



Herramientas de cuidado paliativo, en tiempos de COVID-19, para no paliativistas

Con el apoyo de:



Asociación Cuidados Paliativos de Colombia

ASOCUPAC

Comisión Directiva 2019 - 2021

PRINCIPALES

Presidente

Paola Marcela Ruiz Ospina. MD Internista, Especialista en Geriátrica y Medicina Paliativa. Jefe del Servicio de Geriátrica y Cuidado Paliativo, SES Hospital de Caldas. Presidente Asociación Cuidados Paliativos de Colombia-ASOCUPAC

Vicepresidente

Juan Guillermo Santacruz Escudero. MD Internista, Especialista en Dolor y Cuidado Paliativo. Jefe del Servicio de Cuidado Paliativo de la FSFB- Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá D.C

Tesorero

Hugo Chacón Donoso. Administrador de Empresas con MBA en Administración de Salud, diplomado en cuidado paliativo con entrenamiento en CUDECA España. AMI PALLIUM Fusagasugá, Cundinamarca.

Fiscal

Nathalie Olano Duque. Psicóloga, Magister en Familia. Programa de Cuidados Paliativos del Centro Médico Imbanaco, Cali, Valle del Cauca.

Secretario

Karin Natalia Perdomo. MD Pediatra, Máster en Cuidado Paliativo. Programa de Cuidado Paliativo de la Clínica Infantil Colsubsidio. Bogotá D.C

SUPLENTES

Ximena García Quintero. MD Pediatra, Master en Cuidados Paliativos Pediátricos. Programa -Cuidando de Ti- Cuidados Paliativos Pediátricos, Fundación Valle del Lili, Cali- Valle del Cauca.

Claudia Ospina Enfermera. Diplomado en cuidado paliativo con entrenamiento en CUDECA -España, AMI PALLIUM Fusagasugá, Cundinamarca.

Cesar Antonio Consuegra Pareja. MD, Máster en Cuidado Paliativo. Cuidarte Tu Salud IPS de Atención Domiciliaria Bogotá D.C

José Luis Moreno Chacón. MD Pediatra Cuidado Paliativo Fundación Universitaria FCV y U Guadalajara. Coordinador de UCIP Clínica Valle del Sinú y Casa del Niño – Montería

Carlos Alfonso Chávarro Domínguez. MD Medicina Familiar, Master en Cuidado Paliativo. Jefe del Servicio de Cuidado Paliativo de la Clínica Fundación Valle del Lili Cali-Valle del Cauca.

ISBN: 978-958-52863-0-6

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2020

Asociación Cuidados Paliativos de Colombia- ASOCUPAC



Tel (57) 3188032940



Asociación Cuidados Paliativos de Colombia-ASOCUPAC



Pali- Activos

http://paliativoscolombia.org/?page_id=8

direjecutiva@paliativoscolombia.org

Cali- Colombia, Sur América

Tabla de contenido

PRÓLOGO.....	4
Derechos humanos y cuidados paliativos	6
Justicia distributiva en cuidados paliativos en tiempos de COVID-19	8
Fisioterapia desde los cuidados paliativos en época de Pandemia.....	1
CAPITULO 1 PEDIATRÍA	12
Guía para la toma de decisiones de fin de vida y manejo de síntomas en el contexto de la pandemia por COVID-19 en paciente pediátrico.....	13
CAPITULO 2 GERIATRÍA	20
Contexto global del virus COVID-19 en personas mayores	21
Irrupción de la enfermedad COVID-19 en adulto mayor.....	23
Retos de la geriatría en tiempos de COVID-19: toma de decisiones modelo pertinencia de atención en pacientes con enfermedad crónica.....	26
Debilidad del sistema de información de hogares geriátricos en Colombia y los riesgos que esto conlleva.....	29
Salud mental del adulto mayor en tiempo de pandemia.....	31
Recomendaciones para cuidadores de personas mayores	33
CAPITULO 3 PSICOSOCIAL	37
Necesidades psicosociales en pacientes diagnosticados por COVID-19	38
Acompañamiento en el proceso de duelo por fallecimiento ante la pandemia de COVID-19	41
Acompañamiento espiritual a pacientes y familias.....	44
Gestión de redes psicosociales ante contingencia.....	47
CAPITULO 4 ATENCIÓN DOMICILIARIA	49
Atención domiciliaria en tiempos de pandemia.....	50
Abordaje del paciente con diagnóstico de infección por COVID-19, en el ámbito ambulatorio-domiciliario.....	52
Atención psicológica en el domicilio principales retos.....	56
Manejo del dolor crónico en domicilio en época de distanciamiento social	59
Teleconsulta un modelo para dar continuidad a la atención de paciente en cuidados paliativos en domicilio en tiempos de COVID-V19	61

PRÓLOGO



PRÓLOGO

La situación actual y el contexto de pandemia nos ha enfrentado a diversos escenarios. La presencia de una gran crisis, la incertidumbre y pérdidas, han movilizado al mundo cambiando todo aquello que teníamos como certezas. Al mismo tiempo, ha permitido reconocer los recursos existentes, la capacidad de resiliencia, adaptación y creatividad para asumir retos propios de este tiempo.

De los muchos aspectos que se han evidenciado en los últimos meses, hemos visto una creciente demanda de información frente al acceso a los cuidados paliativos como derecho fundamental del ser humano. Al tiempo que crece la invisibilización de necesidades de pacientes con enfermedades crónicas, limitantes, amenazantes para la vida, o con alguna situación de vulnerabilidad.

La Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia-ASOCUPAC, fiel a su compromiso de fortalecer los cuidados paliativos en el país, reconoce la necesidad de compartir con la comunidad recursos y experiencias ante la emergencia sanitaria actual. En esta medida, el presente documento **“Herramientas de Cuidado Paliativo, en tiempos de COVID-19, para no paliativistas”** reúne experiencias de asociados y profesionales del país en diversas áreas de atención: bioética, derechos humanos, geriatría, apoyo psicosocial y atención domiciliaria.

El objetivo de este material es recopilar herramientas y recursos para profesionales de la salud sin formación en cuidados paliativos que se ven enfrentados a abordar el tema de la atención de pacientes y familias con enfermedades crónicas, avanzadas y/o en situación de final de vida. Los artículos que encontrarán a continuación no constituyen una guía de práctica clínica, ni manual de atención, tampoco reemplazan la necesidad de atención por profesionales con formación especializada, por el contrario, busca sensibilizar a aquellos que se enfrentan por primera vez a este perfil de pacientes.

Esperamos que este documento sea una motivación para muchos profesionales de la salud para continuar una formación, básica o avanzada en cuidados paliativos, reconociendo un área de la salud que cada vez cobra mayor importancia.

Paola Marcela Ruiz Ospina

MD Internista, Especialista en Geriatría y Medicina Paliativa. Jefe del Servicio de Geriatría y Cuidado Paliativo, SES Hospital de Caldas. Presidente Asociación Cuidados Paliativos de Colombia-ASOCUPAC

Derechos humanos y cuidados paliativos

Isabel Pereira Arana

Politóloga Universidad de los Andes, Magister en Estudios de Desarrollo con énfasis en conflicto y construcción de paz del Instituto de Altos Estudios Internacionales y de Desarrollo de Suiza- IHEID. Coordinadora de política de drogas Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad de Justicia.

Un refrán popular reza que lo único seguro es la muerte. Pero a pesar de esta verdad, enfrentarnos al final de la vida ha sido siempre un gran desafío que tenemos como individuos y como sociedad. La crisis global que trajo la pandemia del COVID-19 hace inevitable enfrentar esta realidad. En medio del fallecimiento de miles de personas por complicaciones asociadas al virus, o del deterioro del curso de la enfermedad en tantos otros, nos vemos volcados a hablar de final de vida y, por ende, de cuidados paliativos.

Las personas que se dedican al cuidado paliativo llevan años abogando por el fortalecimiento de este enfoque de atención en Colombia, y en este momento sus recomendaciones serán cruciales para garantizar la dignidad, la calidad de vida de aquellos en situación de vulnerabilidad y final de vida, las familias y los cuidadores. Propiciar el posicionamiento de los cuidados paliativos como parte esencial del derecho a la salud y como derecho humano, es un imperativo de Salud Pública en la actual situación que estamos atravesando.

La comprensión de los cuidados paliativos como parte constitutiva del derecho a la salud y como un derecho humano es relativamente reciente. Contribuye a subrayar y poner de relieve las barreras estructurales de acceso a estos cuidados, a fin de diseñar políticas públicas que respondan a las necesidades de la población en el país. Dado que los cuidados paliativos requieren de medicamentos tan polémicos como los opioides para el alivio del dolor, es en la relación entre el Sistema Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y el Sistema Internacional de Derechos Humanos donde se insertan las mayores preocupaciones al respecto.

El Sistema Mundial de Fiscalización de Estupefacientes es un entramado de disposiciones de derecho internacional, que responden a tres tratados internacionales sobre drogas. El objetivo de ellos, es la estricta fiscalización de las sustancias opioides que puedan generar dependencia, reservando sus usos solo para fines médicos y científicos. La aplicación de los tratados a nivel global ha caído en una profunda distorsión, pues se dedican enormes recursos económicos y de política pública para asegurar **“un mundo libre de drogas”** a través de acciones de criminalización, erradicación y fiscalización. Pero se ha hecho poco por asegurar, un mundo con drogas disponibles para quienes las necesitan en el contexto médico. Las directas víctimas de esta distorsionada aplicación, son las personas que requieren alivio del dolor y cuidados paliativos, como lo subrayó la Comisión de Lancet en 2018.

La preocupación por la vulneración al derecho a la salud y en particular a los cuidados paliativos, tienen recientes pero importantes desarrollos en los organismos especializados de Naciones Unidas, en sus mecanismos especiales y en el Sistema Interamericano. A nivel de Naciones Unidas al menos dos relatores se han pronunciado al respecto. El Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud y el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos crueles inhumanos o degradantes.

El primero afirmó en el informe de 2010, sobre el sistema internacional de fiscalización que **“la consideración explícita de los derechos humanos está ausente de los tratados y no ha sido priorizada por los órganos de aplicación de esos tratados”**, destacando que, en aquellos casos en los que la aplicación de las leyes sobre drogas suponga un conflicto con los derechos humanos, los segundos deben prevalecer. Por su parte, el segundo relator en el informe de 2013 señaló que, **“la denegación de hecho del acceso al alivio del dolor, si provoca dolor y sufrimiento grave, constituye trato o pena cruel, inhumano o degradante”**. Se puede entonces afirmar que, la política de drogas vulnera los derechos humanos, en particular, el derecho a la salud de quienes necesitan estas sustancias con fines médicos.

En el reporte del Consejo de Derechos Humanos sobre el impacto del problema mundial de las drogas en el

goce efectivo de los derechos, se destacó que la aplicación del sistema internacional de drogas - un modelo que criminaliza básicamente cualquier conducta frente a las sustancias ilícitas - ha derivado en impactos negativos, particularmente en los derechos a la salud, a la vida y al debido proceso. Además, ha profundizado la discriminación contra las mujeres, las minorías étnicas, la población infantil y los pueblos indígenas. Frente al derecho a la salud, se subraya que el acceso a medicamentos esenciales bajo fiscalización es limitado o inexistente en muchos países del mundo, por miedo a la desviación a mercados ilícitos, lo que ha provocado sufrimiento a millones de personas alrededor del mundo. Al respecto, el Consejo de Derechos Humanos recomienda a los Estados, mejorar el acceso a estas sustancias, particularmente en los países en vías de desarrollo.

En el marco de la Comisión de Estupefacientes, organismo conformado por los países que han firmado los tratados de drogas y vigila el cumplimiento de los mismos, también se han dado pronunciamientos sobre la necesidad de eliminar barreras excesivas, que causen sufrimiento innecesario. Fue así como, en 2016, los países del mundo acordaron el documento de resultados de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas dedicada a las drogas (UNGASS 2016).

El documento titulado **“Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”**, dedica el capítulo 2 al acceso a medicamentos controlados, con una sección titulada **“Recomendaciones operacionales para asegurar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización y el acceso a ellas con fines exclusivamente médicos y científicos e impedir su desviación”**, e invita a los Estados a simplificar y racionalizar los procesos de distribución de estos medicamentos, para eliminar reglamentos excesivos que limiten el acceso.

Simultáneo a este proceso en la escena de Naciones Unidas a nivel hemisférico, también se avanzó en el reconocimiento de los cuidados paliativos como una parte constitutiva de los derechos humanos, en particular para los adultos mayores. Fue así como en 2015 se aprobó la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, donde se incluyen los cuidados paliativos en cuatro de los artículos a saber: el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez, el derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud, el derecho de la persona que recibe cuidados de largo plazo y el derecho a la salud.

Finalmente, en Colombia la Ley 1733 de 2014, reglamenta los cuidados paliativos como un derecho para las personas que los necesiten. Con la promulgación de esta ley, sumado a la Ley estatutaria de salud (Ley 1715 de 2015), el panorama normativo de los cuidados paliativos como un derecho en el país es sumamente robusto.

Pese a que los avances normativos no se traducen automáticamente en la eliminación de las barreras que causan sufrimiento innecesario, son de suma importancia, ya que se traducen en cambios en la política pública y en la concientización en el debate público de que, los cuidados paliativos hacen parte de los derechos de cualquier ciudadano en necesidad de alivio.

Bibliografía consultada:

1. Global Commission on Drug Policy. El impacto negativo del control de drogas en la salud pública: la crisis global de dolor evitable [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 29]; p. 8-24.
2. Knaut 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 [Internet]. Vol. 391, The Lancet. 2018 [cited 2020 Jun 29]; p. 1391-454.
3. Human Rights Council. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. United Nations Thirty-fifth Sess. 2010 [cited 2020 Jun 29]; A/HRC/35/2:3-20.
4. Mendez J. Report of the Special Rapporteur on Torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Hum Rights Council Twenty-second Sess [Internet]. 2013 [cited 2020 Jun 29]; A/HRC/22/5:1-23.
5. United Nations. Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights Report. Human Rights Council. Thirtieth session. 2015 [cited 2020 Jun 29]; A/HRC/30/6.
6. United Nations Office on Drugs and Crime General Assembly. Outcome Document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem. United Nations Thirtieth Spec Sess. 2016 [cited 2020 Jun 29];1-6.

Justicia distributiva en cuidados paliativos en tiempos de COVID-19

Natalia García Restrepo

MD. Especialista en Bioética; Especialista en Genética Médica, Pontificia Universidad Javeriana.
Lider Comité de Bioética y Soporte Bioético
Unidad de Cuidados Paliativos del SES Hospital de Caldas

Las consideraciones Bioéticas acerca de la toma de decisiones en estados de excepción (en este caso, una situación catastrófica como la pandemia COVID-19), plantean el cuestionamiento acerca de qué tanto los seres humanos en estas condiciones de nudas vidas frágiles, están más expuestos a la muerte. Precisamente porque ante la distribución de los recursos escasos, la priorización puede ser considerada una desigualdad por necesidad.

En tiempos de pandemia y escasos recursos, el deber del cuidado del paciente desde una Bioética principalista y personalista, donde se tiene en cuenta el respeto por la autonomía del paciente, la promoción de actos positivos, la obligación de no hacer daño con intención y la justicia, cambia su enfoque al deber de la promoción de la equidad en la distribución de los recursos, desde el bien común por encima del bien individual, en una justicia distributiva desde la premisa de la utilidad.

Existen principios éticos definidos para la asignación de recursos en momentos de catástrofe. A partir de esto, se han establecido la mayoría de las recomendaciones generales para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud, como en el caso colombiano. Dichos principios se concentran en:

- Justicia
- Deber de cuidar
- Deber de administrar los recursos
- Transparencia
- Consistencia
- Proporcionalidad
- Responsabilidad

Desde esta perspectiva se deben maximizar los beneficios reduciendo los daños. Los médicos deben tomar decisiones sobre los riesgos que valen la pena, no en el nombre del paciente, sino en el nombre de todos los pacientes. Así se garantiza al máximo la utilidad pública y, por lo tanto, en la priorización de la atención de los pacientes se consideraría la probabilidad de supervivencia, tiempo de vida luego de un tratamiento exitoso y calidad de vida en función del bienestar, sobre lo que hace la vida de una persona, una “buena vida”.

En el contexto de los cuidados paliativos en este estado de excepción, la compasión, comprensión, simpatía y el cuidado nunca deberán ser restringidos. Por esta razón en los casos de pacientes que no tienen probabilidad de ser beneficiados del manejo intensivo, debe seguir siendo garantizada su atención desde un modelo paliativo integral, en el marco de la potencial escasez de los recursos.

En respuesta al COVID-19 los deberes éticos en la atención en salud son: el deber de prevención con el distanciamiento social de los pacientes y sus familias, el deber de planear y manejar la incertidumbre, el deber de proteger y el deber de establecer guías de atención. Es importante considerar que este nunca será el estado ideal y por eso los equipos de salud en Colombia deben prepararse gradualmente, para evitar llegar al escenario crítico donde exista la necesidad de tomar decisiones en estados de excepción.

Bibliografía consultada:

1. López Herrera JC. Nuda vida y estado de excepción en Agamben como categorías de análisis para el conflicto colombiano. CES Derecho. 2018;9(2):237-66.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de Ética Biomédica. Vol. 1, Barcelona: Masson. 1999. 99-115 p.
3. Institute of Medicine. Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situations: A Letter Report [Internet]. Altevogt BM, Stroud C, Hanson SL, Hanfling D, Gostin LO, editors. Washington, DC: The National Academies Press; 2009. Available from: <https://www.nap.edu/catalog/12749/guidance-for-establishing-crisis-standards-of-care-for-use-in-disaster-situations>
4. Moreno J, Luque R, Peñuela AM. Recomendaciones generales para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia COVID- 19 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social - Colombia. 2020 [cited 2020 Jun 30]. p. 1-6. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nueva/Resolución_1051_de_2016.pdf
5. Berlinger N, Wynia M, Powell T, Hester M, Milliken A, Fabi R, et al. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. Hast Cent [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 30]; Available from: <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>

Fisioterapia desde los cuidados paliativos en época de pandemia

FT Ronal Mena Criollo
MSc Cuidado Paliativo

Los cuidados paliativos requieren de la intervención de un equipo multidisciplinario que debe estar preparado para aliviar el sufrimiento, el miedo y la angustia de los pacientes y sus familiares. El fisioterapeuta utiliza recursos destinados a aliviar el dolor y a promover la calidad de vida, el bienestar respiratorio y/o motor de las personas. De esta forma, el profesional debe identificar y evaluar adecuadamente desde el primer contacto, las necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales del paciente. Se deben promover la autonomía y la dignidad de las personas en condición de terminalidad, incorporando una actitud rehabilitadora y activa, que nos lleve a superar el “no hay nada más que hacer”.

La pandemia actual ha generado que la comunidad se aisle en sus hogares y que aumenten exponencialmente, el número de pacientes hospitalizados y con necesidad de terapia intensiva, generando reposo prolongado con inactividad física. Esto representa un factor predisponente para el desarrollo o agravamiento de ciertas condiciones patológicas en los diferentes sistemas, y deterioro funcional en la calidad de vida; principalmente para aquellos de alto riesgo, como los adultos mayores y las personas con enfermedades crónicas.

A continuación, se encuentran algunas recomendaciones de intervención para disminuir los posibles impactos que conlleva el aislamiento en época de pandemia:

Actividad física y ejercicio Físico: el ejercicio de tipo aeróbico, el entrenamiento de fuerza, resistencia y de flexibilidad, con una duración aproximada de 30 minutos o según la tolerancia individual, de intensidad leve a moderada, ha demostrado efectos beneficiosos en cuanto a mejoría de la calidad de vida. El aumento de la capacidad física y funcional de la persona, disminuye el dolor, la ansiedad, la somnolencia, mejorando significativamente la fatiga, el apetito, el desacondicionamiento físico y psicosocial. Es importante aclarar que el ejercicio físico debe de ser individualizado y adaptado de acuerdo al progreso de la enfermedad, al tratamiento y a la comorbilidad de cada persona.

Masoterapia: las diferentes técnicas del masaje terapéutico, entre ellas el masaje sueco, realizado por 15 – 30 minutos, ha demostrado disminución significativa del dolor, las náuseas, vómitos, el estrés postraumático, la depresión y la ansiedad.

Electroterapia: el Tens terapéutico es de las modalidades de la electroterapia más recomendada para el manejo del dolor, tanto agudo, como crónico. La evidencia ha demostrado que es seguro en el paciente oncológico; su uso se recomienda con una baja frecuencia de 2 hertz (hz), amplitud de pulso de 180 microsegundos (μ s), frecuencia variable entre 10 hz hasta los 200 hz. Disminuyendo de los 200 hz hasta los 10 hz y en el ancho de pulso de 60 μ s a 180 μ s, disminuyendo de los 80 μ s a los 60 μ s.

Fisioterapia respiratoria: la rehabilitación pulmonar trabaja de la mano con los cuidados paliativos, es una intervención segura que se puede realizar en múltiples enfermedades. El objetivo es prevenir complicaciones cardiopulmonares, mantener o mejorar el estado físico y psicológico, para disminuir los síntomas relacionados con la fatiga y la disnea. La rehabilitación pulmonar es un programa que consta de ejercicio físico aeróbico y técnicas de fisioterapia respiratoria, que promuevan la expansión torácica, drenaje bronquial, fortalecimiento de músculos respiratorios y drenaje postural.

Drenaje Manual Linfático: son técnicas que mejoran la reabsorción del edema por vía linfática, para mantener o mejorar el drenaje fisiológico. Las maniobras suaves que se usan en el Drenaje Manual Linfático, se refieren sobre todo al drenaje anatómico superficial, que tiene lugar en la piel y en el espacio extrafascicular, incluida la aponeurosis. En estos sitios se forman los edemas que pueden tratarse con medios terapéuticos físicos 10. La técnica de mayor uso es la de Leduc, la cual consiste en dos tipos de maniobras. Las maniobras de llamada, que mantienen la actividad contráctil de los vasos colectores y las maniobras de reabsorción

que facilitan los mecanismos de reabsorción de los componentes del edema. Se recomiendan sesiones de 45 minutos, 3 veces por semana. Se puede usar en conjunto con la presoterapia y las compresiones elásticas profilácticas.

Las recomendaciones de intervención se basan a la población paliativa. Es de suma importancia que, en la valoración inicial se identifiquen las necesidades de cada uno, a fin de desarrollar un programa apropiado; determinando la dosificación sobre el tipo, frecuencia, intensidad y duración de los ejercicios a administrar a los pacientes. La intervención y la dosificación debe ser individual, conforme a la etapa de la enfermedad en la que este el paciente.

En el paciente con Covid-19, se presentan las siguientes recomendaciones de abordaje en la fase de aislamiento, recuperación y alta hospitalaria:

Fase de aislamiento: pacientes sintomáticos leves con aislamiento en sus domicilios o con sintomatología que no requiere cuidado hospitalario. Las técnicas respiratorias y el uso de dispositivos o instrumentos coadyuvantes deben ser considerados de alto riesgo, debido al impacto directo de las microgotas. Es por ello, que la fisioterapia otorgada a este tipo de pacientes será enfocada a un acondicionamiento físico para evitar aumento de la fatiga, la disnea, el desacondicionamiento físico por reposo prolongado, la baja capacidad pulmonar y otras complicaciones. La intensidad y el volumen del ejercicio, dependerán de la sensación de disnea y estará contraindicado si el paciente tiene fiebre. Además, deben considerarse ejercicios activos coordinados con mecánica ventilatoria e hidratación.

Fase de recuperación y alta hospitalaria: no hay información precisa sobre este tópico, por lo que dependerá del estado actual del paciente y su evolución clínica. Las intervenciones de fisioterapia respiratoria en este contexto se basarán en: educación al paciente, ejercicio aeróbico, ejercicios de fuerza y resistencia, técnicas de drenaje de secreciones y ventilatorias, si las manifestaciones clínicas del paciente así lo requirieran.

Es importante que el personal de salud desarrolle habilidades en el control de emociones, para afrontar de manera efectiva y saludable las situaciones que se presentan con los pacientes y sus familiares, ante el sufrimiento y la finitud de la vida.

Bibliografía consultada:

1. Costa BP, Duarte LA. Bioethical reflections about the finitude of life, palliative care and physical therapy. Rev Bioética [Internet]. 2019 Sep [cited 2020 Jul 1];27(3):510-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019273335>
2. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos -SECPAL [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 1]. 6-50 p. Available from: www.secpal.com
3. Pereira-Rodríguez J, Waiss-skevsky S, Velásquez-Badillo X, Lopez-Florez O, Quintero-Gómez J. Fisioterapia y su Reto Frente al Covid-19. Grup Investig Aleth. 2020;1-14.
4. Falvey JR, Krafft C, Kornetti D. The Essential Role of Home- and Community-Based Physical Therapists During the COVID-19 Pandemic. Phys Ther [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 1]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32302404/>
5. Martínez-Litago E, Martínez-Velasco MC, Muniesa-Zaragoza MP. Cuidados paliativos y atención al final de la vida en los pacientes pluripatológicos. Vol. 217, Revista Clínica Española Elsevier Doyma; 2017. p. 543-52.
6. Rodríguez-Mansilla J, González-Sánchez B, Torres-Piles S, Guerrero Martín J, Jiménez-Palomares M, Núñez Bellino M. Efeitos da aplicação de massagem terapêutica em crianças com câncer: Uma revisão sistemática [Internet]. Vol. 25, Revista Latino-Americana de Enfermagem. University of Sao Paulo, Ribeirao Preto College of Nursing Organisation; 2017 [cited 2020 Jul 1]. Available from: <https://pmc/articles/PMC5492650/?report=abstract>
7. Alves MLSD, Jardim MH de AG, Gomes BP. Effect of Therapeutic Massage in Cancer Patient: Suffering. J Cancer Ther [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 1];08(12):1095-106. Available from: <https://doi.org/10.4236/jct.2017.812094>
8. Pereira Rodríguez JE, Peñaranda-Florez DG, Pereira Rodríguez R, Pereira-Rodríguez P, Santamaria-Pérez KN. Rol de la fisioterapia en los cuidados paliativos. Mov Científico. 2019;13(2):57-65.
9. Molina Lopez C, Ucles Villalobos V. Rehabilitación Pulmonar en Pacientes con Cáncer de Pulmón. Rev Clínica la Esc Med UCR-HSJ. 2019;9(10):45-52.

1

CAPITULO 1 PEDIATRÍA



Guía para la toma de decisiones de fin de vida y manejo de síntomas en el contexto de la pandemia por COVID-19 en paciente pediátrico

María Adelaida Córbo

MD. Pediatra, Especialista en Cuidado Paliativo Pediátrico.
Fundación Santa Fé de Bogotá FSB
HOMI Fundación Hospital Pediátrico

Luis Ricardo Gonzales Cruz

MD. Pediatra, Especialista en Cuidado Paliativo Pediátrico.

Nuestro objetivo es establecer los principios éticos, conceptos y conductas clínicas que orienten y faciliten la toma de decisiones, así como, la adecuada asignación de recursos potencialmente escasos, en la coyuntura de la pandemia del SARS-CoV2/COVID-19, en pacientes pediátricos que cursen con condiciones altamente limitantes o amenazantes de la vida.

La pandemia actual por la COVID-19 representa un problema mayor para los sistemas sanitarios del mundo, principalmente por la desproporción generada entre la demanda masiva de servicios asistenciales y su disponibilidad. Ese desborde ya se está presentando en nuestro país, por lo que es necesario prepararnos para enfrentarlo de la mejor manera. Esto plantea el reto de asignar apropiadamente los recursos asistenciales disponibles, dando prioridad al bien colectivo con base en la mayor probabilidad de recuperación, supervivencia, funcionalidad y calidad de vida. Además de lograr el manejo sintomático apropiado de TODOS los pacientes que cursen con COVID-19, sean o no susceptibles de intención curativa e ingreso a unidades de cuidado crítico (UCC).

Lo anterior es necesario comprenderlo en el contexto nacional actual. En Colombia, se cuenta con 5271 camas de unidad de cuidados intensivos (UCI) para adultos, 967 ubicadas en Bogotá, lo que resulta en una proporción de 11,2 camas de UCI por cada 100.000 habitantes adultos. Para pediatría, específicamente, se cuenta con 888 camas en unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), de las cuales 206 (23%) se encuentran en Bogotá (sin contar las 106 camas de cuidados intermedios pediátricos). El cuidado clínico habitual (centrado en las preferencias, condición e interés superior individual) se ve obligado a modificarse en el contexto de la salud pública y las emergencias en una pandemia, dado el carácter limitado y desbordado de la capacidad y la infraestructura disponibles.

El reto de asignar apropiadamente los recursos asistenciales disponibles pero limitados (indefinidamente), conlleva a la selección obligada de los pacientes candidatos a manejo en UCC, anteponiendo el bienestar de la comunidad (salud pública) a la gravedad clínica individual. Esto genera sufrimiento moral para el equipo de salud, por lo que es fundamental identificar los dilemas éticos que, en escenarios de enfermedad respiratoria grave, surgen en torno a las decisiones sobre el nivel de cuidado, inicio o retiro de soporte vital avanzado y cuidado paliativo. En este mismo sentido, surge la necesidad de establecer pautas de manejo que garanticen la apropiada atención sintomática en un contexto de gravedad reversible, o incluso de fin de vida altamente probable. Es importante recordar el deber moral de CUIDADO al que estamos comprometidos como personal de salud, independiente de la condición clínica del paciente.

PRINCIPIOS ÉTICOS

En general, se busca que todas las acciones del equipo asistencial estén orientadas siempre a no hacer daño, producir el máximo beneficio posible, actuar con justicia sobre la persona en el contexto de la emergencia, frente a la justicia sanitaria de la población y mantener la integridad profesional. El equipo asistencial debe estar dispuesto a comprender que la COVID-19 puede representar el estado final de otras comorbilidades graves en un paciente y, por tanto, determinar el final de su vida. En este sentido, se plantean algunos principios que orientan la toma de decisiones:

- **Principio de equidad:** el beneficio colectivo se antepone al criterio de gravedad individual. Debe evitarse la mayor pérdida de vidas posibles, maximizando beneficios y reduciendo daños.
- **Principio de proporcionalidad:** ponderación conjunta de los beneficios, riesgos y costos de una intervención, que permita la selección más apropiada de los pacientes que ingresen a UCC. Dependerá de la existencia de comorbilidades y su gravedad, así como de la probabilidad de recuperación, de supervivencia, de mejoría de funcionalidad y calidad de vida.
- **Autonomía del paciente:** progresiva en pediatría y delegada en los padres o tutores legales. Incluye la apropiada entrega de información y la participación del niño o adolescente (cuando corresponda por su capacidad intelectual) y su familia en la toma de decisiones, en equilibrio con la autonomía profesional.
- **Autonomía profesional:** con el que se garantizan los derechos laborales del personal de salud y su autonomía para tomar decisiones en favor del interés superior del paciente o de la comunidad, basadas en la ponderación beneficencia/no maleficencia.
- **Definición de metas terapéuticas:** basadas en el mejor interés del paciente, en su estado de salud y en la trayectoria de su condición (basal y actual). Deben ser realistas, factibles y balanceadas (riesgo/beneficio). En el caso de pacientes con condiciones altamente limitantes o amenazantes de la vida (que por tal requieran atención paliativa), el principal objetivo será el de lograr comodidad, alivio sintomático y considerar razonable la evolución natural de la enfermedad hacia el fallecimiento.
- **Derecho a morir con dignidad:** mediante el cual se garantiza a los niños, niñas y adolescentes (NNA) con capacidad de participación y decisión, el tomar decisiones anticipadas sobre cómo quieren enfrentar el final de la vida. Esto aplica para pacientes mayores de 6 años (participación) y de 14 años (participación y decisión). En éstos últimos mediante el documento de voluntades anticipadas (DVA).
- **Cualquier decisión trascendental se sugiere ser tomada en equipo y no asumir decisiones individuales.** Ante casos complejos (como divergencia entre opiniones familiares y conductas médicas), se sugiere acudir a junta de profesionales o al comité de ética clínica de la institución.

En caso de que se presente la situación dilemática de tener que elegir entre asignar una cama en UCC a un adulto o a un niño que también la requiera, en principio y si no hay ninguna condición que sobrepase los principios de proporcionalidad y equidad, la prioridad debe ser el paciente pediátrico, acudiendo al Artículo 44 de la Constitución Política de Colombia que indica que “Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás”.

Criterios para solicitar interconsulta a cuidados paliativos pediátricos (CPP)

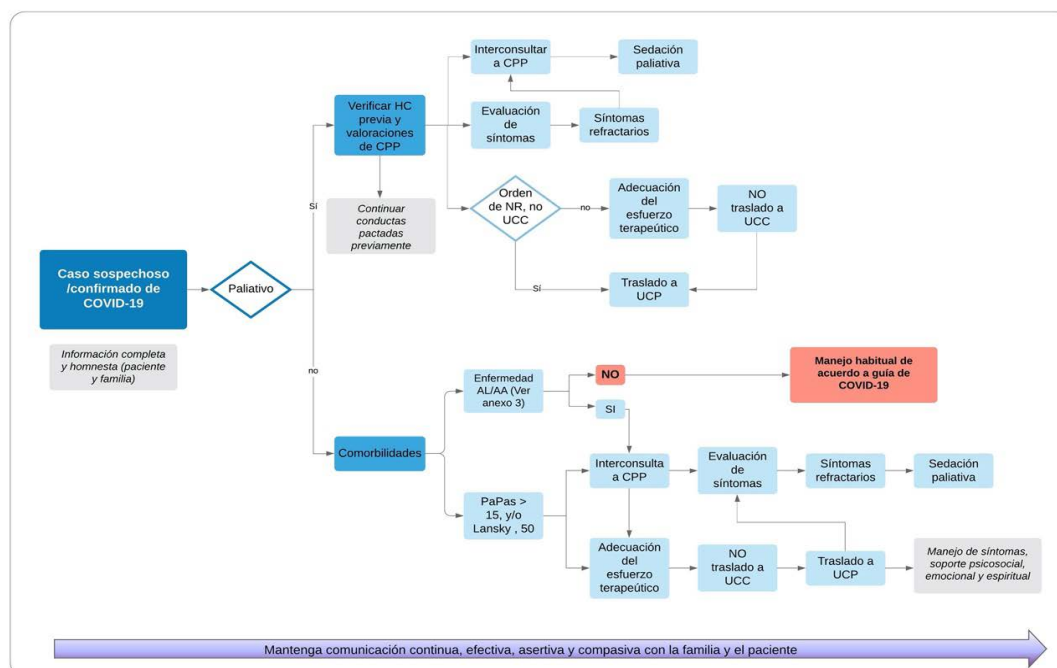
En pacientes con COVID-19 (presunta o confirmada), se sugieren los siguientes criterios para solicitar el apoyo por el grupo de CPP:

- Paciente previamente conocido por cuidado paliativo pediátrico.
- Síntomas refractarios aún con el uso de protocolos iniciales de cuidado paliativo.
- Soporte ventilatorio.
- Síntomas emocionales de difícil control.
- Incertidumbre con respecto al pronóstico por parte del paciente, la familia o el médico.
- Incertidumbre con respecto al beneficio de intervenciones médicas por parte del paciente, la familia o el médico.
- Solicitud familiar de tratamientos o terapias no beneficiosas
- Estrés y sufrimiento psicológico por parte del paciente o su familia
- Conflictos de orden de NO reanimación.

- Solicitud del paciente o su familia.
- Pacientes con puntajes PaPaS (Pediatric Palliative Screening Scale) > 15 y/o Lansky <50.
- Cualquier paciente que curse con alguna condición/enfermedad altamente amenazante o limitante de la vida (Ver adjunto).

En la figura 1, se presenta un algoritmo de actuación con base a la condición del paciente pediátrico con COVID-19.

Figura 1. Algoritmo de conductas de acuerdo a condición del paciente con COVID-19 (presunta o confirmada).



HC: Historia Clínica

CPP: Cuidados Paliativos Pediátricos

AL/AA: Altamente limitante/ Altamente Amenazante

PaPaS: Pediatric Palliative Screening Scale

Consideraciones sobre la adecuación de los esfuerzos terapéuticos en paciente con COVID-19 y cuidados paliativos (Resolución 229 de 2020):

- Para los que aún no se encuentren en la UCC, deberá consultarse en la historia clínica la existencia de un plan de adecuación de esfuerzos terapéuticos y/o de indicaciones de no reanimación. En principio no se considera benéfico su trasladados a la UCC.
- Si no se ha elaborado previamente dicha adecuación de esfuerzos terapéuticos, deberá iniciarse junto con la orientación en toma de decisiones y la planificación avanzada del cuidado.
- Para pacientes ya en UCC y con deterioro clínico irreversible, deben adecuarse los esfuerzos terapéuticos. Esto incluye la atención oportuna por cuidados paliativos, no iniciar o retirar intervenciones fútiles y trasladar a hospitalización general para continuar el manejo sintomático.

➤ Debe garantizarse el acompañamiento por parte del equipo asistencial (médicos, enfermeras, profesional en psicología y/o líder espiritual), dado que el paciente se encontrará aislado de su familia.

La disnea, la tos, el dolor torácico, la fiebre y la ansiedad, se prevén como los síntomas más frecuentes que demandarán atención por el equipo asistencial en pacientes susceptibles de cuidados paliativos y que cursen con COVID-19 (presunta o confirmada). Por lo que a continuación, se presenta una guía para el manejo de síntomas frecuentes por COVID-19 en pacientes que requieren atención paliativa o que se encuentren en fase de fin de vida:

Disnea o Tos

A) Morfina: evaluando la vía disponible de administración (se prevé IV). Se preferirá infusión continua para disminuir riesgo de sobreexposición al virus.

Dosis por horario: 40mcg/kg c/4 horas.

Dosis en infusión: Bolo inicial 30mcg/kg, continuar 10mcg/kg/h.

Dosis de rescate: Bolo 20mcg/kg (10% de dosis total en 24h), hasta 6 veces en 24 horas.

B) Butil-Bromuro de Hioscina: si las secreciones respiratorias empeoren el síntoma.

Dosis: 0.4mg/kg c/6-8 h.

C) Oxígeno Suplementario: por la vía que produzca comodidad al paciente. Evitar manipulación de cavidad nasofaríngea.

D) Medidas no Farmacológicas: posicionamiento (inclinación hacia adelante, uso de almohada bajo los brazos como soporte, etc.), relajación o enfriamiento de la cara con una toalla fría (sin ventiladores de aire o de mano para prevenir la diseminación del aerosol).

E) En caso de disnea refractaria al manejo, diríjase a la Figura 1.

Dolor Torácico

A) Morfina: evaluando la vía disponible de administración (se prevé IV). Se preferirá infusión continua para disminuir riesgo de sobreexposición al virus.

Dosis por horario: 100mcg/kg c/4 horas.

Dosis en infusión: Bolo inicial 100mcg/kg, continuar 20mcg/kg/h.

Dosis de rescate: Bolo 40mcg/kg (10% de dosis total en 24h), hasta 6 veces en 24 horas.

B) Pueden usarse de manera concomitante los medicamentos indicados para el control de fiebre.

C) Ver Figuras 2 y 3

Fiebre

A) Si tolera vía oral utilizar **Acetaminofén** 10-15mg/kg/dosis.

B) Si no tolera vía oral usar **Dipirona** 20mg/kg c/6 horas.

C) Alternativa: **Paracetamol Intravenoso** a la dosis convencional (10mg/kg c/6 horas)

D) Si no se cuenta con vía oral ni intravenosa, **Diclofenaco** 0.5-1mg/kg c/8-12 horas por vía subcutánea. No utilizar dipirona ni paracetamol por vía subcutánea. Recuerde que en general, no se recomienda el uso de AINEs en el paciente con infección por SARS-Cov-2, esto solo se usará en caso de que la fiebre sea refractaria.

Ansiedad

A) Clonazepam: 0.25 a 0.5 mg c/12-24 horas por vía oral o sublingual.

Frasco gotas 2.5 mg/mL: 1 gota=0.08 mg. Es decir, 2 a 6 gotas c/12-24 horas.

B) Midazolam: Si no se dispone de vía oral o no control con clonazepam

Dosis: 50 mcg/kg c/6h o infusión 5-10 mcg/kg/hora si no hay control (hasta 35 mcg/kg/h, con dosis máxima 100 mg/24 h).

C) Levomepromazina: En caso de agitación agregada.

Dosis 0.35 mg/kg/día (c/12-24 h). Frasco gotas 0.4% (1 gota = 0.1 mg). Dosis máxima 3 mg/kg/día (200 mg/día).

D) Medidas no Farmacológicas: Evaluar y tratar posibles causas. Optimizar comunicación, provisión de ambiente tranquilo y orientación para el paciente y su familia (información sobre condición actual, tratamiento y acompañamiento).

Recomendaciones sobre métodos de comunicación

El ejercicio de comunicación asertiva, compasiva y dosificada, debe procurarse durante todas las fases de la atención. Debe estar enfocado en todo lo que puede continuarse haciendo por el paciente y su familia, evitando mensajes desalentadores o desesperanzadores que transmitan la sensación de abandono y que generen un falso sentido de desatención. Se recomienda utilizar la estrategia de comunicación VitalTalk, implementada por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos, que puede encontrar en este enlace: https://www.vitaltalk.org/wp-content/uploads/VitalTalk_COVID_Spanish.pdf

Figura 1. Flujograma de abordaje de la disnea refractaria.

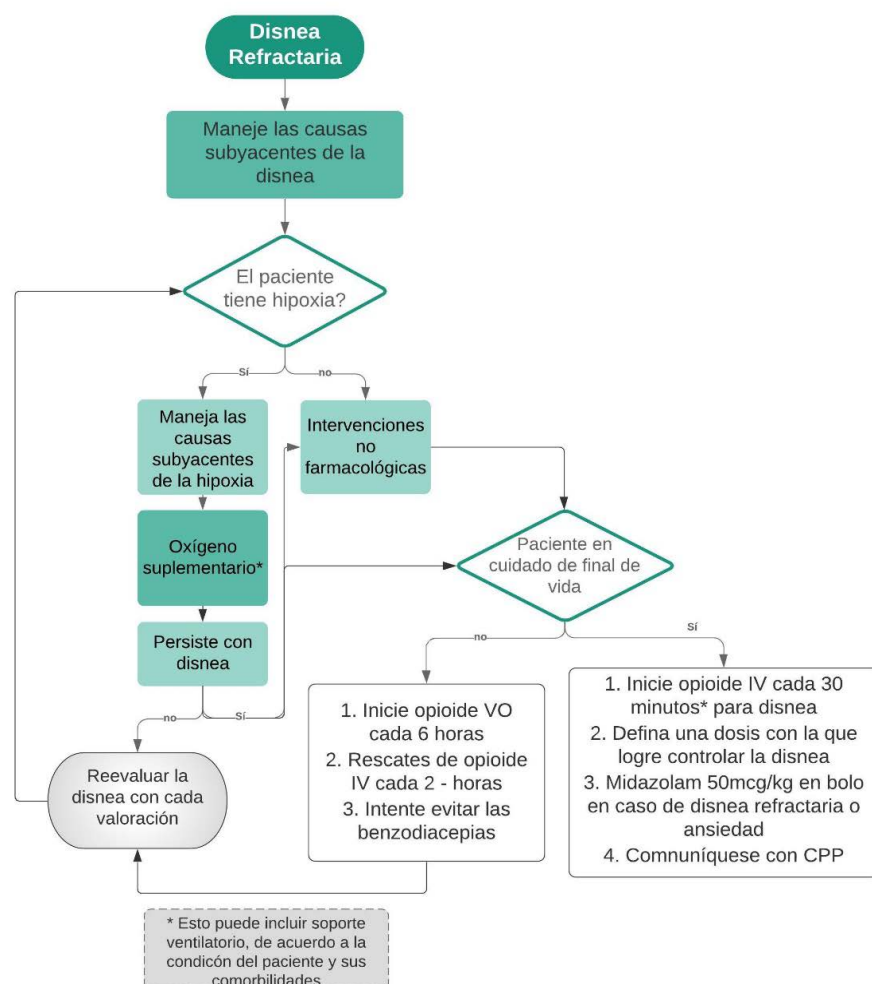
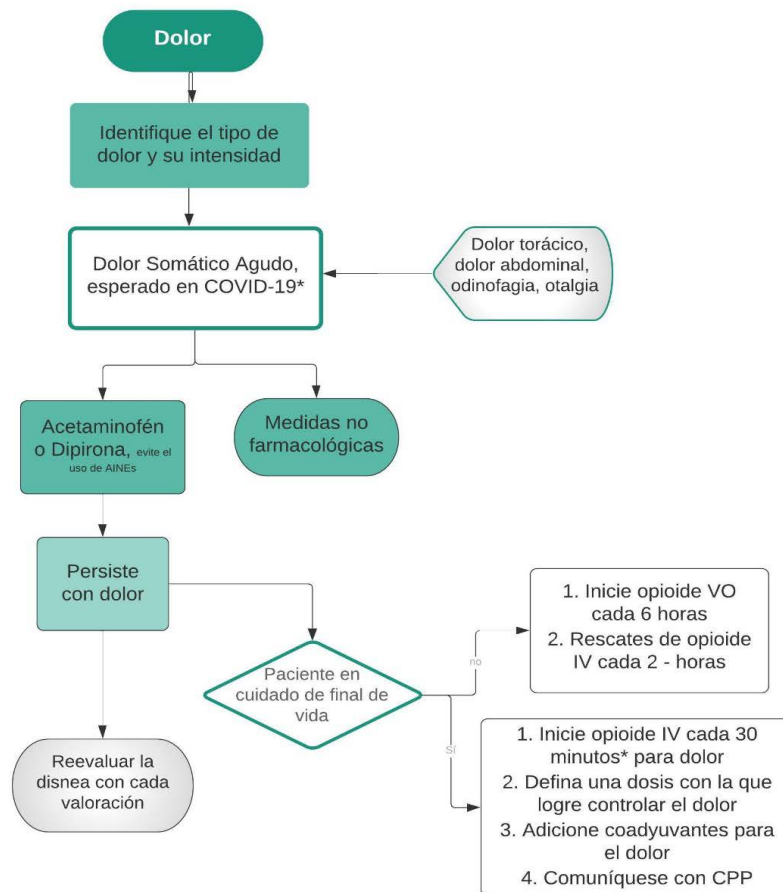


Figura 2. Puntos clave en el manejo del dolor



Figura 3. Intervenciones recomendadas en el manejo del dolor



Bibliografía consultada

1. Pinto B, Gómez AI, Castillo A, León N. Principios éticos para afrontar la pandemia en Colombia [Internet]. Razón Pública. 2020 [cited 2020 Jul 10]. Available from: <https://razonpublica.com/principios-eticos-afrontar-la-pandemia-colombia/>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Recomendaciones generales para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia Covid- 19 [Internet]. Bogotá; 2020. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_1051_de_2016.pdf
3. Alcaldía Mayor de Bogotá - Observatorio de Salud. Tipo y razón de camas [Internet]. SALUDATA. 2020 [cited 2020 Jul 10]. p. 1. Available from: <http://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/ofertas-de-servicios-de-salud/tiporazoncamas/>
4. Berlinger N, Wynia M, Powell T, Micah Hester D, Milliken A, Fabi R, et al. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Hast Cent [Internet]. 2020;2:1-12. Available from: <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>
5. Institut Borja de Bioètica. Recursos éticos sobre el coronavirus (COVID-19) [Internet]. Institut Borja de Bioètica. 2020 [cited 2020 Jul 10]. Available from: <https://www.iborjabioetica.urledu.es/comunicacion/recursos-eticos-sobre-el-coronavirus-covid-19>
6. Downar J, Seccareccia D. Palliating a pandemic: "all patients must be cared for". J Pain Symptom Manage. 2010 Feb;39(2):291-5.
7. Curtis JR, Kross EK, Stapleton RD. The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). JAMA. 2020 Mar;
8. Arya A, Buchman S, Gagnon B, Downar J. Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives. C. Can Med Assoc J = J l'Association medicale. Can. 2020 Apr;192(15):E400-4.
9. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Orientaciones sobre el control Sintomático de enfermos graves afectados por la enfermedad Covid 19 y que requieran atención paliativa o se encuentren próximos al final de la vida. www.secpal.com. 2020. p. 1-8.
10. Nehls W, Delis S, Haberland B, Maier BO, Sängler K, Tessmer G, et al. Management of Patients with COVID-19 - Recommendations from a Palliative Care Perspective. Pneumologie. 2020 Apr;
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 825 del 2018 [Internet]. 2018 p. 1-16. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-825-de-2018.pdf>
12. Lawrie I, Murphy F. COVID-19 and Palliative, End of Life and Bereavement Care in Secondary Care [Internet]. 2020 p. 36. Available from: <https://apmonline.org/>
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2665 de 2018 - Documento de Voluntad Anticipada. 2665 Bogotá, Colombia; 2018 p. 6.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 538 del 12 de abril de 2020. 2020 p. 24.
15. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República de Colombia de 1991 [Internet]. República de Colombia Colombia; 1991 p. 154. Available from: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 229 de 2020. Colombia; 2020 p. 19.

2

CAPITULO 2 GERIATRÍA



Contexto global del virus COVID-19 en personas mayores

Javier Cabrera

MD Geriatria.

Presidente Asociación Colombiana de Geriatria y Gerontología ACGG

Hasta febrero de 2020, la atención de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el COVID-19 se centraba en China, donde se encontraban el 90% de los casos notificados en el mundo; el otro 10% se repartía en 61 países, siendo Corea, Irán e Italia los más afectados. Este virus de características únicas, alertó a los países para que adoptaran medidas agresivas y un enfoque integral con prontitud, para detener la transmisión y salvar vidas.

En Latinoamérica el primer caso que se reportó fue en Brasil, el 26 de febrero en una persona de 61 años que recientemente había viajado a Italia. México presentó su primer reporte el 28 de febrero, también de una persona procedente de Italia. Ecuador y República Dominicana el 29 de febrero, Argentina y Chile el 3 de marzo, Perú y Colombia el 6 de marzo. En nuestro país el reporte se dio en una mujer de 19 años, procedente de Italia. El 10 de marzo de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, adoptó medidas preventivas sanitarias de aislamiento y cuarentena para las personas que arribaran a Colombia desde China, Francia, Italia y España.

El 11 de marzo la OMS declaró la COVID-19 una pandemia y advirtió que, si bien el virus infecta a personas de todas las edades, la evidencia sugiere que existen dos grupos de personas que se encuentran en riesgo más alto de padecer las manifestaciones severas de la enfermedad, enfocándolos como sujetos de especial atención. Las personas mayores de 60 años y las personas con condiciones médicas subyacentes, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer.

Por lo anterior, se extendió la recomendación de asegurar la protección de las personas más vulnerables en estos grupos, con apoyo desde la comunidad, para evitar que sean aislados, estigmatizados o abandonados, incapaces de acceder a provisiones básicas o de cuidado social. En la misma fecha, en nuestro país se reportó el primer caso de COVID-19 en una persona mayor, una mujer de 85 años procedente de Estados Unidos que llegó a Cartagena en el crucero Braemar y consultó a la Clínica Medihelp Services por síntomas gastrointestinales desde el 8 de marzo. La presentación de su enfermedad siempre fue leve.

Teniendo en cuenta esto, la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria emitió un primer comunicado titulado “Orientaciones generales sobre COVID-19 en personas mayores” el 12 de marzo. El Ministerio de Salud y Protección Social declaró el estado de emergencia sanitaria en todo el territorio nacional, adoptando una serie de medidas con el objeto de prevenir y controlar la propagación del COVID-19 y mitigar sus efectos. Por su parte, la OMS exhorta a proteger las residencias de ancianos y el 13 de marzo se informa que Europa es el nuevo epicentro de la pandemia, presentando más casos y muertes notificadas que en todo el resto del mundo. En la misma fecha, la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria recomienda el cese de actividades lúdicas en los Centros Día, modificando únicamente el servicio de entrega de alimentación para que se realice en el domicilio de las personas mayores. Al siguiente día la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria emite un segundo comunicado, sobre: “Orientaciones Generales de COVID-19, en Residencias de Personas Mayores”.

En el Decreto 417 del 17 de marzo de 2020, la Presidencia de la República de Colombia declara el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional, justificado bajo la necesidad de adoptar medidas extraordinarias para proteger la salud de los colombianos y prevenir el impacto negativo en la economía del país. Al siguiente día, el Ministerio de Salud y Protección Social expide la medida sanitaria obligatoria de aislamiento preventivo para proteger a las personas mayores de 70 años, considerada la población más vulnerable frente al COVID-19, con algunas excepciones y con efecto a partir del 20 de marzo.

Posteriormente, se han publicado diferentes lineamientos para la protección de este grupo poblacional en los diferentes entornos. A partir del 11 de marzo, todos los días se han reportado casos con diagnóstico de

COVID-19 en personas mayores de 60 años. Los primeros 200 casos en mayores de 60 años fueron reportados del 11 de marzo al 3 de abril (en 23 días). Otros 200 casos del 3 de abril al 9 de abril (en 6 días) y otros 600 más los siguientes 15 días, hasta acumular los primeros 1000 casos en personas mayores el día 28 de abril de 2020. Desde el inicio, los casos reportados en personas mayores de 60 años han sido en su mayoría en hombres, de entre 60 a 69 años, la persona de mayor edad reportada corresponde a una mujer de 103 años, en Bogotá.

En los tres primeros meses de la pandemia, Colombia llegó a 45.212 casos reportados en la población general con 1.488 fallecimientos, el 73% de ellos en personas mayores de 60 años. En personas mayores es importante resaltar que son quienes menos se contagian, pero son quienes más se hospitalizan, ingresan a la unidad de cuidado intensivo, requieren ventilador mecánico y fallecen. En los momentos de crisis se ha reportado en diferentes países que el lugar asistencial de mayor mortalidad, son las residencias para personas mayores. En estas instituciones confluyen situaciones de vulnerabilidad clínica, social y económica, por lo que en adelante los esfuerzos preventivos en todo el territorio nacional deberían lograrse también en estos sitios.

Es importante enfocar la atención en este grupo poblacional, pues será quien sufra el mayor impacto durante la pandemia en todos los aspectos. La sociedad en general, debe optimizar el lenguaje para hablar con las personas mayores y para referirse a ellas, también debe trabajar en cambiar la cultura antienvejecimiento; en estos aspectos, es necesaria la participación de los medios de comunicación. La sociedad en general debe velar por la garantía de los derechos humanos en las personas mayores, vulnerados desde siempre. El Estado debe velar por la garantía de su bienestar integral, incluido el económico, priorizando a los más vulnerables, y para esto debe planificar e implementar un enfoque integral, centrado en las personas mayores.

Es necesario que se priorice la atención de las personas mayores con un enfoque diferencial en todos los escenarios de la pandemia, desde la identificación oportuna de los más vulnerables, el fortalecimiento extremo y drástico de las medidas preventivas, el control de las comorbilidades mediante la teleconsulta, la vacunación domiciliar y la entrega de medicamentos en el domicilio. La toma oportuna de muestras de laboratorio y la gestión eficiente de los resultados en las pruebas diagnósticas o de tamizaje, es también necesario.

Es pertinente la atención permanente y priorizada en la comunidad mediante estrategias de comunicación y el cubrimiento de las necesidades básicas. En los hospitales evitando las remisiones y traslados innecesarios, exigiendo modelos de atención específicos para personas mayores, garantizando su atención oportuna; y en los centros de protección, evitando el ingreso de nuevas personas, el traslado intermunicipal. Adicionalmente se debe garantizar el uso adecuado y permanente de elementos de protección personal en las personas mayores, el personal de salud que las atiende y en la persona cuidadora.

Bibliografía consultada:

1. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report-111 [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 4]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
2. Organización Mundial de la Salud. Discursos del Director General de la OMS [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 4]. Available from: <https://www.who.int/es/dg/speeches/1>
3. Cabrera J, Chávez D. Evolución de COVID-19 en Colombia, un reporte de los primeros 1.000 casos de contagio en personas mayores. Rev la Asoc Colomb Gerontol y Geriatria [Internet]. 2020;Boletín Es:1

Irrupción de la enfermedad COVID-19 en adulto mayor

Arlet Patricia Cañón Esquivel

MD. Especialista en Geriatria

Candidata a Master de Economía de la Salud

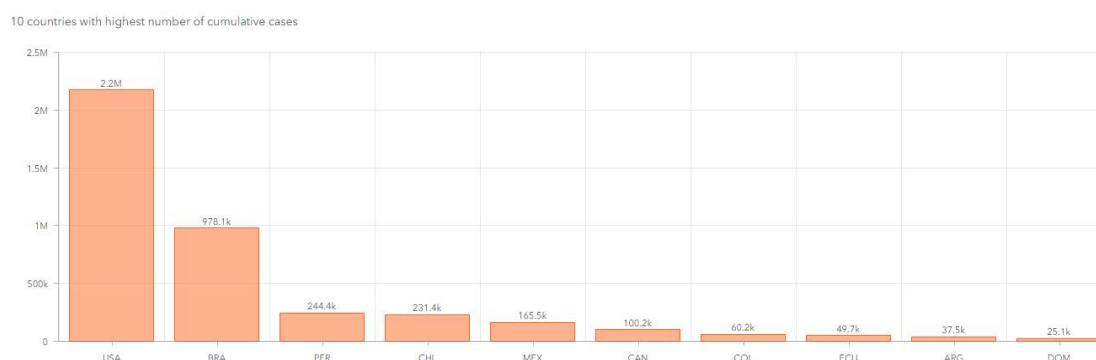
Directora Científica. CYSAM

Caracterización Y Seguimiento Para el Adulto Mayor. EPS Sanitas

La organización mundial de la salud (OMS) declaró el 11 de marzo del presente año, como pandemia el coronavirus, esencialmente por su velocidad de propagación. Las personas mayores han sido centro de atención por ser el grupo más susceptible a COVID-19, junto con la población con condiciones crónicas subyacentes, instando a los diferentes Estados a tomar medidas urgentes para la identificación, diagnóstico temprano, instauración terapéutica y contención de la enfermedad.

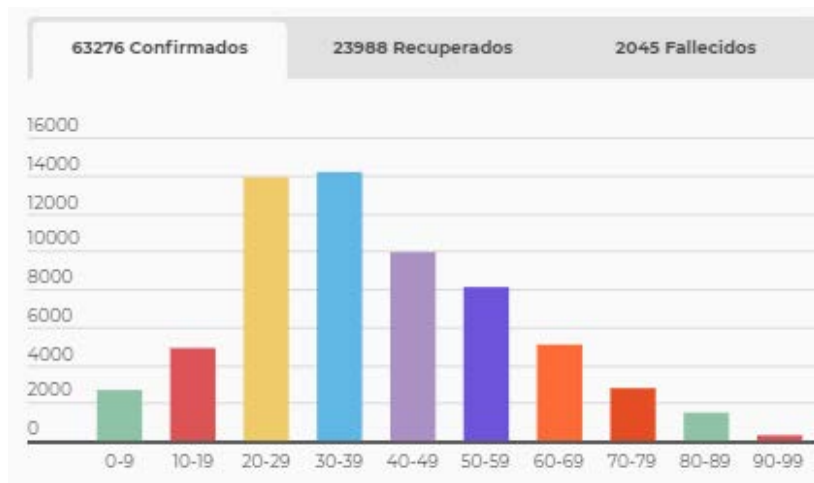
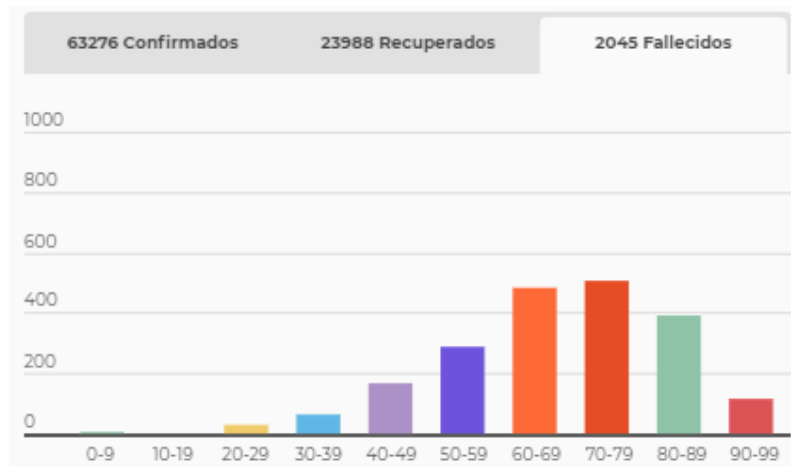
Desde que aparecieron los primeros casos en Wuhan, la capital de la provincia de Hubei, China, se asociaron cientos de miles de casos confirmados a nivel mundial. El panorama para hoy a nivel mundial cuenta con 8.385.440 casos confirmados y una mortalidad global de 450.686. La situación en la región de las Américas muestra 4.163.813 casos acumulados y 215.903 muertes, siendo Estados Unidos de América el país que más casos aporta de la enfermedad, seguido por Brasil y Perú (Figura 1).

Figura 1. 10 países con el mayor número de casos acumulados. Tablero regional Américas de COVID-19. Distribución Geográfica de casos. Pan American Health Organization / World Health Organization.



De la región de las Américas, Colombia con 60.217 ocupa el séptimo lugar de casos confirmados y el octavo en muertes acumuladas por COVID-19 con 1.950. La enfermedad por el nuevo coronavirus, ha destacado la vulnerabilidad del envejecimiento de la población a las enfermedades emergentes. Esta susceptibilidad a la enfermedad y muerte, la vimos inicialmente reflejada en la distribución de casos y mortalidad en China e Italia, lo que refleja una perspectiva adecuada sobre la gravedad de como el coronavirus impactaba sobre los diferentes grupos de edad, principalmente en los adultos mayores, probablemente en relación a la mayor esperanza de vida de estos países (83,4 años en Italia y 76,7 en China).

De acuerdo datos del Instituto Nacional de Salud (INS), en Colombia la mayor proporción de la mortalidad recae en las personas mayores de 60 años. Lo cual no nos aleja de la realidad y comportamiento global, con una menor tasa de contagios, pero con una mayor tasa de mortalidad (Figura 2 y 3).

Figura 2. Distribución de casos confirmados por edad. Instituto Nacional de Salud. Junio 2020.**Figura 3.** Distribución de casos fallecidos por edad. Instituto Nacional de Salud. Junio 2020.

La declaración de la sociedad Europea de Geriatria sobre la COVID-19 expresa que, pese a que no existe una relación entre la edad y la probabilidad de contraer el coronavirus, los adultos mayores tienen un riesgo mucho mayor de desarrollar complicaciones graves con una tasa de mortalidad mayor al 15% en mayores de 80 años, frente al 0,5% en personas menores de 50 años.

A medida que envejecemos, las condiciones de salud asociadas con el envejecimiento, en particular las enfermedades no transmisibles (cardíacas, metabólicas, autoinmunes, cáncer, entre otras), combinadas con sus respectivos tratamientos, la polifarmacia y la inmunosenescencia, afectan sustancialmente la respuesta a vacunas y el comportamiento de las enfermedades infecciosas. La fisiopatología de la enfermedad COVID-19 en personas adultas mayores, requiere un proceso dinámico con importantes implicaciones clínicas y éticas en la atención hospitalaria y comunitaria.

La irrupción de la pandemia COVID-19 ha supuesto un problema de salud pública sin precedentes en la historia de la humanidad, no solo por su velocidad de contagio o por su mortalidad, sino por los impactos psicológicos y socioeconómicos; generando un cambio en el comportamiento de las personas, con el dis-

tanciamiento social, restricciones de viajes, cierre de escuelas y cancelación de actividades recreativas que, sumados al miedo, ponen en riesgo la salud integral de la población mayor.

Es indispensable para la comunidad médica mantener un enfoque pragmático, coherente y ético frente al abordaje de las enfermedades emergentes. Así también, es un reto para la salud pública generar nuevas estrategias, y dirigir esfuerzos organizados en la comunidad para la prevención y control de esta enfermedad.

Bibliografía consultada

1. D'Adamo H, Yoshikawa T, Ouslander JG. Coronavirus Disease 2019 in Geriatrics and Long-Term Care: The ABCDs of COVID-19. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(5):912-7.
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19): Situation Report – 151. [Internet]. Vol. 2019, Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report – 119. 2020 [cited 2020 Jul 5]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
3. Rozenek M, Soengas N, Giber F, Murgieri M. COVID-19 en adultos mayores: ¿corresponde usar la misma definición de caso? *Med Intensiva*. 2020;34(1):3-6.
4. Lauretani F, Ravazzoni G, Federica Roberti M, Longobucco Y, Adorni E, Grossi M, et al. Assessment and treatment of older individuals with covid-19 multi-system disease: Clinical and ethical implications. *Acta Biomed*. 2020;91(2):150-68.
5. Koff WC, Williams MA. Covid-19 and Immunity in Aging Populations – A New Research Agenda. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 Apr 17; Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2006761>
6. Serrano-Castro PJ, Estivill-Torrús G, Cabezudo-García P, Reyes-Bueno JA, Ciano Petersen N, Aguilar-Castillo M, et al. Impact of SARS-CoV-2 infection on neurodegenerative and neuropsychiatric diseases: a delayed pandemic? *TT - Influencia de la infección SARS-CoV-2 sobre enfermedades neurodegenerativas y neuropsiquiátricas: ¿una pandemia demorada?* *Neurología* [Internet]. 2020/04/17. 2020 May;35(4):245-51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32364119>

Retos de la geriatría en tiempos de Covid-19: toma de decisiones. Modelo pertinencia de atención en pacientes con enfermedad crónica

Paola Marcela Ruiz Ospina

MD Internista, Especialista en Geriatría y Medicina Paliativa.
Jefe del Servicio de Geriatría y Cuidado Paliativo, SES Hospital de Caldas
Presidente Asociación Cuidados Paliativos de Colombia-ASOCUPAC

Definir el impacto de la enfermedad crónica para la toma de decisiones en pacientes que por su condición clínica requieran soporte ventilatorio con Covid-19, es un reto en la actualidad. La integración entre cuidados paliativos y la geriatría, hace su mayor aporte con relación a las enfermedades que comparten ambos modelos de atención, teniendo el COVID-19 como condición índice en el centro.

Un análisis de la literatura sobre COVID-19 en el paciente anciano con enfermedad crónica, nos muestra que, además de la edad, los factores de riesgo más importantes para tener complicaciones por esta causa son la hipertensión, la falla cardíaca, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el Cáncer. Sin embargo, casi podrían nombrarse todas las patologías que se atienden permanentemente en cuidado paliativo como parte de esos factores de riesgo. Es decir, el COVID-19 se vuelve una condición índice para los paliativistas, la cual requiere un juicio clínico estricto en la toma de decisiones adecuadas para los pacientes y sus familias. Eso convierte a quienes trabajamos en cuidado paliativo en el apoyo para especialidades como, medicina interna, neurología, neumología, cuidado crítico, entre otras, que hoy se enfrentan situaciones complejas como, no realizar soporte ventilatorio en algún paciente, acompañar el duelo familiar por la enfermedad o la muerte, entre otras. Situaciones que no se presentan frecuentemente en su práctica diaria.

El llamado que hacemos a todos los médicos desde los cuidados paliativos, específicamente en geriatría, es a organizar y planificar las intervenciones; ya que, si bien es cierto, no hacemos medicina basados en la enfermedad, sino en el paciente y su familia, actualmente somos conscientes que, durante la situación de pandemia, otro factor determinante es la medicina centrada en la comunidad. Con esto nos referimos a que no solamente beneficiamos a los pacientes y sus familias, sino que también velamos para que, en caso de escasos o limitación extrema de recursos, éstos sean asignados de manera adecuada, aportando a la mejor calidad de vida posible, sin incurrir en manejos fútiles, pero sin abandonar al paciente. En la siguiente figura se esquematiza un árbol con los factores clave en la toma de decisiones del modelo de medicina basada en la comunidad:

Figura 1. Toma de decisiones en la medicina basada en la comunidad.

TOMA DE DECISIONES



Contar con una planificación anticipada de la atención, debería ser una constante de todos los que trabajamos con pacientes con enfermedades crónicas, seamos o no paliativistas y estemos o no en época de Pandemia.

La primera recomendación para una planificación anticipada es la organización:

¿Cómo interactuar con ese paciente que tengo sentado al frente? mirarlo en su integralidad, pensar que si este paciente se contagiara de COVID-19 ¿cuál sería su pronóstico y el mejor modelo de atención? Utilizando herramientas clínicas, escalas validadas y una valoración integral completa de todas las áreas involucradas en la toma de decisiones. A continuación, se presenta una propuesta de valoración dada por la Sociedad de Cuidado Intensivo en España, la cual se complementa con lo descrito por MACOON 2020.

Figura 2. Esquema de decisiones de ingresos en UCI en situaciones de crisis.

Esquema de decisión de ingresos en UCI en situación de crisis:

Pacientes con Prioridad 1	Pacientes con Prioridad 2
Críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva, depuración renal continua...).	Precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. No ventilación mecánica invasiva. Oxigenoterapia alto flujo o VMNI por $PaO_2/FiO_2 < 200$ o < 300 con fracaso de otro órgano.
Ingreso en UCI	Ingreso en cuidados Intermedios/Semicríticos*
Pacientes con Prioridad 3	Pacientes con Prioridad 4
Inestables y críticos, pero con pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos, como por ejemplo no intubar y/o no intentar RCP.	Su ingreso no está generalmente indicado: Beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo. Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente su muerte.
No ingreso en UCI	

*Considerando la opción del ingreso de pacientes con prioridad 2 en otras áreas asistenciales como cuidados intermedios en caso de disponer de estos y no estar saturados por pacientes con prioridad 1.

Dar soporte ventilatorio no es la mejor opción para aquellos pacientes que por carga de enfermedad, estado funcional y severidad de enfermedades de base, no encontraran en éste un tratamiento adecuado; por el contrario, se generara daño y sufrimiento innecesario, sin que esto signifique que no se brinde ningún cuidado profesional al paciente.

La segunda recomendación es el diligenciamiento de las Voluntades Anticipadas:

Si bien en momentos de pandemia cabe diligenciar estos formatos en área de hospitalización COVID-19 con pacientes aun estables, cobra igual o talvez mayor importancia el diligenciamiento del mismo para aquellos pacientes con una enfermedad crónica, irreversible, progresiva en el tiempo y con alto impacto en la capacidad funcional. Es fundamental hablar de la posibilidad de contagio y saber que preferencias específicas tendrían ante posibles complicaciones y un probable final de vida.

En cuanto a los impactos, el primero es la edad, que se vuelve un factor de riesgo importante en la toma de decisiones. No podemos caer en el encarnizamiento terapéutico que lleva a tratamientos desproporcionados, pero tampoco en el senilismo. Las estadísticas muestran que después de los 80 años, la mortalidad está por encima del 14% aún en ancianos sin comorbilidad. Sin embargo, la edad no lo es todo, la población de personas mayores es muy heterogénea, de manera que se pueden encontrar ancianos funcionales e independientes, al igual que ancianos con alta dependencia funcional. De una adecuada valoración clínica dependerá el mejor modelo a seguir. Por lo anterior, en la toma de decisiones, los clásicos valores de la ética

médica son muy importantes:

- ☞ Beneficencia
- ☞ No maleficencia
- ☞ Autonomía
- ☞ Justicia Distributiva

Un segundo impacto es el miedo que enfrentan los pacientes con enfermedad crónica a asistir a los servicios de salud por el “temor al contagio”; complicándose pacientes que venían controlados en hogares de adulto mayor, centros ambulatorios o incluso en sus domicilios y, que pueden requerir asistencia hospitalaria colapsando aún más los centros de alta complejidad. He aquí la importancia de dar continuidad al cuidado que venían recibiendo los pacientes y optimizar la Atención Domiciliaria para esta población.

La gran conclusión es que la enfermedad crónica en época de Pandemia es un reto. Nuestra recomendación sin importar el ámbito o tipo de atención prestada, es procurar un modelo de atención adecuado, basado en un juicio clínico estructurado y minucioso, pensando en el mejor beneficio, sin dañar, sin generar sufrimiento innecesario, sin desconocer los deseos y preferencias en el contexto de la Pandemia actual.

“Que la Pandemia nos recuerde el compromiso de no dañar, el deber de cuidar, el arte de acompañar y la promesa irrompible de jamás abandonar”

Bibliografía consultada:

1. Center to Advance Palliative Care. COVID-19 Response Resources for Clinicians | Center to Advance Palliative Care [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 5]. Available from: <https://www.capc.org/blog/updates-capc-covid19-response-resources/>
2. Lawrie I, Murphy F. COVID-19 and Palliative, End of Life and Bereavement Care in Secondary Care [Internet]. 2020 p. 36. Available from: <https://apmonline.org/>
3. Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief Palliative care and the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 5]. Available from: <https://www.thelancet.com/>
4. Berlinger N, Wynia M, Powell T, Micah Hester D, Milliken A, Fabi R, et al. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Hast Cent [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 5];2:1–12. Available from: <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenter-CovidFramework2020.pdf>
5. Rubio O, Estella A, Cabre L, Saralegui-Reta I, Martin MC, Zapata L, et al. Ethical recommendations for a difficult decision-making in intensive care units due to the exceptional situation of crisis by the COVID-19 pandemic: A rapid review & consensus of experts. Med Intensiva [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 5]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.006>
6. Asociación Colombiana de Infectología (ACIN). Resumen: Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud - Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. Infectio. 2020;24(3).

Debilidad del sistema de información de hogares geriátricos en Colombia y los riesgos que esto conlleva

Robinson Cuadros

MD. Especialista en Geriatria

Líder de la Ruta Socio Sanitaria del Adulto Mayor de CAFAM y Expresidente de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria ACGG.

En Colombia, los hogares geriátricos, viviendas asistidas, centros de bienestar, albergues y demás instituciones de larga estancia que hospedan personas mayores para su cuidado, son denominados Centros de Protección Social. De acuerdo a los informes que ha presentado la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud, se tiene un registro de 1.216 Centros de protección social en el país, los cuales atienden a 35.438 personas mayores actualmente; sin embargo, se calcula que hay cerca de 500 instituciones no registradas, no reportadas o en situación de clandestinidad.

La mayoría de las instituciones registradas cuentan con una capacidad de entre 10 y 15 personas mayores. No obstante, se encuentran instituciones con más de 300 personas en el mismo centro. Lo que genera grandes retos en los modelos de seguimiento, control, habilitación, definición e implementación de estándares mínimos de calidad que garanticen, no solo los procesos básicos en infraestructura, salubridad, alimentación y calidad asistencial, sino también, los procesos de humanización, atención diferencial y cuidado centrado en la persona mayor. Esto, con una fortaleza administrativa que permita contar con personal capacitado e idóneo para acompañar y asistir de forma personalizada, a las personas mayores de acuerdo a sus necesidades a nivel físico, mental, emocional, social y espiritual.

Aunque una gran parte de estas instituciones hacen un buen trabajo, existe una necesidad fundamental en los procesos asistenciales, de cuidado y acompañamiento en la manera de habilitar servicios de calidad; puesto que, son entidades con objeto social diferente, catalogadas como instituciones prestadoras de salud. Es decir, existe ambigüedad en la manera de hacerles seguimiento adecuado desde los entes de control, dado que al ser centros de cuidado y protección no se les debería exigir procesos de habilitación hospitalaria. Pero, al tener a su cuidado población con perfiles de fragilidad, dependencia funcional, demencia o trastornos neurocognitivos y comorbilidades, deberían cumplir con una serie de recomendaciones adaptadas a las necesidades de mantenimiento de la independencia funcional, cuidado de la salud y promoción del envejecimiento activo saludable, en pro de la calidad de vida y en perspectiva de desarrollo humano.

El no contar con bases confiables de los servicios que prestan los centros y su geo referenciación, dificulta la capacidad del estado para acompañar procesos de capacitación, detección temprana y gestión del riesgo, para generar acciones efectivas en la prevención del abandono de personas mayores en el país. En medio de la pandemia, Europa nos ha mostrado como la mortalidad por SARS-CoV-2, ocurre en más del 60% dentro las residencias de personas mayores, lo que ha generado acciones importantes a considerar:

- Crear instituciones “limpias” de Coronavirus para albergar a los residentes sanos, con internación del personal asistencial en periodos rotativos de 14 días.
- Crear espacios dentro de las residencias totalmente apartadas del resto de las habitaciones para atender los casos positivos que se presenten.
- Habilitar hoteles, centros o instituciones que funcionen como Unidades de Cuidado Intermedio, para aislar aquellos casos posibles o positivos con el fin de evitar la diseminación del virus en la institución.
- Generar espacios de acompañamiento familiar, espiritual o institucional con la orientación de cuidado paliativo para aquellas personas que se encuentran al final de la vida en caso de complicación.

Entre otras iniciativas para proteger al máximo a las personas mayores que habitan en lo que nosotros denominamos centros de protección social.

El hecho de ser persona mayor, tener un perfil de fragilidad y tener comorbilidades, no debe ser una condición para dejar de recibir una atención digna y de calidad. No es implementar un sistema de descarte frente a la toma de decisiones sobre “a quien salvarle la vida y a quien no”, es poder siempre brindar cuidado, acompañar y consolar anticipándonos a lo que pueda ocurrir.

Se requiere trabajar articuladamente con estas instituciones para brindarles apoyo por parte del Estado, las instituciones de salud y las secretarías de salud de manera intersectorial, dado que no tienen la capacidad de respuesta frente a la pandemia. Es un deber social y de corresponsabilidad con las personas mayores forjadoras de nuestra sociedad, guardianes de la memoria histórica de nuestras familias y de nuestros pueblos. Hoy más que nunca, todos podemos colocar “nuestro grano de arena” para apoyar a las instituciones públicas y privadas, para mitigar el impacto negativo que viven estos centros en Europa. Aprendiendo de las buenas prácticas y presionando a los entes gubernamentales para que fijen su voluntad política en las personas que se encuentran en mayor vulnerabilidad.

Bibliografía consultada:

1. Congreso de Colombia. Ley 1276 de 2009: a través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida [Internet]. 2009 p. 2-3. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34495>
2. Cubillos Santos AV. Significado que tiene para los adultos mayores la institucionalización en un hogar geriátrico de la ciudad de Bogotá. Repos Univ Javeriana [Internet]. 2013 [cited 2020 Jul 6];(72). Available from: <https://repositoryjaveriana.edu.co/handle/10554/13809>
3. Zolotow D. Hogares de ancianos, transformaciones posibles para un buen envejecer. Rev Debate Público Reflexión del Trab Soc. 2011;87-92.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para la prevención, contención y migración del coronavirus COVID-19 en personas adultos mayores, centros de protección de larga estancia para adultos mayores [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 6]. p. 1-12. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/asif13-adulto-mayor.covid-19.pdf>
5. Asociación colombiana de gerontología y geriatría. Alerta de mortalidad por COVID-19 en Personas Mayores. 2020.

Salud mental del adulto mayor en tiempo de pandemia

Ana Carolina Gama Gonzales

MD. Especialista en Geriatría, Máster en Bioética.

Geriatra Hospital Universitario San Ignacio

Docente Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana

Santa Fe de Bogotá.

La aparición del nuevo coronavirus ha generado conmoción importante no sólo en la salud física, sino también, en la salud mental de todas las personas. Sin embargo, se ha visto que el impacto en salud mental es especialmente importante en cuatro grupos de personas: las que pueden estar en contacto con el virus, los trabajadores de la salud, las personas que siguen de forma constante los medios de comunicación y las que tienen mayor vulnerabilidad a los efectos del virus. En este último grupo están los adultos mayores, en quienes, según las revisiones publicadas, la infección tiene mayor impacto términos de morbilidad y mortalidad, con tasas de mortalidad que varían entre 3.6 y el 14.8%.

Esta mayor vulnerabilidad a los efectos del virus provocó alerta y aislamiento preventivo rápido de este grupo poblacional, recayendo inicialmente sobre ellos la carga emocional y psicológica derivada de los posibles peligros para la vida derivados de la infección. Esto produjo que, en países como Italia, España y Estados Unidos, al inicio de la pandemia los jóvenes continuaran saliendo a la playa, discotecas y parques, sin guardar medidas de protección, lo que al parecer favoreció en aquellos lugares la expansión de la pandemia. El posterior inicio de campañas en medios de comunicación y espacios de intercambio de información, en los que se insiste en la corresponsabilidad de todos para contener el contagio y el cuidado mutuo como base de la solución a la situación actual, ha hecho que esa carga de ansiedad disminuya.

Al mismo tiempo que la alerta por la expansión del virus empezó a ocupar todos los medios de comunicación, se conocieron los efectos de la presión a los sistemas de salud y sus profesionales especialmente en Europa. Ante este hecho la respuesta de algunas sociedades científicas, particularmente italianas y españolas, fue la de priorizar la atención médica según criterios de ética utilitarista, en los que se prevalecen los recursos de unidades de cuidados intensivos a personas menores de 80 años, o que no tuvieran ningún grado de discapacidad, argumentando que se debería obtener el “mayor bien para la sociedad”. Esto provocó en las personas mayores miedo de no recibir el mejor atención y ansiedad por la incertidumbre de cómo iban a ser tratados si se contagiaban.

Por lo anterior, estas visiones han sido ampliamente refutadas y contrariadas por comités de ética que ponen de manifiesto que, la individualización de los casos con el objetivo de ofrecer el mejor tratamiento es la vía adecuada de actuación. Además, el hecho de que hayan sido los adultos mayores el grupo poblacional que ha estado y estará más tiempo en aislamiento preventivo, con muy escaso contacto social, los hace más susceptibles a la aparición de ansiedad y depresión.

Mantener las medidas de prevención, guardando distanciamiento físico, pero evitando el aislamiento social es fundamental. Es conocido el impacto negativo de este último en términos de aumento de la morbimortalidad de las personas mayores, relacionado principalmente con el aumento de la tensión arterial, enfermedad cardiovascular, empeoramiento del deterioro cognitivo, aumento de los síntomas neuropsiquiátricos, depresión y ansiedad. Vemos ahora como se facilita el acercamiento con las personas que pueden acceder a medios tecnológicos a través de videollamadas, fotos, mensajes de voz, participación en reuniones familiares o de grupos de amigos por plataformas especializadas, así como su integración en actividades educativas y lúdicas.

Sin embargo, el acompañamiento a personas que no tienen acceso a medios tecnológicos puede ser más difícil, e incluye el acercamiento al domicilio, guardando las medidas de seguridad, uso de tapabocas, lavado de manos, distancia interpersonal de 1.5 a 2 metros. También es importante mencionar la situación de personas mayores que conviven con su familia, quienes en la actualidad probablemente tengan múltiples ocupaciones derivadas del teletrabajo, el acompañamiento en las actividades escolares a los niños de la familia que se encuentran recibiendo clases virtuales o las ocupaciones propias del hogar; ellas, aunque estén acompañadas, pueden sufrir también aislamiento y es necesario tomar medidas adecuadas dentro de la organización

de la dinámica del hogar, para facilitar su implicación en las actividades del día.

En conclusión, la aparición del coronavirus ha afectado de forma significativa la salud mental de todos los grupos poblacionales, pero hay factores que han hecho que, para los adultos mayores, este impacto sea notable. Nuestro papel como personal sanitario es tenerlas en cuenta para actuar mitigando su efecto.

Bibliografía consultada:

1. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. Vol. 63, Journal of the Association of European Psychiatrists. 2020. p. e32.
2. Cesari M, Proietti M. COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic. Vol. 21, Journal of the American Medical Directors Association. AMDA — The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine; 2020. p. 576–7.
3. 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 [Internet]. Comité de Bioética de España. 2020 [cited 2020 Jul 6]. p. 1–13. Available from: [http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe CBE- Priorizacion de recursos sanitarios-coronavirus CBE.pdf](http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE- Priorizacion de recursos sanitarios-coronavirus CBE.pdf)
4. Mehra A, Rani S, Sahoo S, Parveen S, Singh AP, Chakrabarti S, et al. A crisis for elderly with mental disorders: Relapse of symptoms due to heightened anxiety due to COVID-19. Asian J Psychiatr. 2020;51.
5. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. Am J Public Health [Internet]. 2015/03/19. 2015 May;105(5):1013–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25790413>

Recomendaciones para cuidadores de personas mayores

María Lucía Samudio Brigard

MD Geriatra. Máster en Cuidados Paliativos.
Especialista Gerencia en Salud.
Biodanzante.

Toda la humanidad es susceptible a enfermarse por COVID-19. El grupo poblacional más vulnerable en estos tiempos de pandemia es el de las personas mayores. Un estudio retrospectivo realizado en China (597 hospitales, n=1590) demostró que, la presencia de cualquier comorbilidad se ha asociado con mayor riesgo de desarrollar síndrome de dificultad respiratoria aguda en pacientes con infección por SARS-CoV-2 (3.4 veces). El estudio salud, bienestar, envejecimiento y vejez 2015, reportó que el 84.8% de las personas mayores de 60 años tienen más de una condición crónica de salud (multimorbilidad).

Los datos de mortalidad ajustados con la información suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), reportan que el porcentaje de fallecidos por edad en los grupos de pacientes entre 60 a 69, 70 a 79, 80 a 89 y 90 y más es de 12,2%, 22,5%, 28,9% y 53,9% respectivamente. Las personas mayores son más susceptibles de morir por COVID-19, debido al proceso de inmunosenescencia que favorece la fragilidad, la multimorbilidad y la severidad de la infección.

También hay que recordar que hay un grupo de personas que venían en proceso de final de vida antes de la pandemia, algunos con acompañamiento por equipos de cuidados paliativos, otros no. Todos necesitan cuidados y acompañamiento. Si llega un paciente en final de su vida, asegúrese de contactar al equipo de cuidados paliativos de su institución. Si no cuenta con uno, el director de su institución puede contactar a la Asociación Cuidados Paliativos de Colombia ASOCUPAC o a la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria ACCG para recibir orientación.

Dentro del manejo integral de pacientes con necesidades paliativas es fundamental el acompañamiento y orientación a sus familiares o cuidadores (de ahora en adelante se hablará de cuidadores para referirse a ambos). Estos siempre están involucrados afectivamente y también tienen un rol de asistencia en el cuidado de la salud de la persona enferma, que puede ser directo o indirecto.

Los profesionales de la salud tenemos la responsabilidad de guiar y orientar a los familiares y cuidadores; y para eso, necesitamos conocimientos técnicos de cuidados paliativos y habilidades blandas para poder realizarlo. Entre estas últimas se encuentran habilidades de comunicación, capacidad para trabajar en equipo, empatía, compasión y estrategias de autocuidado. Acompañar a una persona a morir y a su familia es una tarea demandante, compleja y estresante, pero también muy enriquecedora. El autocuidado de los profesionales de la salud es indispensable. Más adelante encontrará algunas recomendaciones al respecto. En el contexto de la pandemia por COVID-19, algunas personas al final de la vida tendrán que recibir atención por médicos no especialistas en cuidados paliativo, pues el número de profesionales formados no será suficiente para acompañar todos los procesos de final de vida. En este capítulo se busca brindar herramientas de apoyo para profesionales de la salud no paliativistas ni geriatras, que como en otros países, se podrán ver enfrentados a acompañar y orientar a los cuidadores de personas que se encuentren en final de vida, sin contar con una adecuada formación para este tipo de atención. Se explicará cómo utilizar una herramienta estratégica para pacientes en final de vida por COVID-19 que consta de 3 pasos:

1. Identificación de necesidades
2. Intervención
3. Evaluación

Estrategia de 3 pasos

Está claramente definido que la edad no es una razón suficiente para limitar el ingreso a pacientes a una unidad de cuidados intensivos. El criterio para definir esto, está dado por la tipología del paciente que se

puede resumir en: anciano vigoroso, frágil, con algún grado de dependencia o en final de vida (Ver tabla 1). Esto ayudará en caso de que el sistema de salud colapse y se presenten dilemas éticos, para evitar la discriminación por edad y la vulneración de derechos en esta población, como han sugerido diversas organizaciones defensoras de los derechos de las personas mayores.

Tabla 1. Tipología del paciente anciano y sus características

Tipología del anciano	Características
Vigoroso	Comorbilidades compensadas, sin deterioro cognitivo, independiente para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) utilizando el Lawton* y actividades de la vida diaria (AVD) utilizando el Barthel**
Frágil	Fragilidad por escala de Frail*** > a 3 y Dependencia leve o moderada para AIVD o <u>Sin</u> deterioro cognitivo previo
Dependiente	Cumple <u>alguna</u> de las siguientes: Barthel entre 45 y 85, comorbilidades no compensadas, dependencia para AIVD, demencia leve a moderada
Final de vida	<u>Alguna</u> de las siguientes: Criterios médicos de mal pronóstico para COVID-19 (GUÍA ACIN), enfermedad terminal previa con expectativa de vida menor a 6 meses, demencia GDS 6 o 7****, dependencia severa Barthel menor de 40.
Utilizar las calculadoras disponibles en internet en los links mencionados: *AIVD con Lawton: https://www.seen.es/herramientasClinicas/calculadoras/calculadoraLawtonBrody.aspx **AVD con el Barthel: http://www.semergencantabria.org/calc/cecalc2.htm ***Fragilidad con FRAIL: https://www.seen.es/herramientasClinicas/calculadoras/calculadoraFragilidad.aspx ****La severidad de las demencias con GDS o FAST: http://91.121.70.71/docu/gds.pdf	

Si el médico tratante considera que el paciente se encuentra al final de la vida, es necesario que, en la medida de la posible, el paciente y sus cuidadores, comprendan lo que está sucediendo con claridad y tenga las herramientas necesarias para saber cómo actuar en el tiempo que queda hasta que la persona fallezca.

Para los pacientes robustos, frágiles o dependientes es importante que desde el triage se establezca una estrategia clara, sencilla, empática y contextualizada al momento actual de pandemia, para que con el apoyo de sus cuidadores se puedan identificar voluntades anticipadas. Si es así, es importante dejarlas registradas en la historia clínica. Si no las tiene, es un buen momento para establecerlas. Un ejemplo de cómo preguntar podría ser:

Como sabe señor (nombre del paciente) en este contexto de pandemia, es muy importante para la clínica conocer si usted tiene alguna voluntad anticipada con respecto a cómo debe actuar el equipo de salud que lo está atendiendo, en caso de que tenga enfermedad grave por COVID que requiera que usted sea conectado a un ventilador para poder respirar.

Es necesario que esté preparado para que el paciente se sienta incómodo y reaccione de diferentes maneras. Usted necesita mantener la calma. Sea consciente de las emociones que esto le ocasiona y pida ayuda si lo requiere a la persona con más experiencia en dar malas noticias dentro de su equipo de trabajo, para

que ese profesional entrene al personal de triage que estará encargado de hacer estas preguntas. Más adelante encontrará otras recomendaciones para tener conversaciones difíciles que también puede aplicar al preguntar sobre voluntades anticipadas.

A continuación, se mencionan los tres pasos a seguir:

Paso 1

Identificación de necesidades: realice preguntas rápidas y empáticas para reconocer si el paciente (cuando la condición clínica lo permite) o su cuidador, son conscientes de la gravedad de la situación. Si no es así, explíquelo y pida apoyo al equipo psicosocial de su hospital o clínica. Si no cuentan con uno, hable con el director de su institución sobre la importancia de tenerlo.

Tenga en cuenta que la conversación muy probablemente va a ser tensa e intensa, así que prepárese para conducirla con tranquilidad. Este siempre consciente de las emociones que en usted se presenten al hablar. Identifique si estas son de rabia, frustración, ansiedad o tristeza. Cuando estas aparezcan se recomienda que se tome unos segundos antes de responder y no se culpe, ni defienda ante lo que está pasando. Para esto respire profundo un par de veces, ayuda mucho.

Con su interlocutor evite la confrontación. Escuche atentamente, céntrese en las necesidades del otro, mantenga el contacto visual y evite interrumpir, excepto para aclarar ideas. En lo posible no haga lo siguiente: minimizar la situación, hacer juicios de valor, tomarse lo que está diciendo el otro de manera personal. Es importante que permita la expresión de las emociones por parte de la persona con quien está conversando. Utilice preguntas abiertas como: ¿Quiere contarme que es lo que más le preocupa en este momento? o ¿Cómo se siente con lo que hemos hablado? No se angustie si la persona llora o se altera, es esperable, más bien busque prevenir y aliviar el sufrimiento con una actitud compasiva. Jorge Espinel define la compasión como las acciones que el amor permite que una persona tome, cuando está en contacto con el sufrimiento. Confíe en esa capacidad compasiva que todos los seres humanos tenemos y no abandone ni al paciente ni a la familia cuando están al final de la vida.

Paso 2

Intervención: realice con el paciente (si clínicamente el paciente está en condiciones adecuadas) y/o con el familiar un plan de decisiones anticipadas. Este incluye ejecutar una serie de pasos de manera organizada, para explicar la situación clínica actual del diagnóstico y pronóstico, evitando el lenguaje técnico que dificulta la comprensión de lo que está pasando. Posteriormente, plantee las opciones de manejo posible: manejo en domicilio por un equipo con formación en cuidados paliativos si hay la disponibilidad, o manejo en el hospital. Explique porque el paciente no es candidato a cuidados intensivos y que la mejor opción es ofrecerle cuidados paliativos, para un buen morir.

Explique en qué consisten los cuidados paliativos y dé la tranquilidad al paciente o cuidador, reiterando que siempre va a tener cuidados y soporte en estos momentos. Permita que la persona aclare todas sus dudas y tome una decisión consciente de lo que va a suceder. Haga un resumen de lo conversado en el plan de toma de decisiones anticipadas. Una vez haya establecido un plan de manejo teniendo en cuenta las decisiones anticipadas, infórmelo de la manera más clara posible. Los aspectos a tener en cuenta son cuatro:

1. Explique los síntomas que es posible que el paciente presente y cuál es el manejo no farmacológico y farmacológico que se va a dar para aliviarlos. Incluya la posibilidad de requerir sedación paliativa. Este es un momento muy apropiado para solicitar el consentimiento informado, por si es necesario hacer el procedimiento de sedación.
2. Mencione quién y cómo va a acompañar emocionalmente a la persona enferma. También informe la mane-

ra en que el cuidador puede acompañarlo emocionalmente. Si es presencialmente o por medio de tecnologías de información y comunicación como videollamadas. Asegúrale que va a estar en contacto permanente con la persona enferma, para que se puedan despedir y que va a tener información oportuna por parte del equipo de salud. Informe los horarios para esto y la persona encargada. Esto debe estar previamente definido al hacer el procedimiento de final de vida con su equipo de trabajo.

3. Comunique como va a recibir apoyo espiritual el paciente en la medida que lo desee.

4. Converse sobre los pasos a seguir cuando el paciente fallezca. Esto incluye qué pasará con el cuerpo, que honras fúnebres están permitidas y cuál es el apoyo que va a recibir la familia durante la etapa de duelo.

Por último, informe que esto hace parte del procedimiento que el hospital o la clínica ha establecido para el acompañamiento de las personas en final de vida. Si su institución no cuenta con uno, es indispensable que lo establezcan, hable con el directivo que corresponda para que lo realicen.

Paso 3

Evaluación: es indispensable que usted se asegure que la persona ha comprendido la información suministrada. Se sugiere entregar por escrito el proceso de acompañamiento que tiene la institución. Evalúe diariamente las modificaciones que hay que hacer al plan de manejo establecido, de acuerdo a la evolución del paciente e informe todo oportunamente al cuidador.

Bibliografía consultada:

1. Guan WJ, Liang W-H, Zhao Y, Liang H-R, Chen Z-S, Li Y-M, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. *Eur Respir J* [Internet]. 2020 May 14;55(5):2000547. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32217650>
2. Ioannidis JPA, Axfors C, Contopoulos-Ioannidis DG. Population-level COVID-19 mortality risk for non-elderly individuals overall and for non-elderly individuals without underlying diseases in pandemic epicenters. *Environ Res* [Internet]. 2020;188:109890. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013935120307854>
3. Tejeda Dilou Y. La familia como agente terapéutico en los cuidados paliativos . Vol. 15, MEDISAN . scielocu ; 2011. p. 197-203.
4. Rokach A. Caring for those who care for the dying: coping with the demands on palliative care workers. *Palliat Support Care*. 2005 Dec;3(4):325-32.
5. Huenchuan S. COVID-19: recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos. *Com Económica para América Lat y el Caribe* [Internet]. 2020;(LC/MEX/TS(2020-04-06):1-27. Available from: www.cepal.org/apps
6. Krikorian A. Recomendaciones para abordar conversaciones emocionalmente intensas y no morir en el intento Adaptado del Protocolo Buster (Baile et al.) por Universidad Pontificia Bolivariana (Medellin, Colombia)
7. Kunz R, Minder M. COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. *Swiss Med Wkly*. 2020 Mar;150:w20235.
8. Montero-Odasso M, Goens SD, Kamkar N, Lam R, Madden K, Molnar F, et al. Canadian Geriatrics Society COVID-19 Recommendations for Older Adults. What Do Older Adults Need To Know? *Can Geriatr J* [Internet]. 2020 Mar 1;23(1):149-51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32269670>
9. Gardner W, States D, Bagley N. The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care. *J Aging Soc Policy* [Internet]. 2020 Jul 3;32(4-5):310-5. Available from: <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1750543>

3

CAPITULO 3 PSICOSOCIAL



Necesidades psicosociales en pacientes diagnosticados por COVID-19

María Castellón Pardo

Psicóloga. Máster en Psico-oncología. Máster en Cuidados Paliativos.
Presidente Red Nacional de Atención Psicosocial en Oncología y Cuidados Paliativos (REPSOCUP)

La situación de los pacientes diagnosticados con COVID-19 que se encuentran en fase final de vida y de pacientes con otras enfermedades crónicas, puede hacer que las respuestas de por sí usuales, como la pérdida de sensación de control, preocupación, estrés, ansiedad y/o depresión se vean exacerbadas. Adicionalmente, factores como el aislamiento y la imposibilidad de acompañamiento presencial por parte de la familia, pueden aumentar el malestar emocional de manera significativa. Debido a lo anterior, cobran especial importancia los cuidados paliativos y el apoyo psicosocial como parte fundamental de estos, en la medida que contribuyen a aliviar el sufrimiento.

En ese sentido, todos los miembros del equipo de atención, independiente de su experticia o especialidad, deberán involucrarse en el cuidado paliativo. Para contribuir al reconocimiento de la dignidad de la persona, adoptando una visión compasiva y empática con las particularidades de cada uno y del contexto mismo de la pandemia. A continuación, se encuentran algunos lineamientos básicos para facilitar la identificación y atención de necesidades psicosociales durante la emergencia sanitaria actual.

Evaluación general

- **Indagar sobre el estado emocional:** realizar preguntas abiertas que permitan entender cómo se encuentra la persona y sus posibles causas (emociones, preocupaciones, miedos, otros pensamientos).
- **Esclarecer cuáles son los deseos o preferencias:** en caso de que su estado de salud empeore, es recomendable identificar si tiene creencias culturales, personales o espirituales que puedan tener un impacto en el cuidado.
- **Preguntar si hay algo que se pudiera hacer:** para ayudar a sentir alivio a nivel emocional. Asegurarse de que ha entendido cuáles son los principales deseos, necesidades o preferencias del paciente, a través de estrategias de parafraseo (resumir lo que el paciente o la familia ha dicho en otras palabras para confirmar si fue eso lo que la persona quiso decir).

Atención de necesidades puntuales

Los deseos, preferencias y necesidades de la persona merecen ser atendidos en la fase final de vida. Sin embargo, debido al contexto del COVID-19 los recursos y condiciones para lograrlo pueden verse altamente limitados. En ese sentido:

- Si la solicitud puede ser atendida, proceder según sea el caso.
- Si por el contrario la necesidad no puede ser atendida como lo desea el paciente, ofrecer alternativas que puedan suplir parcialmente lo manifestado por el paciente.
- En todo caso, asegurarle a la persona y a su familia que cuenta con todo un equipo a su disposición que va a hacer todo lo posible para aliviar su sufrimiento y que no será abandonado por ningún motivo (recordar que la sensación de abandono puede incrementarse por la condición de aislamiento).

Medidas básicas

Las siguientes medidas se consideran básicas para ayudar a disminuir el malestar. Las siguientes medidas se

consideran básicas para ayudar a disminuir el malestar emocional y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida, en fase final de vida durante la pandemia por COVID-19:

1. Trato humanizado y contención emocional:

- ✎ En todo momento mantener un tono amable, calmado y lo más cordial posible.
- ✎ Ser empático y compasivo para transmitir a la persona que le comprende (o intenta comprender al máximo su situación).
- ✎ Validar lo que el paciente o la familia expresan, manifestando que lo que dicen es válido y que se entiende que es una situación compleja, evitando juicios de valor.
- ✎ Como se mencionó anteriormente, recordar constantemente que la persona seguirá siendo cuidada y acompañada por el personal de salud durante todo el proceso.
- ✎ Evitar lenguaje técnico, hablar de manera clara y de la manera más sencilla posible.
- ✎ Apoyarse en la experticia de los especialistas en cuidado paliativo, tanto para que intervengan cuando sea posible, como para entrenar al resto del equipo en este tipo de acompañamiento.

Información:

- ✎ El contar con la información pertinente puede ayudar a reducir el nivel de incertidumbre y aumentar la sensación de control. Debe realizarse de manera presencial con el paciente (siempre que sea posible) y con la familia (cuidador o familiar autorizado para acompañamiento presencial cuando sea posible o mediante contacto telefónico cuando las visitas hayan sido restringidas).
- ✎ Expresar a la persona y asegurarse de que entiende dónde está, el motivo, quién es usted y cuál es su rol dentro del equipo.
- ✎ Brindar información sobre el plan de manejo.
- ✎ Ofrecer actualizaciones sobre la evolución del paciente. Explicar la regularidad con las que se emitirán las comunicaciones y el medio designado. Si se dará un número telefónico para que la familia se comunique con el personal de salud, prever que por el volumen de pacientes puede dificultarse la atención rápida de la misma.
- ✎ Cuando sea posible ofrecer materiales educativos que los pacientes y familias puedan consultar.

Contacto social:

- ✎ Con el fin de mitigar el impacto del aislamiento social, debe procurarse que el paciente pueda mantener el contacto con familiares y personas que sean significativas.
- ✎ Ofrecer la posibilidad de un acompañante designado cuando sea posible.
- ✎ Implementar el uso de herramientas tecnológicas para la realización de llamadas o videollamadas siempre que sea posible. Si el paciente puede acceder de manera autónoma, permitirlo. Si se encuentra limitado, disponer de los medios para que pueda comunicarse. Es deseable que el contacto pueda darse cada vez que el paciente quiera, sin embargo, esto no es siempre posible, por lo que es conveniente programar un horario de llamadas.

Necesidades espirituales:

Este ítem será desarrollado en el capítulo correspondiente de la presente guía.

Finalmente, es importante entender que las necesidades pueden ser múltiples. Cada profesional y equipo debe esforzarse por hacer todo lo que esté a su alcance, teniendo presente a la vez sus propias limitaciones, para evitar frustrarse cuando la situación excede sus capacidades. En todo caso, la actitud empática y compasiva hará una diferencia importante y contribuirá al alivio del paciente.

Bibliografía consultada:

1. 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* [Internet]. 2020 Apr 23;55(4):2000815. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32269090>
2. Waldman E, Glass M. A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises [Internet]. Oxford, UK: Oxford University Press; 2019. Available from: <https://oxford-medicine.com/view/10.1093/med/9780190066529.001.0001/med-9780190066529>
3. Arya A, Buchman S, Gagnon B, Downar J. Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives. *C Can Med Assoc J = J l'Association medicale Can.* 2020 Apr;192(15):E400-4.
4. Etkind SN, Bone AE, Lovell N, Cripps RL, Harding R, Higginson IJ, et al. 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* [Internet]. 2020/04/08. 2020 Jul;60(1):e31-40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32278097>
5. Radbruch L, Knäuper 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 (London, England)* [Internet]. 2020/04/22. 2020 May 9;395(10235):1467-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32333842>
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in collaboration with NHS England and NHS Improvement. Managing COVID-19 symptoms (including at the end of life) in the community: summary of NICE guidelines. *BMJ*. 2020 Apr;369:m1461.
7. Respecting Choices. Proactive Care Planning for COVID-19 What matters most to you matters to us. 2020 p. 4.
8. Borasio GD, Gamondi C, Obrist M, Jox R, Ch FTC-TFOR. COVID-19: decision making and palliative care. *Swiss Med Wkly*. 2020 Mar;150:w20233.
9. Ferguson L, Barham D. Palliative Care Pandemic Pack: A Specialist Palliative Care Service Response to Planning the COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Jul;60(1):e18-20.
10. Adams C. Goals of Care in a Pandemic: Our Experience and Recommendations. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Jul;60(1):e15-7.
11. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Mar 6;17(5):1729. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32155789>

Acompañamiento en el proceso de duelo por fallecimiento ante la pandemia de COVID-19

Ps. Mateo Bernal

Psicólogo

Candidato a Magister en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad de Los Andes.

Un aspecto innegable de la situación actual, es que la presencia del COVID-19 ha modificado la forma en la que se produce y procesa el duelo. En términos generales, el duelo abarca un proceso de numerosas respuestas emocionales, cognitivas y conductuales con relación a la pérdida de un ser querido con el que se tenían ciertos lazos o vínculos. El duelo es tan amplio, que también puede presentarse ante distintas pérdidas de elementos significativos para la persona. Por lo tanto, para centralizar lo anterior, el presente texto tiene el objetivo de profundizar en el duelo producido por el por fallecimiento a causa de COVID-19. Así, se presentarán ciertas estrategias que un profesional en salud sin entrenamiento previo en el tema, puede utilizar para acompañar aquel proceso de duelo.

El duelo se presenta como un proceso normal para todos cuando hay una pérdida. Sin embargo, cuando estas respuestas se perpetúan en el tiempo, generando interferencia en la vida cotidiana de la persona, se debe hablar de un duelo prolongado o complicado, que requiere manejo especializado. Entonces, vale la pena preguntarse ¿de qué depende tener un proceso de duelo normal que no lleve a un duelo prolongado? Aunque no hay una única respuesta frente a este cuestionamiento, es relevante tener en cuenta que, el proceso de duelo implica una experiencia singular en la que influyen varios factores que van desde la fuerza de ese lazo o vínculo con la persona fallecida, hasta el contexto en el que se produce. Frente a este último punto, la pandemia del COVID-19 y sus consecuencias económicas, políticas, comunitarias y familiares, tienen repercusiones considerables en los procesos de duelo.

Entre las situaciones que se están presentando en estos momentos y que afectan los procesos de duelo se destacan: el distanciamiento social que no permite acompañar a la persona que va a fallecer, por lo que las estrategias de comunicación verbal y no verbal, especialmente el tacto y la presencia de las personas no será posible por el riesgo al contagio. Algunos de los pacientes estarán aislados y solo contarán con la presencia del equipo médico para el control de síntomas o con un solo familiar según el diagnóstico y el lugar en que se encuentre. Todos los actores involucrados presentarán una constante incertidumbre, miedo y ansiedad al considerar que la pérdida será enorme. Habrá cambios en estrategias de duelo social tradicionales que son esperables, puesto que los funerales, entierros y reuniones presenciales por la pérdida no están permitidos. Finalmente, dado que la recomendación para el manejo del cuerpo es la incineración, su ausencia para los rituales fúnebres puede generar cuestionamientos en los familiares sobre si existe una pérdida real o no de su ser querido, así la evidencia diga lo contrario.

Por lo anterior, se hace indispensable que los profesionales en salud, acompañen estas situaciones difíciles en el paciente cuando sea posible, pero principalmente en sus familiares, en quienes la disrupción de la muerte permanecerá en el tiempo. Es importante entender que, más allá de ciertas etapas conocidas sobre el duelo, el profesional en salud puede explicar a la persona en duelo, que puede permitirse sentir tristeza, culpa o rabia, oscilando entre la pérdida y la incorporación a la vida cotidiana, como volver al trabajo. En la medida en que la persona sea capaz de alcanzar un balance entre esos dos aspectos, logrará tener un proceso de duelo normal y saludable, en el que se reduzca la posibilidad de un duelo prolongado.

Es importante tener presente el momento en el que se encuentra el paciente, ya que esto implicará diferencias en la forma de hacer el acompañamiento. Pero, ¿Por qué hacer esta distinción? porque la experiencia en cuidados paliativos demuestra que son abordajes distintos que convergen en un mismo objetivo: atender las necesidades del paciente y su familia, acompañarlos a identificar y gestionar sus recursos, aceptar la realidad de la pérdida y hacer lo posible por prevenir un duelo prolongado. Por ende, antes que el paciente fallezca, el apoyo se enfocaría en facilitar el duelo anticipado mientras que, cuando el paciente ya ha fallecido, se haría un abordaje desde el duelo como tal.

A partir de lo anterior, se presentan algunas acciones sencillas al alcance de todos los profesionales de salud, para hacer abordaje y acompañamiento durante el duelo.

Tabla 1. Recomendaciones para el acompañamiento a familiares y pacientes.

Elementos a tener en cuenta	Duelo anticipado (antes de que la persona fallezca)	Duelo (después de que la persona haya fallecido)
Explorar	Indagar si está preparado para la pérdida. Es distinta la visión de una persona que la muerte como una posibilidad, a una que la niegue.	Indagar por la causa de mayor nivel de malestar. Por ejemplo, creer que tenía temas pendientes con la persona fallecida o tristeza por no poder despedirlo.
Explicar el estado del paciente y qué significa el duelo	Comunique al familiar la muerte del paciente o la posibilidad de que ocurra: sea honesto con la información y empatice con las respuestas emocionales que pueda presentar, al usar frases como: “tómese su tiempo”, “entiendo que se pueda sentir triste”, “es una situación muy difícil ¿le puedo colaborar con algo?”	
Guiar y apoyar estrategias de comunicación si el centro de atención lo permite	En lo posible, facilitar la comunicación del paciente con su familia. Utilizar recursos electrónicos como celulares o tablets. Leer cartas al paciente de sus familiares. Comunicar mensajes entre ellos de forma indirecta. Dejar objetos preciados en la habitación, entre otros.	Tras la pérdida, buscar que el familiar se conecte con su red de apoyo por medio del teléfono o recursos electrónicos. Fomentar que en esos escenarios pueda expresar sus emociones y encontrar ayuda para la planeación de situaciones futuras como los rituales.
Preparación de rituales para hacer real la pérdida	Ayudar a dejar mensajes de despedida al paciente como reproducir un audio o música significativa. Vincular con servicios espirituales y propiciar la aceptación de esta situación, al comentar procesos de anticipación como “vendrán reacciones emocionales difíciles”	Promover la posibilidad de despedidas por medio de reuniones virtuales, uso de redes sociales con familiares. Utilizar estrategias simbólicas como escribir una carta, grabar un video, destinar un espacio de la casa para el recuerdo, orar, agradecer por las experiencias, etc.

El elemento más destacable, es la posibilidad de comunicación familiar-paciente en tiempos de pandemia. Sea de forma directa o indirecta, bajo las medidas de bioseguridad establecidas en los centros de salud. Por tanto, hay que fomentar en los familiares acciones de autocuidado, como actividades de higiene personal, alimentación y sueño. Evitar conductas como el consumo de sustancias, mantener comunicación con la red de apoyo y tener momentos de desconexión de la pérdida, como retomar algunas actividades de la vida cotidiana, entre otras. Esto permitirá construir una nueva vida después de la pérdida. Es muy importante promover estrategias de humanización frente a un tema tan complejo como lo es el duelo en tiempos de pandemia.

Bibliografía consultada:

1. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry* [Internet]. 2009 Jun;8(2):67-74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19516922>
2. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) [Internet]. 5ta ed. Editorial Médica Panamericana, editor. 2018 [cited 2020 Jul 7]. 990 p. Available from: <https://www.medicapanamericana.com/co/libro/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-incluye-version-digital>
3. Díaz Facio lince VE. La escritura del duelo [Internet]. 1ra ed. Ediciones Uniandes y Universidad Eafit, editor. Bogotá; 2019 [cited 2020 Jul 7]. 1-279 p. Available from: <https://uniandes.edu.co/es/publicaciones/libro-escritura-duelo-victoria-eugenia-diaz-facio-lince>
4. Rao S, Sunder P, Spruijt O, Leng M, Venkateswaran C. Grief and Bereavement in COVID-19 - Algorithm 7. In: Task Force in Palliative Care (PallicovidKerala), editor. E-book on Palliative Care Guidelines for Covid-19 Pandemic. 1ra ed. Kerala; 2020. p. 37-9.
5. Mitima-Verloop HB, Mooren TTM, Boelen PA. Facilitating grief: An exploration of the function of funerals and rituals in relation to grief reactions. *Death Stud*. 2019 Nov;1-11.
6. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *Omega*. 2010;61(4):273-89.
7. Coelho A, de Brito M, Teixeira P, Frade P, Barros L, Barbosa A. Family Caregivers' Anticipatory Grief: A Conceptual Framework for Understanding Its Multiple Challenges. *Qual Health Res*. 2020 Apr;30(5):693-703.
8. Guinot, José Luis; Cuesta, Manuela; Farriol V, Postigo-Zegarra S. Duelo Anticipado Y Sentido. *C Psicobioquímica* [Internet]. 2019;1-11. Available from: http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/numero_6/dueloprevio1.pdf
9. Barbancho M de la M, Jiménez A, Silva Á, Vialáslucia. Covid-19: guía para familiares en duelo. 1ra ed. COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL, editor. Colegio Oficial De Psicología De Andalucía Occidental. Sevilla; 2020. 4-24 p.
10. Alarcón E, Cabrera C, García N, Montejó M, Plaza G, Prieto P, et al. Guía para las personas que sufren una pérdida en tiempos del coronavirus (COVID-19). 1ra ed. KOMOREBI, editor. 2020.
11. Wang SSY, Teo WZY, Yee CW, Chai YW. Pursuing a Good Death in the Time of COVID-19. Vol. 23, *Journal of palliative medicine*. United States; 2020. p. 754-5.
12. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Jul;60(1):e70-6.
13. Ingravalló F. Death in the era of the COVID-19 pandemic. *Lancet Public Heal* [Internet]. 2020 May;5(5):e258. Available from: <https://europepmc.org/articles/PMC7270737>
14. Larroy C, Estupiñá F, Fernández-Arias I, Hervás G, Valiente C, Gómez M, et al. Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias Psicológicas del brote epidémico de Covid-19 en la población general. Madrid; 2020.

Acompañamiento espiritual a pacientes y familias

Jorge Espinel

Reverendo

Maestría en Divinidad

Ministro ordenado en la tradición Unitaria

Profesional de Cuidado Espiritual certificado por la Asociación de Cuidado Espiritual de los Estados Unidos.

Una manera de definir la espiritualidad es como “Conexión”. Conexión consigo mismo (significado, propósito de vida), conexión con otros, conexión con aquello que es sagrado (religión, Dios, Diosa, energía, naturaleza, etc.).

¿Qué es cuidado espiritual?

Cuidado espiritual es atender la conexión de nuestros pacientes y sus familias, con las cosas que son importantes y dan significado a su vida en los aspectos antes mencionados. La espiritualidad es una parte esencial del cuidado integral del paciente y su familia, por lo que, como profesionales de la salud, debemos encontrar maneras de responder a estas necesidades con respeto, aceptando la diversidad de creencias y acompañando sin imponer nuestras creencias y prácticas religiosas.

Para identificar intervenciones de cuidado espiritual adecuadas, el primer paso es tener una idea general de la historia espiritual y religiosa del paciente. La herramienta F.I.C.A. (Fe, Importancia, Comunidad, Acción) es una guía para obtener la información relevante y necesaria.

Una manera de iniciar la conversación para el uso de la herramienta, es situándola en el contexto del cuidado médico integral:

“Así como hacemos preguntas del aspecto físico y psicológico, nos gustaría saber un poco más acerca de su vida espiritual y/o religiosa para darle una mejor atención ¿me permite hacerle algunas preguntas?”

Para continuar se pueden hacer preguntas abiertas. Por ejemplo:

“¿La religión/espiritualidad son importantes para usted?”
“¿Cómo está su relación con Dios?”

En caso de una persona que no crea en Dios, podría formular la siguiente pregunta: ¿Cómo está su corazón hoy? para iniciar una conversación que le permita explorar las conexiones que dan significado a la vida de esa persona. En la tabla 1, se detallan los elementos de la herramienta FICA:

Tabla 1. Aspectos a valorar con la herramienta FICA:

Característica	Descripción
Fe	Una palabra más adecuada sería “creencias”. Es importante explorar cómo las creencias del paciente, afectan su bienestar y potencialmente su tratamiento ¿Las creencias son una fuente de esperanza o de miedo? ¿Fortalecen o debilitan?). Al indagar este aspecto debemos tener en cuenta que estas “creencias” pueden ser religiosas (católicos, cristianos, budistas, islámicas, entre otras) o no religiosas (ateas, agnósticas), y que al establecer la conversación debemos ser conscientes y respetuosos de la gran diversidad que existe en nuestra sociedad.
Importancia	No hay dos personas que practiquen o entiendan una religión o sistema de creencias de la misma manera. Esto depende de factores como la cultura, la experiencia y las costumbres personales. Nos interesa evaluar qué aspectos de la creencia o práctica son importantes para el paciente y su familia (oración, confesión, meditación), así como, qué puede estar extrañando el paciente por estar hospitalizado.
Comunidad	Es importante también, identificar el círculo de apoyo del paciente. Preguntas como: ¿Quiénes están presentes?, ¿Quiénes necesitan/deben estar presentes?, ¿Hay conflicto en ciertas relaciones/conexiones que estén preocupando al paciente?, ¿Cómo está la relación del paciente con el equipo médico que lo trata?, podrán ayudarle a construir una idea general de la situación actual del paciente.
Acción	Con la anterior información podemos llegar a tomar acciones concretas de cuidado espiritual en los tres ejes de conexión mencionados. La conversación y cuidado necesario que podamos ofrecer, para que el paciente y su familia tengan la confianza suficiente para hablar de su historia espiritual, es en sí misma, una intervención de cuidado espiritual y a veces, la más importante que podemos hacer. El interés genuino de asistir sin intención de evangelizar y darle al paciente la oportunidad de guiar la conversación/intervención, o detenerla en cualquier momento, son aspectos éticos importantes de toda intervención de cuidado espiritual.

Durante esta valoración, también es importante identificar las fortalezas y necesidades, pero también recursos efectivos de apoyo religioso o espiritual existentes en la vida del paciente y su familia. Por ejemplo, conexión a alcohólicos anónimos, sacerdote, pastor, Imam, Rabino, comunidad de fe, cadena de oración, prácticas espirituales. Dependiendo de lo identificado, podemos diseñar un plan de cuidado espiritual.

Además de evaluar las necesidades espirituales, también debemos ser conscientes de una posible crisis que esté causando dolor espiritual agudo. Algunas cosas que dicen los pacientes pueden indicar crisis espiritual por sufrimiento existencial ¿qué sentido tiene mi vida así? Por sentido de abandono de Dios/Deidad/otros ¿por qué estoy tan solo? ¿Por qué Dios se olvidó de mí? Por rabia contra Dios ¿por qué Dios se llevó a mi hijo? Por conflicto con el sistema de creencias, si Dios existe, ¿por qué permite esto?

En estos casos podemos ofrecer escucha activa y acompañar a la persona con preguntas guiadas en reflexión de la presencia y naturaleza de Dios, sabiendo que no tenemos respuesta para estas preguntas trascendentales, y que nuestra mejor opción de cuidado espiritual es sencillamente estar presentes. Si hay opción, explore la posibilidad de referir este paciente a un líder religioso de su comunidad de fe, o a un profesional de cuidado espiritual.

Algunas intervenciones que hacen parte del cuidado espiritual se listan a continuación:

Conexión consigo mismo: dar soporte en la elaboración de un plan de prácticas espirituales adaptadas al entorno hospitalario. Escucha activa que incluye atención completa a la conversación, atención a la comunicación no verbal, alentar la comunicación con palabras de refuerzo o aprecio y resumir o parafrasear. Reflexionar acerca de historia personal y sentido de significado y propósito. Facilitar algunos rituales religiosos (por ejemplo, misa en televisión). Asistencia en la documentación de valores personales y/o voluntades anticipadas.

Conexión con los otros: facilitar la comunicación y contacto con seres queridos. Ayudar a fortalecer la comunicación y relación de confianza con el equipo de cuidado. Identificar relaciones de apoyo. Realizar sencillos actos de hospitalidad.

Conexión con aquello que es sagrado: facilitar la comunicación con la comunidad religiosa y/o líder religioso. Facilitar el acceso a material religioso/espiritual como oraciones, instrucciones de meditación, cantos, sacramentos, biblias, rosarios, cuentas de meditación, estampas. Acompañar en reflexión sobre la naturaleza/presencia de Dios o lo sagrado para el paciente. Acompañar la exploración de aspectos de fe, compartir oración escrita, acompañar en oración, ofrecer una bendición.

Para finalizar, es importante recordar que en tiempos de crisis el autocuidado espiritual es esencial, porque de esa conexión con nuestro sentido de significado y propósito, depende nuestra habilidad de conectarnos con el otro, que es la base del cuidado espiritual. Se sugiere que cada profesional de la salud, haga un plan específico y práctico de autocuidado espiritual de acuerdo a las creencias, prácticas espirituales y necesidades personales. Orar, meditar, hacer yoga, reflexión diaria, conectarse con otros miembros del equipo, pasar tiempo con sus seres queridos, ir a misa o participar en otras actividades religiosas/espirituales, son algunas de estas prácticas.

Bibliografía consultada:

1. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care [Internet]. 4th ed. National Coalition for Hospice and Palliative Care, editor. 2018 [cited 2020 Jul 7]. 1-190 p. Available from: <https://www.nationalconsensusproject.org/>
2. Salas V. C, Taboada R. P. Espiritualidad en medicina: análisis de la justificación ética en Puchalski . Vol. 147, Revista médica de Chile . scieloccl ; 2019. p. 1199-205.
3. Marin DB, Sharma V, Powers R, Fleenor RD. Spiritual Care and Physicians understanding spirituality in medical practice [Internet]. HealthCare Chaplaincy Network - The Spiritual Care Association; 2017 [cited 2020 Jul 7]. p. 12. Available from: www.healthcarechaplaincy.org
4. The George Washington Institute for Spirituality and Health. FICA Spiritual Assessment Tool [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 7]. Available from: <https://smhs.gwu.edu/gwish/clinical/fica>
5. Spiritual Care Association. Code of Ethics [Internet]. HealthCare Chaplaincy Network. 2020 [cited 2020 Jul 7]. Available from: <https://www.spiritualcareassociation.org/code-of-ethics.html>
6. Puchalski CM, Ferrell B. Making Health Care Whole. Integrating Spirituality into Patient Care [Internet]. 1st ed. Templeton Press; 2010 [cited 2020 Jul 7]. 288 p. Available from: <https://www.templetonpress.org/books/making-health-care-whole>
7. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. J Palliat Med. 2009 Oct;12(10):885-904.
8. Hughes BP, Massey K, Bona L, Barnes MJD, Nash P, Hall EJ. The Chaplaincy Taxonomy: Standardizing Spiritual Care Terminology [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 7]. Available from: www.healthcarechaplaincy.orgwww.spiritualcareassociation.org

Gestión de redes psicosociales ante contingencia

Nathalia Gómez Benavides

Trabajadora Social de la Universidad del Valle.

Especialización en docencia universitaria-Universidad ICESI.

Equipo de cuidados paliativos pediátricos programa Cuidando de Ti Clínica Fundación Valle del Lili.

La emergencia sanitaria por la pandemia del coronavirus, ha implicado momentos catastróficos en la vida de las personas. Todo esto asociado a la incertidumbre por su propagación y la forma en que será tratado. Se visibiliza una problemática de salud pública, que moviliza diferentes ámbitos al ser una situación de riesgo, no solo para la salud física, sino también emocional y social. Estos aspectos requieren la evaluación integral de las personas a partir de su contexto, para identificar las necesidades susceptibles de intervención, que faciliten la adaptación al medio, para el manejo de su experiencia personal.

Esta contingencia implica pensarse en nuevas formas de relacionarse con el otro. De acuerdo a los planteamientos de Reyes, resulta necesaria la movilización de recursos materiales e inmateriales, de fácil acceso para el soporte de las necesidades básicas y vitales. Una de las principales tareas a nivel psicosocial es la movilización de las redes de apoyo; según Campos, la red constituye la dimensión espacio-temporal del sujeto y el tejido de vínculos que representa su sistema afectivo, entre los que se incluyen familiares, amigos, vecinos, compañeros, conocidos, entre otros. Personas que, ante una situación de dificultad están dispuestas a brindar apoyo y acompañamiento, manteniendo el contacto emocional y la construcción de un nuevo entorno en su proceso de atención en salud.

En ese sentido, Depiano y colaboradores referencian en la gestión psicosocial la importancia de abordar adecuadamente los determinantes sociales. Para impactar los resultados en salud, definir objetivos de cuidado, proporcionando a los pacientes y sus familias, apoyo emocional recursos necesarios, así como, espacios de educación para la toma de decisiones informadas, en relación con la atención y acompañamiento al final de la vida. Por su parte, Wolfe y colaboradores sugieren que las metas de cuidado contribuyen a mejorar calidad de vida, la experiencia y la satisfacción del paciente, para minimizar el impacto de la situación, promoviendo conductas de autocuidado durante la hospitalización y en casa.

¿Cómo me enfrento a esta situación?

- Reconozca quién necesita ayuda
- Reconozca cuáles son sus principales necesidades y cuáles son los medios para solventarlas
- Evalúe los recursos socioeconómicos
- Esté alerta a los signos y síntomas que presente el paciente, familiares y/o cuidadores
- Identifique las personas e instituciones a las cuales puede acceder
- Realice actividades que ayuden a interaccionar con el entorno
- Brinde asistencia alimentaria, si cuenta con esta posibilidad
- Gestión de transporte

Las redes psicosociales a las cuales se pueden acceder en tiempo de pandemia, abarcan instituciones de carácter público y privado, que brindan soporte para solventar las necesidades que se puedan presentar. Entre ellas, el sector protección (ICBF, Comisaría de familia), el cual se encuentra organizado para la movilización de recursos espaciales, familiares y económicos de la población pediátrica. El programa de Adulto Mayor y de Habitante de Calle de la alcaldía municipal, así como el apoyo de instituciones solidarias, entre las que se destacan: hogares de paso, fundaciones sin ánimo de lucro, centros religiosos, alcaldías municipales y funerarias. Es fundamental que la red de apoyo tenga la información actualizada del paciente con datos relevantes, para lograr vincularlo a los procesos que de este se generen, pues la claridad, certeza y veracidad de la información, mejoran la relación con las familias, así como la sensibilidad y habilidades interpersonales del informante.

Otra de las gestiones psicosociales que se debe procurar, es el soporte en situaciones de fin de vida. Al respecto, García y colaboradores aluden que la preparación de la familia para el final de la vida es de suma importancia, en tanto que ayudan a manejar la angustia, la sensación de pérdida de control y la impotencia por percibir que no pueden ayudar más a la persona enferma. Es vital generar condiciones de calidad de vida donde sea posible morir dignamente, humanizando el proceso en un ambiente respetuoso. Esto permitirá construir experiencias y relaciones; por lo tanto, permita espacios de despedida emocional, rituales simbólicos, contacto telefónico con la red de apoyo familiar y/o social. Verifique si la persona fallecida cuenta con auxilio funerario y en lo posible, gestione recursos económicos para traslado a lugares de origen.

Acompañar y movilizar ayudas es transcendental para el afrontamiento de la muerte. Es indispensable brindar información clara, pues en tiempos de pandemia resulta necesario el esfuerzo conjunto de profesionales de los diferentes sectores: pacientes, familias y comunidad en general.

Bibliografía consultada:

1. Reyes A. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. [Santiago de Cuba]: Escuela Nacional de Salud Pública; 2003.
2. Campos JF. Redes y el trabajo social. Taula Quad Pensam [Internet]. 1996;(UIB) 25-2:29-38. Available from: <https://www.raco.cat/index.php/Taula/article/view-File/244731/327758>
3. DePiano S, Frieman A. Making the Case for Social Workers as Integral Members of the Home-Based Palliative Care Team. Center to advanced palliative care. 2017.
4. Wolfe J, Hammel J, Edwards K. Easing of suffering in children with cancer at the end of life: Is care changing? J Clin Oncol. 2008;26(10):1717-23.
5. García Quintero X, Lasso Palomino RE, Sarmiento Guzmán MP. Cuidados de fin de vida en pediatría. Curso Contin Actual en pediatría. 2017;16(1):59-70.

4

CAPITULO 4 ATENCIÓN DOMICILIARIA



Atención domiciliaria en tiempos de pandemia

Karen de la Pava Muñoz

Enfermera-Experta Universitaria en cuidado paliativo.
Vivesalud Eje Cafetero SAS - Cuidado paliativo domiciliario- Manizales- Caldas

Paola Marcela Ruiz Ospina

Médico Geriatra, Cuidado Paliativos
Jefe del Servicio de Geriátrica y Cuidado Paliativo del SES Hospital de Caldas
Presidente de la Asociación Cuidados Paliativos de Colombia-ASOCUPAC

La nueva definición de Cuidados Paliativos dice: **“Los cuidados paliativos son los cuidados holísticos activos, de personas de todas las edades con graves sufrimientos relacionados con la salud, debido a enfermedades graves y especialmente a aquellos que se encuentran cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y cuidadores”**. Si lo pensamos, en este concepto prima el arte de cuidar, acompañar y jamás abandonar, lo que se torna difícil de cumplir ante la actual situación, en la que debemos evitar el contacto social, tomar distancia física de los otros y tener a muchos de nuestros pacientes crónicos en casa. Por lo que podría verse limitada la atención y el cuidado de aquellos que deben estar en domicilio.

Es por este motivo que la pandemia por COVID- 19 nos impuso un reto en la atención domiciliaria. Ese reto es adaptarnos a cuidar de nosotros mismos, sin descuidar nuestros pacientes y sus familias, a estar cercanos a 2 metros de distancia, a no permitir la muerte en soledad y a seguir a pesar del miedo. A continuación, compartimos algunos conceptos útiles para aquellos que, sin tener conocimientos de Cuidados Paliativos, tienen a esta población a su cargo:

➤ **Telemedicina, teleasistencia, tele apoyo:** vale la pena aclarar la importancia de este apoyo tecnológico en la atención, seguimiento y soporte de pacientes y familias en casa; pudiéndose por este medio, establecer contacto permanente entre el grupo a cargo. Los medios tecnológicos, según la disponibilidad y alcance para cada IPS domiciliaria, son la alternativa de establecer monitoria permanente de los casos sin exponer, ni a el equipo de salud, ni a las familias o pacientes.

➤ **Línea de atención 24h/7:** se deberá disponer de la posibilidad de una línea de atención 24/7 idealmente a cargo de Enfermera Jefe, con capacidad de despliegue hacia los médicos del programa (generales/especialistas). Este es el recurso más valioso en este momento, para permitir a pacientes y familias una opción de consulta permanente, no solo de los conceptos médicos, sino además del componente de gestión administrativa, referencia y contrareferencia de ser necesario.

➤ **Agendamiento priorizado:** en la medida de lo posible y según la situación clínica lo permita, se realizará atención por tele consulta, pero se priorizará la atención de aquellos pacientes en los que no sea posible posponer la visita domiciliaria por sus condiciones clínicas y/o psicosociales. Antes de realizar la visita en domicilio, se hará triage telefónico con relación a síntomas relacionados con COVID-19, del paciente y de las personas de su entorno, con el objetivo de extremar las medidas de protección, según las indicaciones definidas por la OMS con relación a los Elementos de Protección Personal.

➤ **Demanda inducida de la necesidad:** se deberá intensificar el contacto telefónico inducido por el grupo de enfermería. Se deben realizar llamadas periódicas a todos los pacientes del programa domiciliario, para conocer su situación y explicar las medidas a adoptar ante un empeoramiento de la condición clínica. Las llamadas se sugieren semanales y se hace énfasis en el deber de educar ante la situación de Pandemia.

➤ **Educación en autocuidado:** se establecerán los mecanismos con miras a educar a los cuidadores en domicilio, con el fin de preservar la salud del paciente y sus condiciones de calidad de vida. Se explicarán los signos de alarma para consultar a los servicios de salud, asociados a su enfermedad de base o a COVID-19. Se hará énfasis en cuidados de piel (lubricación, masajes), cambios de posición (horarios, movilización), ali-

mentación, ejercicios caseros y medidas de cuidado para evitar el contagio por el virus COVID-19.

🍃 **Reuniones de equipo multidisciplinario:** considerar la realización de juntas de equipo semanales de manera virtual, con el fin de analizar la situación general de los pacientes en domicilio, según las particularidades de cada grupo de población. Definir los tipos de intervención, grupal y/o individual a realizar, convirtiéndose en la bitácora de trabajo ante una situación cambiante como la actual.

🍃 **Intervenciones adicionales:** en el contexto actual, se deberá buscar el soporte de todo el equipo de apoyo por los medios tecnológicos o presenciales que logren mitigar el daño físico y emocional causado por la necesidad de confinamiento en casa. Es así como, se deberá planear la intervención psicosocial (psicología, trabajo social) dirigida al sostén emocional, intervenciones en duelo y apoyo familiar que generen herramientas para manejar la crisis y el miedo generalizado en situación de Pandemia. Los grupos de terapia física y respiratoria podrán buscar las opciones de seguimiento por medio de videos, llamadas y programas dirigidos desde la teleasistencia, en caso de no poder asistir de manera presencial. Lo más importante será no abandonar y no permitir que en tiempos de pandemia los pacientes crónicos, con alta carga de enfermedad, confinados en casa, estén sometidos a la carga de la situación actual y a los efectos colaterales de la no atención por miedo al contagio.

Finalmente, se debe mencionar la necesidad de establecer un sistema adecuado de referencia a las instituciones de tercer nivel, de ser necesario por complicaciones que no logren manejarse en casa, que permita el traslado seguro de los pacientes, sus familias y el personal de salud, no solo ante la sospecha o confirmación de COVID, sino también para aquellos pacientes que tienen un motivo de consulta diferente.

Bibliografía consultada:

1. International Association for Hospice and Palliative Care. Essential medicines in palliative care. World Health Organization. 2014.
2. González AG. Enfermería en Cuidados Paliativos [Internet]. 1ra ed. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011 [cited 2020 Jul 8]. 312 p. Available from: https://www.cerasa.es/libro/enfermeria-en-cuidados-paliativos_500001/
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Telesalud y Telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por Covid-19. Bogotá; 2020.
4. Roubaud-Baudron C, Forestier E, Fraisse T, Caillat J, de Wazières B, Pagani L, et al. Tolerance of subcutaneously administered antibiotics: a French national prospective study. *Age Ageing*. 2017 Jan;46(1):151-5.
5. Espinosa-Aranzaes ÁF. El rol de la enfermería en la pandemia del COVID-19. *Periódico Nova Et Vetera* [Internet]. 2020 Apr 14 [cited 2020 Jul 8];1. Available from: <https://www.urosario.edu.co/Periodico-NovaEtVetera/Salud/El-rol-de-la-enfermeria-en-la-pandemia-del-COVID-1/>

Abordaje del paciente con diagnóstico de infección por COVID-19, en el ámbito ambulatorio-domiciliario

Esperanza Rivas Barrios

MD. Especialista en medicina interna

Armando Alvarado K

MD. Especialista en Gerencia en Salud

INNOVAR Salud – Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria (ACIDS)

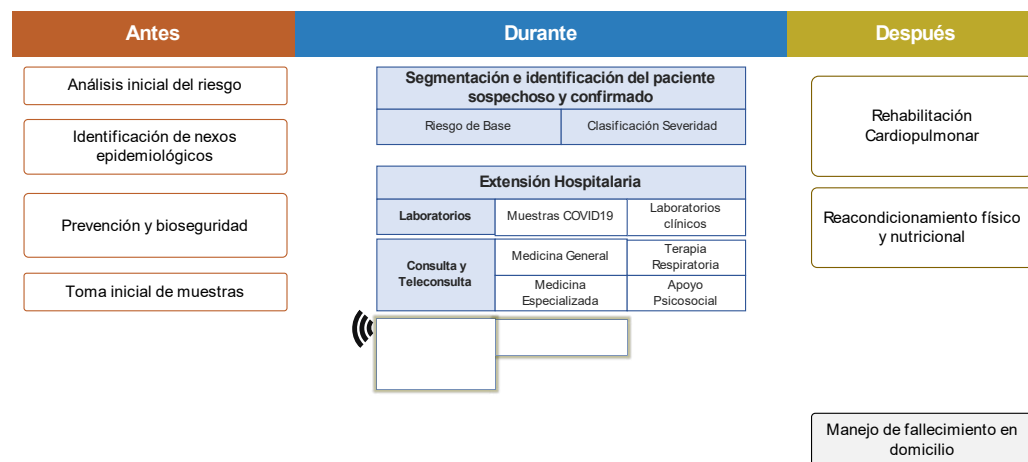
Del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) aún se conoce poco. Lo que sí se sabe, es que es una enfermedad ocasionada por un virus de RNA que causa enfermedad respiratoria de diversa gravedad, que va desde estar asintomático, o pasar por el resfriado común, hasta ser potencialmente grave con insuficiencia respiratoria y afectación sistémica. Es catalogado por la Organización Mundial de la Salud como una emergencia en salud pública de importancia internacional (ESPII).

Se estima que más del 80% de los pacientes con COVID-19 son asintomáticos o desarrollan una enfermedad leve. Aproximadamente el 14% presenta una enfermedad grave que requiere hospitalización y 5% requiere admisión en una unidad de cuidados intensivos. En los casos graves los pacientes pueden complicarse con síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis, choque séptico, insuficiencia renal, afectación cardíaca, falla multi sistémica, entre otros. Además de las medidas implementadas de aislamiento social, los protocolos de bioseguridad y de manejo intrahospitalario, debemos orientar unas pautas de manejo en los diferentes momentos del ciclo de atención ambulatorio y domiciliario de los pacientes infectados por el Covid-19.

Se presenta un enfoque general de atención ambulatoria y domiciliaria, basado en la escasa evidencia científica, la experiencia en diferentes países, los datos recolectados del comportamiento epidemiológico, las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y el tratamiento. Todo esto, con énfasis en la atención y seguimiento por telemedicina y asistencia domiciliaria, especificando los estadios, las fases establecidas para la atención y la detección temprana de síntomas y signos. De esta manera se puede detectar el compromiso sistémico de la enfermedad, indicar una conducta preventiva, diagnóstica y terapéutica temprana según el caso, así como la derivación a un nivel de atención de mayor complejidad cuando se requiera.

Los principales objetivos del enfoque de la atención están relacionados entre otros aspectos, con disminuir y racionalizar el uso de los servicios hospitalarios y de urgencias (con lo cual también se disminuye la exposición innecesaria a un mayor riesgo). Intervenir de manera oportuna en el domicilio al paciente de acuerdo con el nivel de riesgo y remitir tempranamente a una institución hospitalaria cuando el caso lo amerite. El modelo de atención considera como eje fundamental para su implementación, la participación de un equipo multidisciplinario responsable la atención integral del paciente (medicina, enfermería, terapia respiratoria, terapia física, psicología, nutrición); soportado en una historia clínica que articule las diferentes actividades realizadas en el paciente por cada una de las disciplinas que hacen parte del equipo de atención.

Para el abordaje del manejo domiciliario se plantean tres momentos de atención: antes de ser diagnosticado o confirmado (**“Antes”**), durante la fase de incubación o de manifestaciones clínicas (**“Durante”**) y el egreso hospitalario (en caso dado), o alta del proceso infeccioso, previamente confirmado por las pruebas moleculares (**“Después”**) (Figura 1).

Figura 1. Esquematación de los tres momentos del proceso de atención.

Durante el primer contacto con el paciente sospechoso, además de la toma inicial de la muestra para diagnóstico de COVID-19, se debe diligenciar la historia clínica que incluya como mínimo los antecedentes del paciente (para identificar comorbilidades, relacionadas en lista de chequeo o en el formulario de la Historia Clínica), revisión por sistemas (haciendo énfasis en todos los signos y síntomas asociados a la infección por COVID-19, mediante lista de chequeo) y el examen físico general que incluya saturación de oxígeno como otro signo vital.

De acuerdo con los hallazgos, se procederá a clasificar el riesgo del paciente identificando la severidad del cuadro clínico, teniendo en cuenta las escalas respectivas para la valoración temprana del estado clínico y compromiso respiratorio. Además, servirá de apoyo para definir el manejo ambulatorio u hospitalario y la mejor conducta terapéutica. Algunas de esas herramientas se listan a continuación:

- Escala de Advertencia Temprana (NEWS 2)
- Evaluación del riesgo de complicación y mortalidad con CURB-65 / CRB-65 (orienta la valoración del riesgo de mortalidad y el manejo ambulatorio u hospitalario)
- Escala CALL (valora la posibilidad de deterioro clínico)

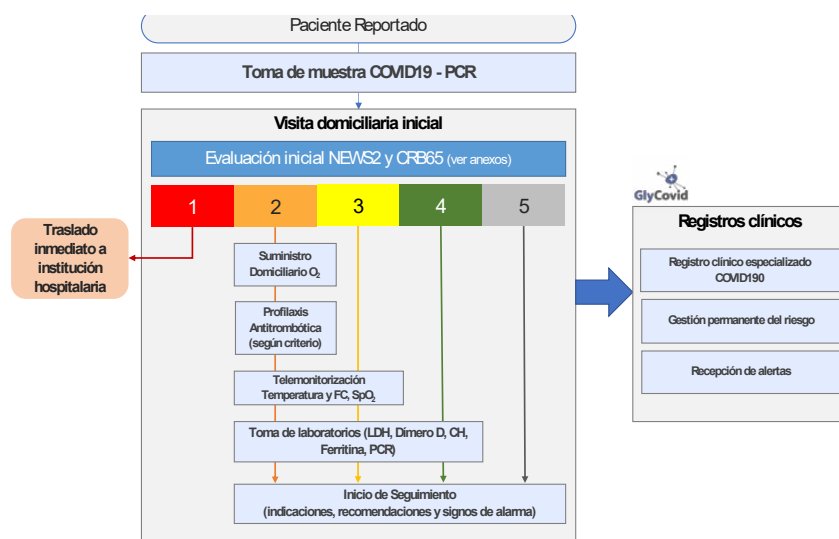
El análisis final, define una clasificación de intervención y de la conducta a seguir con el paciente (Figura 2).

Figura 2. Evaluación del riesgo con las escalas para definir la intervención.

Evaluación					
		NEWS2	CURB65	CRB65	CALL
1	Traslado urgente a centro hospitalario	≥ 3	≥ 4	≥ 3	≥ 10
2	Paciente en riesgo de descompensación	2	3	2	7-9
3	Paciente con riesgo moderado	1	2	1	4-6
4	Paciente con riesgo leve	0	≤ 1	0	≤ 5
5	Asintomático con Nexo (familiares, casos reportados)				

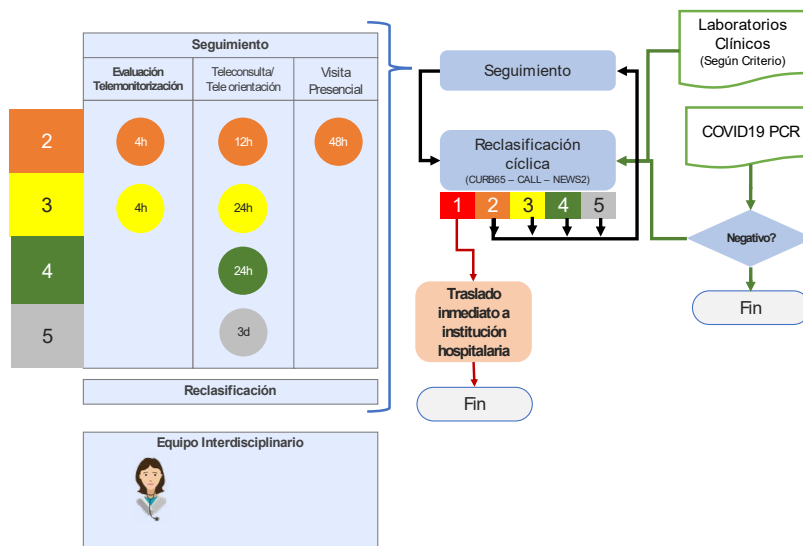
Una vez realizada la evaluación y clasificación del riesgo del paciente, se considera el manejo o conducta a seguir. Acorde con este primer abordaje, se recomienda que soliciten los siguientes exámenes de laboratorio: hemograma, PCR, BUN, DHL, Dímero D y Ferritina, en los pacientes clasificados en 2, 3 y 4 por la escala NEWS2 y/o CRB65. Adicionalmente, aquellos clasificados en riesgo 2 o 3, se les debe dotar de un pulsoxímetro para monitorización permanente. Los pacientes clasificados en riesgo 2 se les debe entregar un concentrador de oxígeno e iniciar profilaxis antitrombótica, si no existen contraindicaciones (Figura 3).

Figura 3. Intervenciones recomendadas en la visita inicial



A partir del abordaje inicial, a todos los pacientes se les programa seguimiento virtual (videollamada o llamada), con una periodicidad determinada por la clasificación del riesgo, que permite de acuerdo con la evolución y resultados de laboratorio clínico, reclasificar al paciente en cada seguimiento, con lo cual se revalora la conducta y manejo (Figura 4).

Figura 4. Flujo de atención y seguimiento de los pacientes.



Con la aplicación de las escalas de clasificación de riesgo (de las cuales, la escala CALL y la escala CURB65 deben ser valoradas con los reportes de laboratorio clínico), le permite al profesional orientar el proceso de seguimiento por telemedicina. Este análisis detecta cambios tempranos en la evolución del paciente y respalda la atención, definiendo una conducta precoz, minimizando el riesgo de exposición del profesional.

Apoyo en conceptos:

- 👉 Dra. Magaly de Acevedo de los Ríos. Médico Internista – Hematología
- 👉 Dra. Elsa Reyes Sanmiguel: Médico Internista – Reumatología
- 👉 Dr. Raúl Tarazona: Médico Internista - Neumólogo

Colaboradores:

- 👉 Dr. Carlos Augusto López
- 👉 Dra. Adriana Forero Hincapié

Elaborado por:

- 👉 Esperanza Rivas Barrios. Médico Internista
- 👉 Armando Alvarado K. Médico. Gerencia en Salud

Bibliografía consultada:

1. Asociación Colombiana de Infectología (ACIN). Resumen: Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud - Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. Infectio. 2020;24(3).
2. World Health Organization, Mission China Joint Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. Vol. 2019, The WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019. 2020 [cited 2020 Jul 9]. Available from: [https://www.who.int/publications/t/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/t/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19))
3. Valero-Cedeño NJ, Mina-Ortiz JB, Veliz-Castro TI, Merchón-Villafuerte KM, Perozo-Mena AJ. COVID-19: La nueva pandemia con muchas lecciones y nuevos retos. Revisión Narrativa. Kasmera. 2020;48(1).
4. Safari S, Mehrani M, Yousefifard M. Pulmonary Thromboembolism as a Potential Cause of Clinical Deterioration in COVID-19 Patients; a Commentary. Arch Acad Emerg Med [Internet]. 2020 Apr 19;8(1):e52-e52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32440663>
5. Zhao H-L, Huang Y-M, Huang Y. Mortality in Older Patients with COVID-19. Journal of the American Geriatrics Society. 2020.
6. Matthewson J, Tiplady A, Gerakios F, Foley A, Murphy E. Implementation and analysis of a telephone support service during COVID-19. Occup Med (Chic Ill) [Internet]. 2020 May 25; Available from: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa095>
7. Formigo Couceiro J, Juan García FJ, Alonso Bidegain M. Covid crisis 19. The challenge to take the final step to telerehabilitation TT - Crisis del covid 19. El reto para dar el paso definitivo a la telerehabilitación. Rehabilitacion [Internet]. 2020 May 14;10.1016/j.rh.2020.05.001. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32410752>
8. WHO. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. Who. 2020;(January):4-6.
9. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), GlaxoSmithKline. Webinar. GSK. Abordaje no farmacológico del paciente con SARS-CoV-2 y en paciente respiratorio en confinamiento domiciliario | separ [Internet]. SEPAR; 2020 [cited 2020 Jul 9]. Available from: <https://www.separaes/node/1805>
10. Olmos CE. Estrategias potenciales en la prevención y tratamiento de infecciones respiratorias virales [Internet]. Sociedad Colombiana de Pediatría. 2020 [cited 2020 Jul 9]. Available from: https://register.gotowebinar.com/register/8031900961511543821?fbclid=IwAR3frUeOgmIGShnpY-2AaLnkuW7aTypZbwkL-TR_z0S1MdePoD_NEgic_r4g
11. Mao L, Wang M, Chen S, He Q, Chang J, Hong C, et al. Neurological Manifestations of Hospitalized Patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective case series study. medRxiv [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 9];2020.02.22.20026500. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.02.22.20026500>
12. Redaccion Medica. Coronavirus Madrid: AP con triaje al llegar. Redacción Médica [Internet]. 2020 May 6 [cited 2020 Jul 9]; Available from: https://www.redaccionmedica.com/autonomias/madrid/coronavirus-madrid-primaria-triaje-atencion-telefonica-5463&utm_source=publicacionmedica&utm_medium=email&utm_campaign=boleti
13. Centro Cochrane Iberoamericana. El valor D-dímero está asociado a la gravedad de los pacientes con la COVID-19 [Internet]. Cochrane Iberoamerica. 2020 [cited 2020 Jul 9]. Available from: <https://es.cochrane.org/es/recursos/evidencias-covid-19/el-valor-d-dimero-está-asociado-a-la-gravedad-de-los-pacientes-con-la>
14. Lippi G, Favalaro EJ. D-dimer is Associated with Severity of Coronavirus Disease 2019: A Pooled Analysis. Vol. 120, Thrombosis and haemostasis. 2020. p. 876-8.
15. Ma D, Peng L. Vitamin D and pulmonary fibrosis: a review of molecular mechanisms. Int J Clin Exp Pathol [Internet]. 2019 Sep 1;12(9):3171-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31934161>

Atención psicológica en el domicilio: principales retos

Carolina Ángel Henao

Psicóloga

Especialista en Psicooncología

Máster en cuidados paliativos

Anteriormente, la atención domiciliar se reservaba principalmente a la medicina. El médico familiar atendía prácticamente todas las necesidades de salud que tenían las familias. Sin embargo, con el paso del tiempo, la ciencia y la tecnología avanzaron y los hospitales dejaron de ser sitios de atención de personas desamparadas, o de bajos recursos, para convertirse en centros de referencia y manejo especializado de diferentes enfermedades. Con lo que se logró aumento en la esperanza de vida, desplazando la atención domiciliar a un segundo plano. Disciplinas como la psicología y la psiquiatría fueron ganando terreno dentro del campo de la salud, siendo reservadas para intervenciones de tipo clínico exclusivos del consultorio o el hospital mental. El hogar vuelve a cobrar importancia en la actualidad. Nos enfrentamos a enfermedades crónicas, a la longevidad, a pacientes con incapacidad física, familiar, social o económica para salir de casa; lo cual ha obligado a las ciencias de la salud a volcar la atención en el domicilio.

La atención a domicilio **“son un conjunto de actividades que surgen del contexto de una planificación previa, desarrollada por profesionales y que tienen como objetivo proporcionar atención mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de un marco de plena corresponsabilización del usuario y/o familia con los profesionales, en el domicilio de aquellas personas, que debido a su estado de salud o a otros criterios no pueden desplazarse”**. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención domiciliar es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales.

Ahora bien, en cuanto a la atención psicológica domiciliar, podríamos afirmar que se trata de la adaptación de la psicología clínica tradicional de consultorio, llevada a las particularidades y comodidad del entorno íntimo del paciente, independientemente del enfoque teórico aplicado. Para tratar las necesidades emocionales, de personalidad y conducta del paciente, en su propio domicilio. Es entonces el psicólogo quien se desplaza al domicilio del paciente y realiza su intervención bajo todos los estándares de rigurosidad teórico-prácticas de la disciplina. El psicólogo realiza evaluación, diagnóstico e intervención de las necesidades del paciente y su entorno. En el domicilio del paciente, el psicólogo puede realizar intervención individual, familiar, de pareja o infantil, siempre que se ajuste a la práctica ética de su ejercicio.

En cuanto a la atención psicológica en el domicilio, podríamos afirmar que nos enfrentamos a diferentes desafíos que de una u otra manera pueden dificultar este tipo de atención como lo son:

- ☛ Las cambiantes formas de vida del ser humano.
- ☛ Las diferencias culturales que se hacen aún más arraigadas cuando el paciente se encuentra en su propio territorio como lo es su hogar y que, pueden dificultar el establecimiento del rapport y la empatía entre el paciente, su entorno y el psicoterapeuta.
- ☛ La falta de formación académica especializada en esta área que permita a los profesionales que la practican, adquirir mejores herramientas de intervención.
- ☛ Las creencias erróneas culturales en cuanto a la “informalidad de la atención en el domicilio y/o la carencia de rigurosidad científica”.

Aunque nos podemos enfrentar a estos retos, es importante hacer hincapié en las ventajas que nos ofrece la atención psicológica en el domicilio, las cuales nos permiten:

- ☛ Conocer de primera mano aspectos importantes propios del paciente y su entorno que nos brindan infor-

mación objetiva y más real.

- La consulta en el domicilio del paciente puede ser más cálida, amable, tranquilizadora y humanizada, lo cual favorece el desarrollo terapéutico propuesto.
- El psicólogo puede identificar aspectos del comportamiento, la personalidad y el entorno familiar del paciente que afloran espontáneamente.
- Mayor versatilidad y adaptabilidad del psicólogo hacia el paciente y su entorno, lo que favorece la adquisición de habilidades o mejora de la calidad de vida, alcanzando los objetivos clínicos de la terapia y favoreciendo la adherencia al tratamiento.

En los últimos meses, el mundo se ha visto enfrentado a los retos y dificultades que ha traído la pandemia del COVID-19. Este nos ha hecho reinventarnos en casi todas las formas de vida y convivencia a las cuales estábamos acostumbrados. Sin ir muy lejos, hasta la forma de llevar la atención asistencial en salud ha tenido que adaptarse y reajustarse. Ahora desplazarse al hospital es visto como última opción. La atención domiciliaria en todos los campos se ha transformado y se deben tomar una serie de medidas de bioseguridad y restricciones que aseguren la vida e integridad, tanto del paciente, como del personal de salud. Una de las maneras en las que la atención domiciliaria se ha transformado, es la telemedicina o telepsicología.

La telepsicología es **“el uso de las tecnologías de la información y la comunicación con el fin de proporcionar un servicio psicológico e información a corta y larga distancia”**, lo cual, en estos tiempos de pandemia, resulta ser absolutamente necesario para salvaguardar la salud mental de las personas. El enfrentar el aislamiento y la cuarentena que obligan a las personas a mantenerse en sus hogares, adaptarse al teletrabajo, estudio en línea, dificultades económicas, confinamiento, temor a ser contagiados, entre otras, puede llevar a que las personas desarrollen conductas ansiosas; se afecten sus estrategias de afrontamiento, disminuya su tolerancia a la frustración y aparezcan dificultades de adaptación, que lleven al desarrollo de trastornos mentales como la depresión o trastornos de ansiedad.

Nos enfrentamos al aumento de disputas al interior del hogar, maltrato infantil, violencia de género, abusos sexuales, entre otros, que deben ser atendidos de manera oportuna e inmediata por personal de la salud mental. Es importante tener en consideración los lineamientos que aporta el Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC) para brindar atención en programas de promoción y prevención de la salud mental, así como el accionar de estrategias psicoterapéuticas necesarias para atender las necesidades psicológicas de la población:

1. Los psicólogos profesionales que ejercen en el territorio nacional deben adoptar, promover y contribuir a implementar las medidas recomendadas por el Ministerio de Salud y demás autoridades sanitarias.
2. Tanto los psicólogos generales, como los especialistas en áreas como psicología de la salud, psicología clínica, psicología educativa, psicología de emergencias y desastres, psicología organizacional, psicología social y comunitaria, entre otras, poseen un acervo de conocimiento científico y de competencias profesionales, que deberían orientarse durante esta fase de la pandemia a promover y facilitar el cuidado y la gestión emocional en los distintos grupos poblacionales a los cuales tengan acceso.
3. En primer lugar, es fundamental promover un cambio de actitud en personas y grupos hacia el consumo de información veraz, que provenga de fuentes confiables y facilite la adquisición de conductas saludables. En particular, se debe promover la capacidad para que las personas adquieran una percepción objetiva del riesgo de infección y de su mortalidad.
4. Tener en cuenta que tres de los objetivos importantes de la gestión emocional en esta fase de la epidemia son: el manejo de la ansiedad “natural” ante la emergencia, la evitación de reacciones de pánico individual y colectivo, y el abordaje apropiado de las situaciones de distanciamiento social y de cuarentena, que hacen

parte de las estrategias para “aplanar la curva de la epidemia”.

5. Es importante no olvidar que la educación sobre el coronavirus con niños, niñas, adolescentes y personas vulnerables, deben ser adaptadas a su nivel de desarrollo intelectual y de comprensión.

6. Durante la epidemia, los psicólogos deben prepararse para entender e identificar las señales de burnout y de estrés traumático secundario que puedan afectarlos, para adoptar respuestas como la conformación o fortalecimiento de equipos de colegas, que faciliten el cuidado emocional de los integrantes del grupo. Para ello, es fundamental que el profesional de psicología que pretenda realizar atención psicológica mediante esta herramienta tenga presente los mínimos requeridos para su actuar, desde la ética en su práctica profesional.

7. Es importante que a la hora de realizar la consulta por tele psicología, el profesional tenga en cuenta aspectos como la privacidad, la veracidad de los datos y la información proporcionada por el paciente, el entorno que rodea la consulta, la eficiencia de la conectividad mutua, entre otros aspectos que puedan interferir con la dinámica de la sesión, el establecimiento del rapport y la empatía.

Más allá de los objetivos psicoterapéuticos que se plantee el psicólogo en sus intervenciones, es fundamental que se tengan en cuenta aspectos como generar alivio, aumentar los recursos o las estrategias de afrontamiento, promover la activación de los recursos positivos en el entorno del paciente, promover el equilibrio, secuenciar las demandas del paciente y realizar adecuado manejo de la intervención en crisis que lleve a facilitar el proceso de adaptación del paciente para mejorar su calidad de vida.

Para concluir, vale la pena ver como la psicología puede desplegar importantes acciones dentro de la sociedad, siendo tan adaptable a todos los requerimientos y retos que trae el mundo; siempre trabajando desde el marco de la rigurosidad teórico-práctica, ética y académica y trayendo soluciones para los retos que nos impone el mundo con situaciones cambiantes como lo ha sido la pandemia del COVID-19. Es de resaltar la importancia de la formación en estrategias clínicas no solo domiciliarias, sino también tecnológicas, para fortalecer las competencias de los psicólogos clínicos que nos enfrentamos día a día a los retos de un mundo cambiante como el nuestro.

Bibliografía consultada:

1. Suarez Cuba MÁ. Atención integral a domicilio. Rev Médica La Paz [Internet]. 2012 [cited 2020 Jul 9];18(2):52-8. Available from: http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010
2. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Manual de Visita Domiciliarias Mirando y Acompañando con Cuidado y Afecto [Internet]. Peru; 2014. Available from: <http://www.aprendiendoyayudanda.net/index.html#>
3. Consejo General de la Psicología. Guía para la práctica de la Telepsicología. Madrid: Consejo General de la Psicología; 2017.
4. Colegio Colombiano de Psicólogos. Cuidado y gestión emocional relacionada con la pandemia COVID-19 [Internet]. colpsic.org.co. 2020 [cited 2020 Jul 9]. p. 1. Available from: <https://www.colpsic.org.co/noticias/recomendaciones-a-los-profesionales-de-la-psicologia/2187>
5. Larroy C, Estupiña F, Fernández - Arias I, Hervás G, Valiente C, Gómez M, et al. Guía Abordaje Consecuencias Psicológicas Covid19 [Internet]. Madrid; 2020. p. 73.

Manejo del dolor crónico en domicilio en época de distanciamiento social

Martha Lucia Arquéz Roa

MD. Especialista en Anestesiología
Subespecialista en medicina del dolor y cuidados paliativos.
Clínica Integralgia
Barranquilla-Atlántico

La Asociación internacional para el estudio del dolor (IASP), define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial, que involucra el proceso fisiológico de estimulación de nociceptores junto al componente afectivo, lo que hace al dolor un fenómeno complejo.

En 2014 en una encuesta realizada a la población colombiana, se encontró que uno de cada 3 adultos reportó padecer dolor crónico, del cual 96.9% era no relacionado con cáncer. La mayoría de los participantes afirmó usar antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) para manejo del dolor y 3% de los participantes dijo consumir opioides débiles. Esto evidencia que, en Colombia, la prevalencia del uso de opioides para el manejo de dolor crónico es muy inferior a la reportada en otros países, como algunos de Europa donde puede llegar al 12%. En tiempos de pandemia, en los que se dificulta el acceso a centros de salud ambulatorios para recibir adecuada guía a través de la consulta externa, se hace necesario instruir a médicos no paliativistas sobre el manejo del dolor crónico en el domicilio.

Expertos coinciden en afirmar que el manejo debe ser multimodal, evitando en lo posible perjudicar al paciente y teniendo en cuenta el balance entre riesgo/beneficio a la hora de indicar tratamientos prolongados. Es esencial un estilo de vida sano a través del ejercicio físico, la buena alimentación, la fisioterapia y rehabilitación en casa, con las técnicas indicadas por un personal adiestrado. Así como, las técnicas psicológicas de relajación, la terapia cognitiva conductual y el biofeedback en quienes detectamos algún trasfondo emocional. A continuación, se comentan algunas consideraciones en el uso de medicamentos para el manejo del dolor:

Analgésicos

De las herramientas farmacológicas, con mucho, las más utilizadas son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y el paracetamol. Si bien este último no es la más potente de las opciones, si es la más segura. Su dosis se limita a 4 gramos al día por el riesgo de hepatotoxicidad, por lo que se sugiere no pasar de 2.5 gramos al día. El principal mecanismo de acción de los AINE es la inhibición de las ciclooxygenasas (COX) y por tanto de la producción de prostaglandinas (PG). El celecoxib, etoricoxib y parecoxib (éste último inyectable), han demostrado ser aproximadamente 10 veces más seguros a nivel gastrointestinal que los AINE no selectivos. Los AINE, deben utilizarse a la menor dosis posible y en el menor tiempo posible, procurando usar el menos tóxico, acorde con las necesidades de inhibición de COX-1/COX-2. Se sugiere utilizarlos en dolor agudo y de tipo somático o visceral. No deben usarse para manejo de dolor neuropático ya que no son de utilidad.

Analgésicos opioides

Los analgésicos opioides son adicionados a los AINE/paracetamol cuando no se obtiene suficiente alivio con estos. Su utilización en dolor agudo postoperatorio y en dolor por cáncer está bien fundamentada, así como su uso en el dolor crónico no oncológico. Pero pasando previamente por una evaluación clínica, con el fin de prevenir los problemas derivados de su uso inadecuado, como la adicción o los efectos adversos de la utilización crónica. El opioide prototipo es la morfina, derivado natural del opio, la cual sirve siempre de referencia al hacer conversiones con otros opioides. Los opioides débiles de uso común para manejo de dolor crónico domiciliario en Colombia son tramadol, codeína e hidrocodona y más recientemente el Tapentadol (opioide débil del receptor μ). El tramadol se encuentra en el mercado en presentación de gotas, cápsulas, tabletas de liberación prolongada e inyectable. Por su parte la codeína e hidrocodona, vienen asociadas a acetaminofén en las dosis recomendadas por la OMS.

Entre los opioides fuertes podemos contar con morfina, oxycodona, hidromorfona, fentanil, buprenorfina y metadona. Cabe mencionar que farmacológicamente la buprenorfina es un agonista parcial, pero a dosis clínicamente útiles se comporta como agonista puro. La nalbupina por su parte, es agonista sobre receptores kappa y antagonista sobre receptores mu, por lo que, aunque es igual de potente que la morfina, se prefiere evitar su uso. El tapentadol es otro opioide atípico, ya que posee actividad intrínseca sobre receptores mu pero también, es un inhibidor de la recaptura de noradrenalina, lo que hace que sea buena opción en pacientes con dolor somático y neuropático. La metadona es quizás el más atípico de los opioides, ya que además de ser un potente agonista del receptor mu, es un antagonista del receptor NMDA.

Los efectos adversos más frecuentes asociados al uso de opioides son, náusea, vómito, mareo, sedación, constipación, hipogonadismo y depresión respiratoria. La náusea y el vómito suelen autolimitarse al cabo de una semana de tratamiento, ya que se desarrolla tolerancia a este efecto con rapidez, pero en lo que ocurre, es imperativo administrar un antiemético eficaz. Algo parecido ocurre con el mareo y la sedación, siendo dosis dependientes. Con la constipación no se presenta tolerancia, por lo que el paciente debe mantenerse con manejo constante para el estreñimiento, que va desde abundantes líquidos orales y fibra hasta laxantes de varios tipos.

La depresión respiratoria es de particular cuidado en pacientes vírgenes a opioides y en los que se encuentran en los extremos de la vida, sugiriéndose iniciar con dosis bajas e ir incrementando paulatinamente. Se recomienda iniciar con un plan a corto plazo (semanas) para observar si el paciente tiene suficiente alivio del dolor, evitando los riesgos mencionados. Es importante realizar acuerdos con el paciente, para que se comprometa a no buscar opioides por otros medios, sugiriéndole estar en contacto estrecho con su médico y que en cualquier momento se someta a pruebas de niveles de opioides en orina.

Neuromoduladores

El uso de neuromoduladores como algunos antidepresivos y anticonvulsivantes, ha demostrado ser muy útil en patologías de dolor crónico, particularmente cuando presenta dolor neuropático. Uno de los más usados por los especialistas de dolor es la amitriptilina, cuyo mecanismo de acción es inhibir la recaptura de noradrenalina y serotonina, potenciando la inhibición descendente del dolor. Existen también inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS), se pensó que iban a ser efectivos y mejor tolerados, pero no fue así. Al estar la serotonina involucrada tanto en vías pronociceptivas como antinociceptivas, no se evidencio gran alivio del dolor con su uso. Cuando surgieron después los inhibidores de recaptura de serotonina-norepinefrina (IRSN) como la duloxetina, se volvieron a encontrar los efectos benéficos de los ADT y con mejor tolerancia.

Actualmente la duloxetina está indicada en el manejo de neuropatía diabética dolorosa, fibromialgia, dolor por osteoartritis de rodilla y en lumbalgia crónica. Además, los ADT se usan en varias patologías que presentan dolor neuropático, como la neuralgia por herpes y neuropatía diabética. De los anticonvulsivantes, son los gabapentinoides los más utilizados en tratamiento del dolor. Tanto la gabapentina, como la pregabalina modulan la subunidad $\alpha 2\delta$ de los canales de calcio, inhibiendo las vías pronociceptivas. Se utilizan prácticamente en todos los casos de dolor neuropático y su principal efecto adverso es somnolencia. La carbamazepina por su parte, sigue siendo primera línea de tratamiento en neuralgia del trigémino.

Bibliografía consultada:

1. Cifford L, Thacker M, Jones MA, Wall y Melzack. Tratado del Dolor [Internet]. 5ta ed. Stephen B. McMahon and Martin Koltzenburg, editor. Wall y Melzack. Tratado del Dolor. Londres: Elsevier; 2007 [cited 2020 Jul 9]. 1270 p. Available from: <https://www.elsevier.com/books/wall-y-melzack-tratado-del-dolor/9788481749496>
2. García-Andreu J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anest en México. 2017;29(1):77-85.
3. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de práctica clínica para el tratamiento con opioides en dolor crónico no oncológico en Colombia [Internet]. Bogotá; 2018. Available from: <http://www.iets.org.co/proyectos-en-curso/Documents/Alcance, objetivos y preguntas de investigación- dolor crónico 060718.pdf>
4. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Uso de opioides en el tratamiento del dolor. 1ra ed. TIPS Imagen y Comunicación 1967 C. A, editor. Manual para Latinoamérica. Caracas; 2009. 1-112 p.
5. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud-México. Tratamiento farmacológico del dolor neuropático en mayores de 18 años. Catálogo Maest Guías Práctica Clínica [Internet]. 2011;IMSS-441-1:1-53.

Teleconsulta un modelo para dar continuidad a la atención de paciente en cuidados paliativos en domicilio en tiempos de COVID 19

Carolina Muñoz Olivar

Enfermera, Magister en enfermería en cuidados paliativos

Lina Andrea Mejía Pérez

MD. Especialista en dolor y cuidados paliativos

Líder Programa de Cuidados Paliativos INNOVAR SALUD

Bogotá D.C.

Estamos viviendo momentos de gran incertidumbre frente a la pandemia por Covid-19. Es normal percibir una alerta constante frente a lo que está pasando, al aislamiento y al cuidado de las personas. Como resultado de esto, es posible que la ansiedad y el estrés aumenten. Por eso, es importante que tanto el paciente, su familia y sus cuidadores se sientan acompañados y seguros bajo una atención integral. En estos tiempos y principalmente a causa del distanciamiento social, se hace necesario buscar estrategias que nos permitan afrontar de forma segura estos retos. La telemedicina, utilizada desde el siglo XIX, pero poco demandada en nuestro sistema, surge hoy como una estrategia de apoyo más que de reemplazo al modelo de atención tradicional.

La telemedicina es un término y un ámbito de consulta desconocido para muchos de nosotros y a veces menospreciado. Más en el cuidado paliativo, en donde la comunicación no verbal, el contacto y el consuelo físico son tan importantes. No obstante, ante la necesidad hay que buscar respuestas y formas de adaptación, por lo anterior, iniciamos una búsqueda de la literatura para explorar que es la teleconsulta y cómo podríamos utilizarla en pro de nuestros pacientes y de los profesionales de la salud.

De acuerdo con la normatividad colombiana, la telemedicina es la forma de prestar un servicio de salud a distancia, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permite intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud. Incluye el uso de teléfonos para la interacción del paciente, la videoconferencia con reuniones de equipos multidisciplinarios y el correo electrónico. En la práctica profesional, la telemedicina es segura y eficaz en situaciones clínicas correctas. Algunas organizaciones prefieren usar el término Teleconsulta.

En instituciones como INNOVAR SALUD, hemos desarrollado un modelo de atención en el programa de Cuidado Paliativo, en el que se incorporó la teleconsulta como una forma eficiente, efectiva, eficaz y segura de estar cerca de los pacientes y sus familias, para lo cual se han diseñado los siguientes lineamientos:

- Aumento de la periodicidad y el tiempo del seguimiento telefónico, orientando la llamada según la evaluación de síntomas. Acorde a los resultados de la llamada, se prioriza la consulta virtual por el médico tratante. Este servicio tiene una disponibilidad permanente (24/7).
- Elaboración de guía de teleconsulta, con el fin de establecer la definición en el interior de la organización, el método de información de la comunicación, identificar la población susceptible, establecer los aspectos éticos, resaltar los beneficios de la modalidad de la atención y describir el servicio de teleconsulta.
- Elaboración de un esquema para orientar la teleconsulta según cada profesión; consejería espiritual, enfermería, medicina, nutrición, psicología, trabajo social, terapia del lenguaje, terapia física, terapia ocupacional.
- Desarrollo de un sistema de registro propio, el cual permite el registro de las valoraciones de todos los profesionales que hacen parte del equipo.
- Priorización de la teleconsulta. Se definieron criterios de priorización de la teleconsulta y adicionalmente se estableció un tiempo para la realización de esta.

- Priorización de valoración presencial. Se estableció una disponibilidad médica y de enfermería para valoraciones presenciales, siempre precedido por una valoración virtual, se define según la condición clínica del paciente.
- Subdivisión del equipo de cuidados paliativos en dos grupos; uno conformado por médico y enfermera y otro conformado por el equipo psicosocial, consejería espiritual, psicología y trabajo social. Esto con el fin de que, en el caso de requerir valoración presencial, se evalúa quien es el miembro del equipo más adecuado para que la realice. Así se ha logrado garantizar que no todos los profesionales se desplacen a los domicilios.
- Conformación de un equipo de cuidados paliativos para atención de los pacientes con Covid-19 por medicina general y enfermera profesional.
- Acompañamiento permanente por el equipo psicosocial. Primero se aumentó el personal de consejería espiritual y luego el equipo psicosocial. Consejería espiritual, psicología y trabajo social, realizan campañas de acompañamiento permanente, con el propósito de ayudar a los pacientes, familias y cuidadores a sobrellevar estos tiempos de pandemia.
- Evaluación periódica de los resultados con todo el equipo de cuidados paliativos a través de reuniones virtuales.

Sin duda alguna, no ha sido fácil el poder adaptarnos a nuestra consulta, pero poco a poco lo hemos ido logrando con una experiencia satisfactoria en proceso de construcción y ajuste, con un increíble compromiso del equipo interdisciplinario que nos llevara a un interesante modelo mixto de consulta.

Bibliografía consultada:

1. O'Cathail M, Sivanandan MA, Diver C, Patel P, Christian J. The Use of Patient-Facing Teleconsultations in the National Health Service: Scoping Review. *JMIR Med informatics*. 2020 Mar;8(3):e15380.
2. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1419 de 2010, Por la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia. [Internet]. Congreso de Colombia Colombia; 2010 p. 1–6. Available from: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley141913122010.pdf>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 2654 del 2019, Por la cual establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país [Internet]. 2019 p. 10. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 2654 del 2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%202654%20del%202019.pdf)
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 3100 de 2019 [Internet]. Republica de Colombia. 2019. p. 230. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3100 de 2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203100%20de%202019.pdf)
5. Correa-Díaz AM. Avances y barreras de la telemedicina en Colombia. *Rev la Fac Derecho y Ciencias Políticas*. 2017;47(127):361–82.
6. Schmitz CAA, Rodrigues Gonçalves M, Nunes Umpierre R, Da Silva Siqueira AC, Pereira D'Ávila O, Goulart Molina Bastos C, et al. Teleconsulta: nova fronteira da interação entre médicos e pacientes. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2017;12(39):1–7.
7. Harzheim E, Chueiri PS, Umpierre RN, Gonçalves MR, Siqueira AC da S, D'Ávila OP, et al. Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2019;14(41):1881.
8. Sociedad Española de Cuidados Paliativos -SECPAL, -AECPAL AE de E de CP. Recomendaciones para Profesionales de Atención Domiciliaria en Cuidados Paliativos. Madrid; 2020.
9. Carvajal A, Hibernik N, Duarte E, Sanz-Rubiales A, Centeno C. The Spanish version of the Edmonton Symptom Assessment System-revised (ESAS-r): first psychometric analysis involving patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2013 Jan;45(1):129–36.
10. Center to Advance Palliative Care. Demonstrating Palliative Care Value: During and After the COVID-19 Crisis [Internet]. Center to Advance Palliative Care. 2020 [cited 2020 Jul 9]. p. 1. Available from: <https://www.capc.org/covid-19/demonstrating-palliative-care-value-during-and-after-covid-19-crisis/>
11. Marrero Pérez M. Implicaciones éticas asociadas al uso de la Telemedicina. *Revista de Salud*. [Internet]. 2011 [cited 2020 Jul 9];7(28):6–10. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4204405&info=resumen&idioma=ENG>
12. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Guía de teleasistencia domiciliaria. Gob España [Internet]. 2011;60. Available from: http://www.oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/GUIA_DE_TELEASISTENCIA_DOMICILIARIA_Prog-Ib-def.pdf
13. Asociación Médica Mundial. Declaración de la AMM sobre la ética de la telemedicina [Internet]. 58a Asamblea General de la Asociación Médica Mundial. 2007 [cited 2020 Jul 9]. Available from: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-amm-sobre-la-etica-de-la-telemedicina/>
14. Aceros JC, Cavalcante MTL, Domènech M. Envejecer en casa con teleasistencia en España. Un análisis del discurso. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016;21(8):2413–21.



ASOCUPAC