entendiendo por comorbilidad la presencia de varios procesos de enfermedad diferentes a la actual y medibles por la Escala de Gravedad de Charlson: ausencia comorbilidad, 0-1 punto; comorbilidad alta, 3 puntos. Para mantener dicho soporte, se establece la medicación habitual en estos casos, con la que se supone se reduce el sufrimiento. Parte de estos evolucionarán a la estabilidad y curación, pero en otros el fallo se agravará y morirán.

Tabla 4. Indicaciones de Ventilación Mecánica Invasiva según características de la persona²¹

Características de la persona	Propuesta de ventilación en insuficiencia respiratoria por COVID-19
>80 años con comorbilidades	Recibirá mascarilla de oxígeno de alta concentración, oxigenoterapia de alto flujo o VMNI (en estos dos últimos procedimientos se considerará la relación riesgo/beneficio por la producción de aerosoles en habitaciones compartidas y la disponibilidad de vigilancia en planta de hospitalización convencional)
>80 años sin comorbilidades	Recibirá preferentemente mascarilla de oxígeno de alta concentración, oxigenoterapia de alto flujo o VMNI (en estos dos últimos procedimientos se considerará la relación riesgo/beneficio por la producción de aerosoles en habitaciones compartidas y la disponibilidad de vigilancia en planta de hospitalización convencional). Se seleccionará, cuidadosa e individualmente, la indicación VMI según indicación y evaluando riesgo /beneficios
Entre 70-80 años: Sin patología previa importante Con comorbilidad grave	Subsidiario de tratamiento con VMI Se valorará cuidadosamente la indicación de VMI y se le tratará preferentemente con VMNI o similar, según disponibilidad.
Demencia y/o enfermedad neurodegenerativa En todos los casos anteriores	No subsidiarios de VMI Se retirará la VMI según la evolución en la puntuación de la escala SOFA diaria, las complicaciones acontecidas y estableciendo un juicio de futilidad.

VMI: Ventilación mecánica invasiva; VMNI: ventilación mecánica no invasiva
 *ICC, miocardiopatía dilatada, EPOC, cirrosis, insuficiencia renal crónica, etc., Escala de Charlson > 3 puntos

Estaremos ante una urgencia cuando el paciente presente los primeros síntomas de un fallo sistémico, con aumento de la frecuencia respiratoria, hipotensión, etc. Su duración puede ser de pocos minutos a horas, según la situación de la enfermedad y general del paciente.^{2,3,13} La disnea aparece en un 40 % de afectados y puede ser persistente o intermitente, debiéndose explicar al paciente y a la familia en términos sencillos lo que está ocurriendo, sobre todo que es un momento crítico, donde puede producirse un cambio con necesidad de intubación o, si no es candidato a la misma y aparecen síntomas refractarios, de sedación. Si no se puede revertir la inestabilidad, el paciente acabará intubado. Es crucial preguntar por directivas anticipadas, decisiones subrogadas y metas de cuidados, tratar con ellos la adopción de la sedación paliativa e inducir una disminución de vigilia para asegurar la ausencia de sufrimiento si éste no se puede controlar con medidas sintomáticas. Las visitas no deberán durar más de 15 minutos para reducir el riesgo de infección.^{2,3,5,15}

¿Cuándo intubar?. La aparición de signos de excesivo esfuerzo respiratorio (a los 2-3 días de la disnea), una rápida progresión en pocas horas, una hipoxemia refractaria a la oxigenoterapia (a pesar de subir > 50 L/min de alto flujo de O₂ y fracción de oxígeno inspirado (FiO₂) >06), la aparición de hipercapnia con alteración del estado mental (encefalopatía) con inestabilidad hemodinámica o fallo multiorgánico¹², señalan un riesgo inminente de parada respiratoria donde hay una necesidad urgente de una intubación endotraqueal y ventilación mecánica para prevenir la sobredistensión alveolar, hiperoxia y el colapso alveolar cíclico.⁴ Su necesidad va de 30 al 100 % de casos¹² y su duración va de 1 a 2 semanas. No se debe esperar hasta que se descompense porque es potencialmente peligroso para el paciente y los que le cuidan. La harán sanitarios más experimentados para reducir el número de intentos y el riesgo de transmisión, si es posible con video laringoscopia que facilita una mejor visión a menor distancia, después de una oxigenación previa y una rápida secuencia de inducción de sedación y bloqueo neuromuscular. La posición prona mejora su ventilación posterior. ⁴ **Tabla 5**

Tabla: 5. Posibles indicaciones clínicas para la intubación endotraqueal⁴.

- Inminente obstrucción de vías aéreas	- Hipercapnia o acidemia
- Signos de trabajo respiratorio insostenible	- Encefalopatía o protección inadecuada de vías aéreas
- Hipoxemia refractaria	

Después de la intubación, los pacientes con COVID-19 se vuelven hipotensos por la ventilación a presión positiva y la vasodilatación sistémica de los sedantes, por lo que requieren líquidos IV y vasopresores al momento de la intubación, así como un cuidadoso control hemodinámico posterior para mantener la presión media de 60-65 mm Hg y prevenir la sobredistensión alveolar, por lo que la presión meseta deberá ser menor o igual a 30 cm de agua.^{4,12,19}

Son también necesarios los sedantes y analgésicos para prevenir el dolor, sufrimiento y disnea así como reducir las molestias de la ventilación mecánica y el riesgo de lesión pulmonar. Es también posible realizar traqueotomías pasados unos 7-10 días, que puede facilitar la retirada de la ventilación mecánica, aminorar el uso de la sedación y de medicación vasopresora, y permite un manejo seguro con menos volumen de equipamiento y personal, aunque los pacientes despiertos pueden ser más difíciles de manejar.^{5,8,14,16,17}

Toma de Decisiones

En la COVID-19 nos enfrentamos ante una crisis de la capacidad de atención de los sistemas sanitarios, bien porque éstos sean muy frágiles y deficitarios o se carezca de suficientes camas de cuidados intensivos o de respiradores, para atender a tantos pacientes. Esto ha creado la necesidad de hacer un triaje para seleccionar a aquellos que tengan más posibilidades de supervivencia.^{22,23} En Italia, por ej., 10 a 25 % de los pacientes hospitalizados durante la pandemia requirieron respiradores, en algunos casos por varias semanas, hecho que sucedió también en España. Ante su escasez o la falta de camas en Intensivos, los médicos

deben hablar con los enfermos y sus familias y ayudarles a comprender lo que está pasando y se enfrentan con angustia a tener que escoger a aquellos con más posibilidades de supervivencia. En la mayoría de casos se puede decidir, basándose en la situación de comorbilidad, su capacidad de tolerar físicamente un fallo multiorgánico, la posterior capacidad de extubación y sus expectativas de cómo sería la salida funcional y cognitiva tras la retirada del soporte respiratorio.^{22,24} Es esencial respetar los valores y voluntad de los pacientes, por lo que deben rechazarse “*las órdenes universales de no resucitar*”, incluso en edades muy avanzadas, y decidir que éstas sean aplicadas según la preferencias del enfermo y visto bueno de su familia.

En Nueva York se ha resuelto este dilema de los respiradores en base a unas Guías de decisiones en tres pasos: aplicación de criterios de exclusión, tales como un choque irreversible; evaluación del riesgo de mortalidad usando el SOFA para determinar la prioridad para iniciar la ventilación asistida, y control de evolución en el tiempo por si no mejoran para usar su ventilador en otros enfermos.²³ Han sido muy útiles la creación y empleo de comités de triaje con miembros con experiencia en la pandemia actual sin responsabilidad clínica, fuera de los médicos que están a la cabecera de los enfermos, que puedan dar un mensaje claro y preciso, y que se encarguen de comunicar con la familia.²² El designar estas tareas a miembros de estos comités, prevendrá la confusión y malentendidos, más aún si se dejan recomendaciones escritas previas y pueden contribuir a mitigar la enorme carga emocional, espiritual y existencial de los cuidadores.²² Sería lo ideal, pero en plena pandemia es muy difícil donde hace falta tanto personal.

El tiempo que se les dedique a los enfermos y familiares, que se les facilite expresarse y ser escuchados, crea un espacio interior que les ayuda a reubicarse en la nueva realidad que se va imponiendo. Ayuda también a la aceptación atender a los pequeños detalles, estar a su lado y ofrecerles en todo momento un trato centrado en la persona. No está por demás insistir en la importancia de que las decisiones sobre posibles cuidados se tomen desde un principio, cuando el paciente está aún estable por la dificultad, sobrecarga y sufrimiento añadido que conlleva tomarlas en los momentos de crisis. También es de subrayar la necesidad de dotar de premisas éticas todo el proceso de asignación de recursos, así como en la obligación de ofrecer alternativas de calidad para la paliación de los síntomas en caso de mala evolución.²⁵

Es llamativa la necesidad de aplicar el principio de justicia de forma uniforme a todas las personas, y no de forma selectiva a las personas de perfil geriátrico o con problemas crónicos de salud. Hay que intentar maximizar, tanto el número de personas beneficiadas como la supervivencia libre de discapacidad al alta hospitalaria y el número de años de vida salvados, y desvincular la decisión de asignación en base a la edad cronológica de la persona como única estrategia, abriendo la puerta a la necesidad de valorar otras variables, como el grado de fragilidad, equivalente a la "edad biológica" de la persona.²⁶ El proceso de planificación de una crisis de salud pública requiere una reflexión sobre los valores, como la responsabilidad, la inclusividad, la transparencia, la sensibilidad o la razonabilidad. Estos marcos éticos permitirían orientar a los profesionales asistenciales y a las autoridades en el difícil proceso de toma de decisiones, y a ayudar finalmente a reducir los daños colaterales.^{20,26-28}

Enfermos en el final de la vida y los Cuidados Paliativos:

Los pacientes con mal pronóstico tienen niveles muy bajos de saturación de oxígeno: Sat O₂ < 70%. Si están alertas y no pueden comunicarse, se harán dos a tres evaluaciones 3D en cada turno sobre frecuencia respiratoria, rictus de dolor, intranquilidad o agitación, escalofríos (hipertermia), taquicardia y taquipnea. En esta categoría puede haber enfermos: 1) con comorbilidad o especial fragilidad que se considera que no se benefician de un ingreso hospitalario y de su monitorización por tener una enfermedad que ya los ha situado al final de su vida (institucionalizados o en cuidados domiciliarios con una demencia muy severa); 2) intubados que evolucionan a un fallo multiorgánico irreversible referidos en el apartado anterior, y 3) en cuidados hospitalarios en fase de estabilización, que se considera que no son candidatos a una intubación.^{3,4,8,13}

Se debe subrayar el hecho de que no ser candidatos a intubación u a otras medidas de soporte no es abandono sanitario ni terapéutico, sino un cambio de enfoque para centrarse en su bienestar, donde los cuidados paliativos son una importante opción para aliviar el dolor y el sufrimiento, porque no facilitan la muerte, permiten que estén acompañados de sus seres queridos con protección adecuada y que éstos puedan despedirse. Con ellos se continúa la monitorización de síntomas, pero no en los

de signos de inestabilidad, sino en los de alarma del sufrimiento. Los elementos más importantes del cuidado holístico en estos pacientes son: a) comunicación efectiva, que incluye el proceso de toma de decisiones; b) manejo adecuado del dolor y de otros síntomas molestos, c) oportunidad para prepararse para la muerte, incluyendo apoyo emocional y espiritual y d) apoyo a los seres queridos cercanos, incluyendo la capacidad de mantener contacto con ellos por teléfono o comunicación virtual. Se necesitará que los que visiten o atiendan al moribundo estén provistos de la protección adecuada (EPI) y que el ambiente inmediato sea el mejor posible para facilitar una muerte tranquila y que puedan despedirse dignamente.²⁹ No es recomendable el contacto virtual por Skype u otro medio.¹³

Control de Síntomas

En la COVID-19 se producen muchos síntomas donde los intensivistas e internistas pueden ser de mucha ayuda. El tratamiento debe orientarse a ofrecer: a) medidas de soporte, por ejemplo la provisión de líquidos y oxígeno; b) tratamiento causal: provisión de antibióticos para una neumonía, y c) soporte de órganos, apoyo ventilatorio, terapia de sustitución renal, etc., todo ello para preservar y prolongar la vida. A los moribundos y/o aquellos que no desean tratamientos activos o invasivos, se proporcionará un cuidado compasivo paliativo para mejorar su calidad de vida. El control adecuado de síntomas debe formar parte del cuidado integral del enfermo y procurará cubrir los aspectos físicos, funcionales y espirituales, reducir el sufrimiento y apoyar a la familia. Los síntomas que requieren más atención en la COVID-19 son: disnea, tos, fiebre o escalofríos, ansiedad y delirio.²⁻⁴ Los paliativistas serán muy útiles en el control de síntomas difíciles, la toma de decisiones y para dar apoyo a las familias.²⁹⁻³³

DISNEA. Es una causa común de sufrimiento en los pacientes con enfermedad aguda, avanzada y terminal en la COVID-19 como en otras condiciones (cáncer pulmonar avanzado, linfangitis, carcinomatosis, EPOC, etc.).⁴ Puede ser persistente o intermitente y es el síntoma presente en 40% de la enfermedad severa y se acompaña de hipoxemia. Afecta a pacientes estables y puede mostrarse con gran intensidad en pacientes inestables.

Medidas no farmacológicas (MNF): Mantener alguna de las posiciones para respirar mejor. Suelen ser útiles: técnicas de relajación, reducir temperatura y refrescarlo con paños húmedos y usar O₂ humidificado (no es de beneficio si no hay hipoxemia). No emplear ventiladores portátiles porque pueden facilitar la dispersión viral.

Fig. 3 Medidas farmacológicas: Los opioides pueden reducir la percepción de disnea de forma basal. Morfina 2 -5 mg oral, SC o IV c/4h (en 10 ml de S. fisiológico) o 15 mg/24 h(en 100 ml de SF.) Disnea moderada: hasta 30 mg/24h. Dosis de rescate: 10 -20 % de la dosis diaria total. Se vigilará neurotoxicidad: alucinaciones, sedación intensa, mioclonías, confusión. Si se producen: reducir la dosis en un 50% e hidratar. Para pasar morfina oral a SC la relación es 2: 1, y a la vía IV 3:1. Si se necesitan

opioides por insuficiencia renal, se usará fentanilo.^{2,29-33} La administración vía infusión /24h o con elastómeros, reduce riesgos de contaminación en la COVID-19. Si se asocia ansiedad o angustia: lorazepam sublingual (SL) 0.5-2.5 mg, o Midazolam 2-10 mg. IV o SC seguido de 20-180 mg/24 h en infusión o levopromazina VO 5-10 c/6h o PRN. Morfina: por VO (alivio en 1 h) o SC (alivio en 30 minutos) o EV (alivio en 10 minutos).^{3,29} **Fig.3.**

Fig.3 Posiciones para respirar mejor



ANSIEDAD. Es muy frecuente en los portadores porque el diagnóstico de COVID-19 puede ser recibido como una amenaza de muerte MNF: Acompañamiento, relación de ayuda, transmitir tranquilidad y confianza. Explicar al paciente y familia la situación en la que se encuentra y actuación. En casos más intensos, se pedirá la ayuda de un psicólogo. Diazepam 2-5 mg IV, 10 mg rectal c/8-12 h, Lorazepam SL 0.5-1 mg c/8h o Midazolam 2.5- 5 mg SC/IV y PRN hasta 10-15 mg/24 h en perfusión continua. D.Rescate: Lorazepam SL o midazolam 2.5-5 mg SC o IV.

TOS. Es un reflejo protector de las vías áreas ante la presencia de irritantes o condiciones que causan distorsión de las vías aéreas.

MNF. Humidificar el aire, líquidos orales, elevar la cabecera y no fumar.

M. farmacológicas: Sin tratamiento opiáceo previo - Dextrometorfano 15-30 mg c/6 h. o codeína 30-60 mg (VO) c/6h, siempre que no tomen un opioide mayor. Si no son útiles, retirarlos y tratar con morfina 5- 10 mg/4-6h para los que tomaban codeína y 2.5-5 mg /4-6h para los que no, (10-40 mg morfina de liberación sostenida/24 h con dosis máxima de 60 mg/24 h.) Si es severa y al final de la vida: morfina 10 mg en infusión subcutánea continua en 24 horas y 2.5-5 mg SC c/4h PRN. 2-5 Si rebelde, Metadona 3-5 mg/8 h VO. Se puede asociar budesonida a través de cámara espaciadora, cromoglicato o lidocaína al 2 % 5 ml c/8h.

DELIRIO: La COVID 19 afecta al SNC y periférico, con alteraciones de la capacidad cognitiva y la atención de origen multifactorial. El delirio se presenta por un cambio súbito del estado mental en pocas horas o días, con variaciones diarias, con más agitación o más sueño o abatimiento y desorganización del pensamiento (alucinaciones). Si existe demencia previa, el delirio aumenta el riesgo de mayor contaminación. Puede ser hipoactivo con afecto plano, apatía, letargia, pasando con frecuencia desapercibido, o hiperactivo con inquietud leve hasta agitación severa.

MNF: Tratar de identificar causas solas o combinadas, proporcionar apoyo emocional, reorientación y buena comunicación. Considerar facilitar la presencia de familiares o amigos, emplear tapones para el oído, protectores para limitar la exposición de luz, evitar cambios de habitación a menos que sea necesario y facilitar una buena iluminación.

Medidas farmacológicas. El haloperidol es el fármaco de elección en el delirio²⁹⁻³². Es tan eficaz como la risperidona, olanzapina y quetiapina. Inicio de acción 10-15 min SC. Vida media 12-38 h. Duración de acción :24 h o más.

Delirio hipoactivo: haloperidol 0.5-2 mg c/2-12 h, VO, IV,IM,SC. Puede ser necesario añadir lorazepam 0.5-1mg VO C/2-4 h y PRN o midazolam 2.5-5 mg SC PRN c/hora. Si está contraindicado el haloperidol o es insuficiente, se usará olanzapina SC 2.5 -5 mg c/12-24 h •Delirio hiperactivo: Si hay alucinaciones, alteración de conducta: iniciar con haloperidol 1-2 mg, VO, IM, IV o SC, c/8 h. Pueden usarse dosis altas 5- 10 mg/24 h. Dosis de rescate inquietud-agitación 2.5 mg c/20 min SC/EV. Si está muy agitado/combativo: midazolam 5 mg SC/ IV , c/15-20 min hasta controlarlo y aumentar 5-10 mg cada 24 h si persiste agitación, o Clorpromazina, preferida por ser más sedante 12.5 -50 mg c/4-6 h, VO,IV,IM, SC. En ancianos se puede usar risperidona 0.25-1 mg/12-24 h. VO. Los sedantes pueden causar mortalidad por prolongación del QT(cloroquina, amiodarona o procinéticos).

FIEBRE: La fiebre significativa se define por temperatura > 37,50 C o mayor oral, ≥ 37,20 axilar, ≥370 timpánica, o ≥ 390 rectal^{9,13,29-33}. Se acompaña de escalofríos, temblor, resfriado, dolores musculares, articulares o corporales. Es más intensa en la fase severa.

MNF: Se usará ropa ligera, refrescar la cara con un paño húmedo, líquidos orales, no emplear ventiladores en los picos inflamatorios si hay sospecha de infección. Cuidado de la piel. Medidas farmacológicas: Paracetamol 1 g, VO /IV, PR (vía rectal) hasta 4 veces al día. Si se emplean AINE hacerlo a la mínima dosis: Ibuprofeno 200-400 mg c/8 h (use la dosis más baja que funcione), o diclofenaco 75 mg IV PRN (máximo c/12 h). Los escalofríos excesivos se manejan con morfina 5 mg IV PRN o petidina 25-50 mg SC PRN.

SEDACIÓN PALIATIVA. Algunos pacientes evolucionan de forma espontánea a una disminución de la vigilia y coma, sin sufrimiento. Otros presentan una fase final con disnea o agitación intensa que precisa sedación, como en caso de hemoptisis, pero este signo es de solo una minoría. La sedación se instaurará ante la presencia de síntomas refractarios (delirios, disnea, dolor, hemorragias, crisis de angustia o pánico) con consentimiento informado del paciente o de su familia. Medidas farmacológicas.^{5,3,4,13,29-33}

El midazolam es de elección por vía SC. Emplear 10 mg en bolo lento, repetir c/5-10 minutos hasta que se obtenga un grado de sedación esperada. IV Inducción 5 mg, Rescate (bolus) 5 mg. Dosis en infusión continua (ISCC) o IV 60 mg de midazolam en 100 ml de suero fisiológico (0,5 mg/ml). En mayores de 60 años, reducir las dosis un 50 %. A partir de 150 a 200 mg diarios, pueden producirse reacciones paradójicas. Cálculo de Dosis 24

h: multiplicar la dosis de inducción x 6. Puede subirse 0.5 mg/h = 1 ml/h si precisa. Dosis techo: 150-300 mg diarios sola o con asociación de otros fármacos. Si no se obtiene sedación, se lo reducirá en un 50 % y se cambiará a levopromazina: 12.5 mg IV en 100 ml de suero fisiológico a pasar en 20 minutos, repetir c/ 6-8 horas hasta conseguir la sedación. Se mantendrá entre 50- 200 mg/24 h en ISCC. Para asegurar el control del dolor o de la disnea, se asociará a una dosis baja de morfina (10-15 mg), o la dosis que tomaba previamente. Para reducir los estertores: butilescopolamina 20 -40 mg c/8 h IV o SC o escopolamina 0.5 mg- 1mg/4h IV. Pueden usarse de forma basal en perfusión continua y mezclarse. Si no se dispone de midazolam, emplear soluciones de diazepam, clorpromazina y levopromazina, fenobarbital IM o SC y anestésicos (propofol IV).

Comorbilidades Asociadas

La mayoría de pacientes que están muy enfermos con la COVID-19 tienen atributos y co- morbilidades que les ponen en mayor riesgo vital. Su manejo exitoso depende de la atención que se ponga en el proceso primario motivo del ingreso y de sus comorbilidades e infecciones nosocomiales. Presentan con frecuencia deshidratación, siendo necesario mantener la volemia y el gasto cardiaco en particular durante los primeros días de la ventilación mecánica. Se tendrá en cuenta que la fiebre y la taquipnea producen un aumento de las pérdidas insensibles de líquidos, para su reposición con soluciones fisiológicas al 0,9 %. Si el paciente está hipotenso, se empleará la norepinefrina para mantener la tensión arterial media entre 60-65 mm Hg.

La enfermedad tromboembólica, hipercitoquinemia, sepsis secundaria, hipovolemia y complicaciones renales son una combinación tóxica de problemas a manejarse en Cuidados Intensivos como Código Sepsis,^{2,9,16,17} por lo que se pondrán en marcha diversas estrategias efectivas, ante la presencia de neumonía con signos de disfunción orgánica: alteración del estado mental, respiración difícil o rápida, baja saturación de oxígeno, gasto urinario reducido, taquicardia, pulso débil, extremidades frías, hipotensión, moteado en piel y/o evidencia de coagulopatía, (trombocitopenia, acidosis, lactato alto, o hiperbilirrubinemia). Las troponinas elevadas y las anomalías de la coagulación, trombocitopenia y la elevación del Dímero D, son comunes en la enfermedad severa y se asocian a una mayor mortalidad, por lo que se debe dar heparina incluso a altas dosis en pacientes de algo riesgo, aunque a pesar de usarla se han producido casos de trombosis.⁸⁻¹⁰

Se han descrito complicaciones neurológicas en pacientes críticos con COVID-19 en especial el delirio y la encefalopatía que se manifiesta por agitación marcada y confusión junto a signos del tracto corticoespinal (hiperreflexia), al igual que ictus isquémicos y S. de Guillain-Barré. 9-11,34. Existen cada vez más evidencias de miocarditis y disfunción pericárdica relacionadas con la COVID-19, por lo que aparecen síndromes coronarios agudos, arritmias cardíacas importantes y fibrilación auricular que requieren anticoagulantes de acción directa a largo plazo.⁵⁻⁸ Hasta un 5- 17 % pueden tener una insuficiencia renal, por lo que es preciso usar terapia específica suplementaria, diuréticos para mantener el flujo urinario, y evitar la deshidratación. Se empleará la hidromorfona o fentanilo y se suspenderán temporalmente algunos fármacos.

La COVID-19, causa por sí misma fiebre prolongada, pero se debe vigilar por posibles infecciones nosocomiales como *Aspergillus* debido al uso de inmunosupresores, dosis altas de corticoides y de la intubación por más de 7 días, que pueden predisponer a patógenos fúngicos. Se pensará en ella, si el paciente se deteriora a pesar de un cuidado óptimo, si hay caracteres clínicos y radiológicos sospechosos y, si se puede, se tomarán muestras para hongos.⁸ No está aconsejado el uso rutinario de corticoides a altas dosis debido al riesgo de una mayor difusión viral, una superinfección bacteriana o un empeoramiento del pronóstico. Los pacientes que reciben ventilación mecánica deberán tener una buena nutrición parenteral con prevención de estreñimiento, daño a la piel y córneas. La debilidad adquirida en la UCI tiene una alta incidencia, siendo preciso minimizar el empleo de los agentes bloqueantes neuromusculares y suspenderlos tan pronto como sea posible. Se hará fisioterapia activa y pasiva, con protectores para evitar deformidades y de compresión neumática intermitente.

Los pacientes con cáncer son más susceptibles al COVID-19, por lo que su presencia en los hospitales debe ser minimizada todo lo posible. Si es necesaria su admisión, deberán ingresar en departamentos preparados para COVID-19 y suspender sus tratamientos oncológicos hasta la resolución completa de sus síntomas.⁶ En cuanto a la seguridad del paciente, se tendrá siempre en cuenta las interacciones farmacológicas por el uso off-label de algunos medicamentos en la COVID-19. Así, la cloroquina o hidroxiclороquina pueden dar problemas y mortalidad si se usan con fármacos que prolongan el QTc (azitromicina, quinolonas) y entre los antibióticos^{4,9}, los adultos mayores tienen más riesgo de polifarmacias.⁸

El Sufrimiento

En la COVID 19, existe mucho sufrimiento de los enfermos y de sus familias, en particular de aquél que es o se muestra más vulnerable, del que teme lo peor. Se abordará su control a través del alivio de los síntomas como: dolor, náuseas, disnea y otros síntomas molestos, con uso de la sedación, si es preciso; b) tratar de aliviar los problemas psicosociales: soledad; c) brindar una comunicación efectiva, honesta, que respete su dignidad; d) ofrecer una presencia empática y una atmósfera cordial, y e) fomentar su esperanza de estar bien cuidado, de que no sufrirá y de darle la seguridad de que estará siempre acompañado.^{1,3,5-6} Es preciso desarrollar con el enfermo y familia un verdadero proceso comunicativo, capaz de prestar la ayuda necesaria. Cualquier intervención sobre su persona, debería permitirle que exprese su voluntad, propiciarle si no lo hace, indagar valores no manifiestos y actuar en consecuencia.²⁹

El enfermo en riesgo de morir, real o potencial, con una relativa inmediatez se convierte, por el mero hecho de serlo, en un ser frágil y fácilmente vulnerable que necesita y reclama dos tipos de ayuda. La primera, la resolución del problema que le trajo, para lo cual la medicina moderna está preparada (aunque no siempre lo consiga) y la segunda, más sutil, menos explícita, pero también importante, la comprensión de la situación que vive, empatía con su dolor, su desazón, su irracionalidad, su situación concreta y la atención a la globalidad de su persona y no sólo a sus órganos enfermos⁵. El enfermo habla con la mirada, con el gesto, con la expresión y sólo puede entenderse desde la atención y el interés. Así, se tratará de escucharle, de estar pendiente, de tratar de captar lo que está diciendo, pues cuando se atraviesan situaciones límite de dolor, sufrimiento y proximidad de la muerte, se necesita desarrollar otras

formas de lenguaje que no son habituales, como el lenguaje del silencio, el simbólico o el gestual. El trato al paciente como a su familia en estos casos críticos debería ser más cálido, más cercano y más humano que nunca, ya que la cercanía de la muerte dota a estas situaciones límite de la mayor delicadeza posible. Las familias deben ser informadas de los cambios en la situación, pacientemente, porque no siempre interpretan bien lo que se les dice, dado que la pena o angustia muy grandes nublan el entendimiento.^{25,29}

Para la familia tener a un paciente ingresado con COVID-19 es y ha sido muy estresante, por lo que necesitan expresar lo que sienten, su deseo y esperanza de curación, saber la evolución y que el paciente no sufra, por lo que es de ayuda facilitar que hablen para explorar el modo en que están viviendo el proceso, cómo comprenden los hechos y cuáles son sus esperanzas. Escucharles permite que se vacíen los sentimientos negativos tan frecuentes de culpa o negación de la realidad. Sólo con una relación empática y comprensiva, donde afloren los sentimientos negativos, se puede empezar a ofrecer compañía, ayuda o consuelo.²⁵ El sufrimiento de no poder despedirse, de saber que sus seres queridos fallezcan solos, de no poder hacerles un funeral adecuado por el confinamiento les deja con una profunda pena.

La pandemia de COVID-19, que se ha acompañado de una gran sobrecarga de enfermos muy graves que mueren en poco tiempo, han obligado a los equipos sanitarios a trabajar en un triaje de catástrofe, priorizando las intervenciones de médicos y enfermeros, que también han sufrido un gran dolor y sufrimiento porque muchas veces sólo podían acompañar en una enfermedad que todavía no tiene cura y que es tan contagiosa¹¹. La exposición al sufrimiento y a la muerte en una gran escala ha causado a los sanitarios una sensación de desesperanza y sufrimiento, porque es muy doloroso

ver morir a tanta gente en poco tiempo, porque es normal temer llevar la enfermedad a su hogar, por el número de infectados dentro de los equipos por inadecuada protección, y porque muchos han tenido que autoaislarse sin estar infectados para proteger a sus familias. No siempre han tenido el apoyo de la gente, además de los aplausos. Algunos han sufrido boicot en sus domicilios y ha habido personas que les han pedido que se marchen de sus casas por temor a infectarse.

Necesidades de los cuidados paliativos en los desastres humanitarios

La crisis de la COVID-19 debe ser trabajada en equipo entre las distintas disciplinas, gobiernos y a nivel mundial, más aún donde existen muchas desigualdades, sistemas sanitarios muy frágiles, falta de agua, de antisépticos, de equipos de protección para sanitarios e imposibilidad de practicar la distancia social y el confinamiento, que reduzcan su difusión a lo que se suma el estigma que sufren los afectados en los países pobres. Cada 3-4 años puede producirse una pandemia y tras la del Ébola parece que no aprendimos casi nada³⁵. En 2018, la Comisión Lancet pidió a todos los países que ante las crisis humanitarias se aseguren de contar siempre con una reserva adecuada de opioides y de medicamentos paliativos esenciales, previsión que ha probado ser necesaria ahora en la COVID-19 para el dolor y la disnea. De las 298,5 toneladas métricas (TM) de equivalentes opioides que se usaron entre 2010-2013 en el mundo, 287,3 TM lo fueron en países ricos. Solo 0,1 TM -100 kg- (0,03% del total) lo emplearon los países pobres³⁶. La mitad de la población mundial tiene acceso sólo a un 1% de todos los opioides que se emplean, lo que indica que el sufrimiento por la COVID-19 será mayor en los países pobres por la fragilidad de su sanidad y la escasez de opioides.^{1,5}

ESTRATEGIAS PARA EXPANDIR LOS CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19¹

Respuesta inmediata para adaptarse a los parámetros de la pandemia

Optimizar la cooperación y la coordinación

- Iniciar vías formales e informales para una acción colectiva e intercambio entre gobiernos, organizaciones bilaterales y multilaterales, sociedad civil y sector privado basado en los principios de solidaridad.

Preservar la continuidad de cuidados

- Asegurarse de la disponibilidad y uso racional de equipos personales protectores y estimular el auto cuidado entre los paliativistas y los cuidadores.
- Asegurarse de la existencia de medicación opioide para todos los pacientes para el alivio de la disnea y del dolor a través de procedimientos simplificados de la Oficina Internacional de narcóticos.
- Promover un rápido entrenamiento del personal médico para cubrir las necesidades paliativas de los pacientes con COVID-19.
- Estimular a socios tecnológicos para equipar a los sanitarios para que puedan cubrir la atención domiciliaria paliativa.
- Facilitar a las familias a visitar virtuales y a participar de las decisiones de sus seres queridos en el final de la vida para evitar que mueran solos.

Estimular el soporte social

- Dar a conocer una lista de organizaciones comunitarias y religiosas que pueden movilizarse y de voluntarios que pueden trabajar las teleconexiones con los pacientes para dar apoyo social y un cuidado compasivo.

Evaluar necesidades emergentes

- Contactar con actividades que se hacen para comprender la dimensión de la pandemia del sufrimiento.
- Preparar estrategias de largo tiempo para promover la medicina paliativa dentro de los programas formativos de Medicina.
- Expandir a todas las ciencias médicas, profesionales sanitarios y sacerdotes los estudios de cuidados paliativos
- Establecer guías estándar de cuidados paliativos y protocolos para las diferentes etapas de la pandemia que estén basadas en situaciones y escenarios rápidamente cambiantes.

La elevada mortalidad actual de la COVID-19 con más de 750.000 muertos y 20 millones de infectados a nivel global (Fuente: Fuente: Universidad Johns Hopkins (Baltimore, EE.UU.), 14 de agosto de 2020), sin tratamiento claro ni vacuna para prevenirla, ha promovido un gran esfuerzo de profesionales y gobiernos para desarrollar nuevos protocolos de atención, test diagnósticos, materiales de protección, ventiladores, aumento de UCI y recursos de emergencias y dar más importancia a la investigación sanitaria para encontrar la vacuna. Ha producido una gran ola de solidaridad sanitaria global para compartir el conocimiento y buscar posibles soluciones para contrarrestar esta gran amenaza a la humanidad. Un hecho destacado ha sido la realización del I Congreso virtual multidisciplinar de la COVID-19 on line en España, que congregó del 27-30 de mayo 2020 a 10.000 especialistas de 40 países. Esta pandemia nos recuerda que se deben tener recursos sanitarios para grandes emergencias, así como medicinas esenciales, entre ellas opioides para el alivio de la disnea y del dolor, y buenos equipos de cuidados paliativos para beneficiar a los pacientes inestables y graves. Se ha destacado también la necesidad de una formación paliativa básica de los equipos sanitarios, estudiantes de Medicina, Enfermería y Psicología, para saber dar las malas noticias, controlar bien los síntomas, evaluar y tratar el sufrimiento psicosocial y acompañar a los pacientes en peligro de muerte para que puedan morir en paz y dignidad.

Todos somos vulnerables, pero más aun los que viven en países más pobres. Por esta razón, los gobiernos deben ser transparentes e informar del riesgo que tiene la humanidad de padecer una pandemia para invertir más en sanidad, en prevención, en equipamientos de emergencias y hacer más caso a los profesionales. Así, Li Wenliang³⁶, el primer médico en reconocerlo y que murió el 7 de febrero de 2020 sin ser escuchada su petición para que se reconociera la importancia del brote en China, dijo, “pienso que una sociedad saludable, no debe tener una sola voz”. Debemos tratar de entender cómo está estructurado el mundo y qué hacer para mejorarlo, no porque podamos sufrir, sino porque otros ya están sufriendo y eso no puede ser. No es sólo empatía lo que necesitamos, sino tener esa compasión que motiva a la acción porque lo que vemos es injusto.³⁷ Esta gran crisis de tanta muerte y sufrimiento debe facilitar que los Cuidados Paliativos y el alivio del dolor, dos derechos humanos esenciales, se incorporen en todos los países como parte de la sanidad pública. Es también necesario pensar en una gobernanza mundial a cargo de la OMS que coordine, promueva y potencie la solidaridad en sanidad e investigación. Si eso se logra, la pandemia de COVID 19 habrá servido para conseguir una sociedad más compasiva y más humana. www.paliativossinfronteras.org.

Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflicto de interés en el presente trabajo:

Recibido el 16 de junio de 2020, aceptado sin corrección para publicación el 19 de junio de 2020.

Correspondencia a:
Dr. Rodrigo Fernández Rebolledo
Director Capítulo Chileno Paliativos Sin Fronteras.
Santiago, Chile.
E-mail: rodrigoached@gmail.com

Referencias Bibliográficas

- (1) Radbruch L, Knaul F, De Lima L. et al. The key role of palliative care in response to the COVID 19, tsunami of suffering. *www.thelancet.com* 22-04-2020
- (2) Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 is suspected. WHO, 13-March, 2020. <file:///C:/Users/WILSON/Documents/COVID%20Y%20CP/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-eng-Manejo%20infecci%C3%B3n%20respiratoria.pdf>
- (3) NHS Clinical guide for the management of palliative care in hospital during the coronavirus pandemic. 22 april 2020. Version 2 Updated 22 April. NHS England and NHS improvement. Referencia 001559.
- (4) Berlin D.A., Gulick R., Martínez J. Severe Covid-19. *NEJM*, May 15, 2020 Doi: 10.1056/NEJMc2009575.
- (5) World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) situation reports. 2020. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>. accessed April 9, 2020.
- (6) You B., Ravaud A., Canivet A., et al. *Lancet Oncol* 2020. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30204-7).
- (7) Garg S. Kim L, Whitaker M., et al. Hospitalization rates and characteristics of patients hospitalized with laboratory-confirmed coronavirus diseases 2019. *COVID-NET, 14 states*, March 1-30, 2020, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020.; 69 /15):548-464. Available at :<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32298251>.
- (8) Covid-19 Coronavirus Disease 2019. (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>. Access 20-05-2020
- (9) Mao L., Jing H, Wang M, et al Neurological manifestations of hospitalized patients with coronavirus diseases 2019 1 Wuhan, China. *JAMA Neurol* 2020., April (epub ahead of print).
- (10) Helms J, S. Kremer, H. Merdji, R. Clere-Jehl, M. Schenck, C. Kummerlen, et al. Neurologic features in severe SARS-CoV-2 infection. *N Engl J Med.* (2020), 10.1056/NEJMc2008597NHS.
- (11) Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. ISBN 978-92-4-151446-0. World Health Organization 2018.
- (12) Anesi G. Coronavirus diseases 2019 (COVID-19) Critical care and airway. *UpToDate*. May 29, 2020.
- (13) Tanja F-S., Preston N., Keller N., Claudia G. Conservative management of COVID-19, Patients- Emergency Palliative Care in Action. *Journal of Pain and Symptom Management*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.030>.
- (14) Kim A.Y. Gandhi R.T Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Management in hospitalized adults. *UpToDate*, 30-5-2020.
- (15) Zhou F., Yu T., Du R. et al. Clinical course and risk factors for mortality for adult inpatients with COVID-19 In Wuhan, China. A retrospective cohort study. *Lancet*, 2020.; 395: 1054-62.
- (16) Hirsh M. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Management in hospitalized adults. *UpToDate*. last updated 30-5-2020.
- (17) Centers for Disease Control and Prevention. Interim infection prevention and control recommendations for patients with suspected or confirmed coronavirus disease (COVID-19). 2020 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control-recommendations.html>). Access April 8, 2020.

- (18) Matthay MA., Adrich JM, Gotts J., Treatment for severe acute respiratory distress syndrome from COVID-19, *Lancet Respir Med* 2020;8: 433-4.
- (19) Alhazzani W, Moller M.H, Arabi Y M., et al. Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the management of critically ill adults with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Intensive Care Med* 2020.;46:6, 854-87.
- (20) Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2.: Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: Royal Collegue of Physicians, 2017.
- (21) Rubio O, A , Estella L, Cabre, I, Saralegui-Reta I, Martín M.C. Zapata L: et al. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID 19: revisión rápida y consenso de expertos., *Medicina Intensiva*. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.006>.
- (22) Truog R.d, Mitchell, C., Daley G-. -The toughest triage – Allocating Ventilators in a pandemic. *N.Engl J. Med* 382:21, NEJM.org May 21-2020.
- (23) Solomon M, Wynia M: Gostin L: Covid-19 Crisis triage- Optimizing Health Outcomes and disability rights. *N.Engl J. Med*. Or. May 22, 2020.
- (24) Ventilator allocation guidelines. Albany: New York State Task Force on Life and the Law, New York State Department of Health. November 2015. (https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/docs/ventilator_guidelines.pdf)
- (25) Llubia M. C. El poder terapéutico de la escucha en Medicina Crítica. *Humanidades Médicas*, Mayo, 2008.
- (26) Pemberton M. It's not just coronavirus, ageism is a killer too. *Daily Mail*. 2020. Disponible en: <https://www.dailymail.co.uk/health/article-8111229/Dr-MAX-not-just-coronavirus>.
- (27) Thompson AK, Faith K, Gibson JL, Upshur REG. Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Med Ethics*. 2006;7:E12.
- (28) WHO. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. WHO.; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>.
- (29) Astudillo W., Ramos D., Mendinueta C., Yakoubi M., Martínez-Roldán M. El sufrimiento en el final de la vida. En: *Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*. Editado por W. Astudillo, C. Mendinueta, E. Astudillo. Eunsa, 2018, 6ª Edición, 613-636.
- (30) Astudillo W., Mendinueta C. Situación de los últimos días- Agonía. La vía SC y la hidratación. En: *Medicina Paliativa: Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*. Editado por W. Astudillo, C. Mendinueta, E. Astudillo. Eunsa, 2018, 6ª Edición, 421-439.
- (31) Benítez_Rosario, M.A., González G. T., Tratamientos protocolizados en Cuidados Paliativos. Ferrer Pharma Hospitales. 2010.
- (32) Guías rápidas de apoyo y control sintomático en situaciones de COVID-19. Clínica Universidad de Navarra, versión 1.0/20.3/2020.
- (33) Porta J., Gómez Batiste X., Tuca A. Control de síntomas. *Institut Català de Oncologia*. 2013
- (34) Toscano G., Palmerini F., Ravaglia S., Ruiz, L. Invernizzi, P., Cuzzoni M.G, et al. Guillain-Barré syndrome associated with SARS-CoV-2. *N Engl J Med*. (2020), 10.1056/NEJMc20091915.
- (35) Fernández R., Astudillo W. Desastres en Cuidados Paliativos. En: *Medicina Paliativa: Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*. Editado por W. Astudillo , C. Mendinueta y E. Astudillo. EUNSA, 2018, 6 Ed., 977-989
- (36) Knaul FM, Farmer, PE, Krakauer E.L. et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report, *Lancet* 2,029; 391:1391-454.
- (37) Li-Wenliang, Obituary. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930382-2>
- (38) Galea Sandro, The art of medicine. Compassion in a time of COVID-19. *www.thelancet.com*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31202-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31202-2).