



SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

PROGRAMA DE VOLUNTAD ANTICIPADA Y CUIDADOS PALIATIVOS

PRESENTA:

“RECOMENDACIONES PARA LA SUSCRIPCIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA EN PACIENTES CON COVID-19 Y COMORBILIDADES”

MAYO 2020



INDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
MARCO LEGAL.....	3
MARCO CONCEPTUAL.....	5
OBJETIVO.....	11
A QUIENES VAN DIRIGIDAS LAS RECOMENDACIONES.....	11
RECOMENDACIONES PARA LOS ASPECTOS BIOÉTICOS.....	11
ES POSIBLE BRINDAR SOPORTE PALIATIVO ANTE LA PANDEMIA.....	12
RECOMENDACIONES PARA LA SUSCRIPCIÓN POR PACIENTE.....	15
RECOMENDACIONES PARA LA SUSCRIPCIÓN POR REPRESENTANTE.....	18
OTRAS RECOMENDACIONES LEGALES.....	22
RECOMENDACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN COMPARTIDA DE LA ATENCIÓN DE MANERA ANTICIPADA.....	23
RECOMENDACIONES PARA LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS....	24
REFLEXIONES FINALES.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	26



INTRODUCCIÓN

En la actual situación de emergencia que atraviesa la Ciudad de México debido a la pandemia por COVID-19, donde la Jefa de Gobierno Dra. Claudia Sheinbaum el día 04 de mayo a las 19:30 horas reportó que en los hospitales públicos y privados, se tienen 2285 pacientes de los cuales, 870 personas intubadas y lamentablemente 499 decesos, en los últimos días el número de personas que se han hospitalizado aumento en un promedio de 150 pacientes diarios, por lo que los hospitales se encuentran en el 62% de su capacidad, recordemos que anteriormente detalló que los hospitales que están en un 90% de su capacidad son los institutos de alta especialidad de la Secretaría de Salud Federal, por otro lado la Secretaría de Salud ha reportado que la población que se ve más perjudicada por esta nueva enfermedad, son los casos con un diagnóstico preexistente de hipertensión, cardiopatías, o diabetes mellitus, aumentando la posibilidad de muerte.

Por su parte en la Ciudad de México, uno de los derechos, dentro de ellos el derecho a la salud donde abarca el soporte paliativo para el final del ciclo vital, está el derecho a manifestar los cuidados sanitarios y procedimientos médicos que llegando el momento se aceptan o rechazan, respetando el curso natural del proceso de morir.

Durante una emergencia sanitaria, como la de Covid-19, la mayor parte de la práctica médica cotidiana se subsume a la práctica de la salud pública. Es la salud pública la que cuenta con las herramientas necesarias para reorganizar todo el ámbito de la salud y hacer frente a la emergencia.

Por lo anterior es necesario delimitar cual es la población, que podría beneficiarse de soporte paliativo a través de la firma de una Voluntad Anticipada.

MARCO LEGAL

Declaración Universal de Derechos Humanos. Artículo 1º. Establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.

Artículo 2º. Toda persona tiene derechos humanos sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, posición económica, o de cualquier otra índole.

En la práctica de la salud pública lo anterior se traduce en un principio de trato justo y de no exclusión. Esto quiere decir, como está establecido en el artículo 12º del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que por principio todas las



personas son candidatas para recibir atención de la salud y a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental.

Artículo 1º Constitucional. En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece.

Artículo 4º Constitucional. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Artículo 73, fracción XVI bases 1ª y 3ª de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 1ra. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país;

3ra. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

Ley de Voluntad Anticipada para la Ciudad de México:

Artículo 1. Tiene por objeto establecer las normas para regular el otorgamiento de la voluntad de una persona con capacidad de ejercicio, para que exprese su decisión de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona.

Artículo 2.- Las disposiciones establecidas en la presente ley, son relativas a la práctica médica aplicada al enfermo en etapa terminal, consistente en el otorgamiento del tratamiento de los Cuidados Paliativos, protegiendo en todo momento la dignidad del enfermo en etapa terminal.

Artículo 6.- El Documento de Voluntad Anticipada podrá suscribirlo toda persona con capacidad de ejercicio. En caso de que el enfermo en etapa terminal se encuentre imposibilitado físicamente para acudir ante el Notario Público, podrá suscribir el Formato ante el personal de salud correspondiente y dos testigos en el documento que emita la Secretaría, mismo que deberá ser notificado a la Coordinación Especializada en los términos de esta Ley.



Ley General de Salud establece en el Capítulo II de Atención Médica:

Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar un tratamiento oportuno.
- III. Rehabilitación

MARCO CONCEPTUAL

Covid-19

Los coronavirus (CoV) constituyen un amplio grupo de virus que se encuadran taxonómicamente en la subfamilia Coronavirinae dentro de la familia Coronaviridae (order Nidovirales); se designan bajo el término coronavirus todas las especies pertenecientes a los géneros Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus. Se trata de virus cuyo genoma está formado por una única cadena de ARN con polaridad positiva (+ssRNA, del inglés single-stranded positive-sense RNA) y de aproximadamente 30.000 pares de bases, que presentan una capucha metilada en el extremo 5' y una cola poliadenilada (poli-A) en el extremo 3', dándole un gran parecido al ARN mensajero del hospedador.

Por microscopía electrónica, los viriones se reconocen por una pequeña "corona" que presentan a su alrededor y que justifica su nombre.

Los coronavirus son virus zoonóticos, esto es, pueden transmitirse entre animales y humanos.

En la infección a mamíferos, los coronavirus infectan fundamentalmente células del tracto respiratorio y el tracto gastrointestinal.

Las manifestaciones clínicas de una infección por coronavirus dependen en gran medida del tipo de virus y el estado de salud de la persona, pero los signos clínicos más comunes incluyen los propios de un resfriado común, destacando fiebre, tos y síntomas respiratorios (disnea y otras alteraciones de la respiración). También se han notificado síntomas gastrointestinales, incluyendo diarrea. En los casos más severos, la infección puede causar bronquitis o neumonía (bien sea neumonía viral directa o favorecer una



neumonía bacteriana secundaria), síndrome respiratorio agudo severo, fallo o insuficiencia renal e incluso la muerte.

Según análisis genéticos, el nuevo coronavirus identificado a finales del año pasado pertenece al género de los betacoronavirus y guarda un estrecho parentesco –también estructural– con el SARS-CoV. Fue provisionalmente denominado 2019-nCoV, pero ha sido bautizado posteriormente por la OMS como SARS-CoV-2.

El cual tiene manifestaciones clínicas muy severas en aproximadamente el 5% del total de la población que la contrae. Actualmente no existe tratamiento profiláctico ni curativo para este virus.

Cabe destacar que la mayor proporción de muertes se ha relacionado con personas de edad avanzada (>60 años) o con otras enfermedades previas (por ejemplo, tumores abdominales, insuficiencia hepática crónica, miocarditis o disfunción renal). La trayectoria de este brote es imposible de predecir hoy en día.

Unidades de cuidados intensivos

El área de hospitalización en la que un equipo multidisciplinario e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento.

Estado agudo crítico

Es aquel que presenta alteración de uno o más de los principales sistemas fisiológicos, con pérdida de autorregulación, que requiere soporte artificial de sus funciones vitales, asistencia continua y que es potencialmente recuperable.

Medicina crítica

Es la rama de la medicina que tiene como objetivo principal la atención de los estados fisiopatológicos que ponen en peligro inminente la vida.

Pacientes en estado agudo crítico

El objetivo principal del equipo de salud es poder mantener estables las funciones vitales del paciente, para que en condiciones de absoluto control se pueda hacer frente y atender los cambios fisiopatológicos que originan el estado de gravedad o inestabilidad, sin dejar de lado el tratamiento curativo de la patología base que ha causado estas alteraciones.



Bienes escasos

En el ámbito médico los bienes escasos son aquellos cuya demanda, en determinado contexto de atención, sobrepasa el número en existencia de bienes por repartir. Existen dos clases de bienes escasos: los bienes escasos divisibles y los bienes escasos indivisibles. La escasez de estos recursos nos obliga a preguntarnos cómo se deben asignar cuando dos o más pacientes los necesitan. Por ejemplo, a quién se le debe asignar una máquina de oxigenación por membrana extracorpórea cuando tenemos dos pacientes que se pueden beneficiar de ella. La respuesta a esta pregunta no es obvia, y existe una amplia literatura bioética al respecto. Dado que los recursos escasos a asignar generalmente se requieren para salvar vidas, su asignación a veces es considerada como si se eligiera quién morirá.

Sin embargo, la evaluación anterior del acto de asignación de recursos escasos es errónea. Lo es porque la intención del médico(a) detrás del acto de asignar recursos escasos es elegir quién sobrevivirá. La muerte, o daño que sufre, la o el otro paciente se prevé, pero no se busca intencionalmente ni puede evitarse.

Bienes escasos divisibles

Los bienes escasos divisibles son aquellos que por su naturaleza se pueden segmentar y pueden proveer una fracción de su utilidad original a un grupo de pacientes determinado. Por ejemplo, cierta pastilla de un medicamento se puede cortar en dos y cada paciente solo recibe la mitad del beneficio terapéutico.

Bienes escasos indivisibles

Los bienes escasos indivisibles, por otra parte, son aquellos que por su naturaleza no se pueden segmentar y solo un paciente se puede beneficiar de ellos en determinado momento. Por ejemplo, una máquina de diálisis.

Medidas mínimas ordinarias

Consisten en la hidratación, higiene, oxigenación, nutrición o curaciones del paciente en etapa terminal, según lo determine el personal de salud correspondiente.

Obstinación terapéutica

La adopción de métodos médicos desproporcionados o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía.

Futilidad terapéutica

Hace referencia a un procedimiento médico que no merece la pena instaurarse.



Limitación del esfuerzo terapéutico

Consiste en no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida, ya que considera que no lo beneficiarán y no son curativas. Existen dos posibilidades: no iniciar determinadas medidas o retirar un tratamiento previamente instaurado.

Medios extraordinarios

Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios. Se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y el riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello.

Reanimación

Conjunto de acciones que se llevan a cabo para tratar de recuperar las funciones o signos vitales.

Cuidados paliativos

Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales.

Autonomía

El paciente debería estar informado e implicado en la toma de decisiones. Se debe procurar y respetar su pleno ejercicio en todo momento y en particular ante la toma de decisiones en situaciones que amenazan la vida y directrices anticipadas. Solo pudiera estar restringida por razones convincentes de salud pública

Sedación Paliativa

Uso de medicamentos especiales para aliviar el sufrimiento extremo al hacer que un paciente se calme, no esté alerta o no esté consciente. Se utiliza en los casos de pacientes con síntomas refractarios. La sedación paliativa se puede administrar en la etapa final para que el paciente este más cómodo. Esta no acorta la vida ni causa la muerte.

En pacientes hipóxicos con progresión de la enfermedad no subsidiaria de tratamiento intensivo debe considerarse como una expresión de buena práctica clínica y debe seguir las recomendaciones existentes. Se utilizará particularmente en pacientes con IRAG que



no son candidatos a cuidados intensivos, que evolucionan desfavorablemente y presentan síntomas intensos (2,20) que en COVID-19 lo más frecuente es disnea y ansiedad.

La sedación paliativa no es “Eutanasia por compasión” Pues la intencionalidad es el alivio al sufrimiento por la sintomatología refractaria y no el buscar la muerte del paciente.

Cuidados en la etapa final de agonía

Son los que tienen lugar cuando la muerte es inminente. Aquí se deja de pensar en la calidad de vida para abordar calidad de muerte, atendiendo a los síntomas físicos, psicológicos y necesidades espirituales de pacientes y familiares.

Síndrome de declive

Síndrome complejo que resulta de una reserva multisistémica disminuida y alta vulnerabilidad a estresores ambientales. Se asocia con múltiples desenlaces conocidos como discapacidad, hospitalización, dependencia, fase terminal y muerte. Forma parte de la progresión de enfermedad incurable, avanzada en fase terminal.

Planificación Compartida de la Atención (PCA)

Es un proceso deliberativo, relacional y estructurado, que facilita la reflexión y comprensión de la vivencia de enfermedad y el cuidado entre las personas implicadas (personal de salud, paciente familia), centrado en la persona que afronta una trayectoria de enfermedad, para identificar y expresar sus preferencias y expectativas de atención.

Su objetivo es promover la toma de decisiones compartida en relación con el contexto actual y los retos futuros de atención, como aquellos momentos en que la persona no sea competente para decidir.

NECPAL

Se trata de un instrumento útil para la identificación de enfermos que requieren medidas paliativas, especialmente en servicios generales (Atención Primaria, servicios hospitalarios convencionales, etc.) La intención del instrumento NECPAL es identificar enfermos que requieren medidas paliativas de cualquier tipo. La identificación de esta **situación no contraindica ni limita medidas de tratamiento específico de la enfermedad** si están indicadas o pueden mejorar el estado o la calidad de vida de los enfermos. Las medidas paliativas pueden ser implementadas por cualquier equipo en cualquier servicio de salud.



SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)

La escala SOFA es una herramienta ampliamente utilizada en las unidades de terapia intensiva. SOFA, por sus siglas en inglés: Sequential Organ Failure Assessment) una de las más utilizadas por ser simple, fiable, objetiva, específica para la función de cada órgano y poderse realizar de forma secuencial durante la estancia del individuo en múltiples escenarios clínicos. La escala pronóstica SOFA se compone de la suma del puntaje

obtenido de la evaluación de seis órganos. Cada órgano recibe un valor que va de cero a cuatro puntos calificado según el grado de disfunción.

Actualmente, esta escala aparece en la “Guía Bioética para la Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia” emitida por el Consejo de Salubridad General.

En dicha Guía, en el apartado **2.5 Sistema de asignación de recursos escasos de medicina crítica** menciona “Calcular el puntaje inicial de priorización de cada paciente, de acuerdo con una escala que nos indique la probabilidad de supervivencia”

A su vez, derivado del cuidadoso análisis de la Comisión Nacional de Derechos Humanos en la Ciudad de México, donde en su oficio **CDHCM/P/0092/2020** con fecha 23 de abril del año en curso, se realizan las observaciones pertinentes a dicha Guía se cita lo siguiente: “Dado que la Guía está basada en la aplicación de un método objetivo y validado de supervivencia SOFA, que permite la valoración estricta, integral y objetivamente de la salud y condiciones generales de cada una de las personas, que está sujeta a revaloración día con día. La aplicación de tal método está orientado a arrojar información objetiva al respecto a las posibilidades de mayor beneficio de la asignación de recursos médicos escasos”.

NEWS (National Early Warning Score)

Clasifica a los pacientes según su probabilidad de deterioro dentro de las siguientes doce horas, en baja (0-1), moderada (2-4) y alta posibilidad de deterioro (5-13), a partir de cuatro signos vitales: frecuencias cardíaca y respiratoria, temperatura y presión arterial sistólica sumados a la saturación de oxígeno y el estado de conciencia.

Dicha escala aparece en “Los lineamientos de atención de pacientes con COVID-19” Emitida por la Comisión de Institutos Nacionales.



ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)

Su principal objetivo evaluar la intensidad de los síntomas al momento de realizarla, los síntomas que se incluyeron fueron dolor, actividad, náusea, depresión, ansiedad, apetito, somnolencia y sensación de bienestar. Ayuda a evaluar la efectividad de las intervenciones y el control de los síntomas.

OBJETIVO

Identificar a los pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19, que poseen necesidades de soporte paliativo, por lo que se benefician de la suscripción de Voluntad Anticipada.

A QUIÉNES SE DIRIGEN ESTAS RECOMENDACIONES

Al personal médico y paramédico de las unidades hospitalarias, quienes brindan atención ante Covid-19.

A los equipos multidisciplinarios encargados de brindar soporte paliativo, o bien encargados de la suscripción del Formato de Voluntad Anticipada. Para los hospitales de nuestra red, los cuales cuentan con subcomités de cuidados paliativos.

RECOMENDACIONES PARA ASPECTOS BIOÉTICOS

- ✓ Para decisiones éticas particularmente difíciles, considerar ponerse en contacto con los comités de bioética de su institución.
- ✓ Es necesario investigar cómo está operando el comité ante esta situación, cada cuando están sesionando, por ejemplo, saber esa información.
- ✓ Respetar la autonomía de los pacientes. Se debe comunicar de manera clara a las y los pacientes su diagnóstico y pronóstico, así como los cursos de acción posibles dado su estado de salud y los recursos hospitalarios disponibles. Las y los pacientes deben tener la oportunidad de hacer conocer sus deseos sobre los tratamientos e intervenciones que desean, así como si han elaborado algún documento de voluntad anticipada conforme a las leyes del Estado en que se encuentren. Es posible que, dado el modelo de asignación de recursos escasos de medicina crítica, los deseos de un(a) paciente de acceder a cierto tratamiento o intervención no se puedan satisfacer; aun cuando este fuera el caso, debe ser claro que el deseo de no ser sujeto a cierto tratamiento o intervención siempre debe de respetarse. Por ejemplo, cualquier instrucción de “no intubar” o “no reanimar” debe estar registrada adecuadamente en la historia clínica y debe ser respetada.



- ✓ A las y los pacientes a quienes no se les asignen recursos de medicina crítica, o a quienes se les retiren, se les debe dar dentro del hospital tratamiento de soporte, o en su caso cuidados paliativos. Lo anterior asegura el deber ético del no abandono del paciente. Que un(a) paciente no vaya a recibir recursos de medicina crítica no quiere decir que se le niegue tratamiento hospitalario.
- ✓ A la fecha, no existe ninguna escala de situación funcional, pronóstico y gravedad validada para la enfermedad por Covid-19. Ello quiere decir que no existen escalas que hayan sido publicadas en revistas arbitradas de revisión por pares donde se establezca la probabilidad de muerte por Covid19 de acuerdo con un número determinado de variables. Siendo este el caso, toda escala validada que se utilice (MACA, APACHE3, SOFA, etc.) se deberá emplear a sabiendas de que no es específica para Covid-19.
- ✓ Se debe de otorgar prioridad en la asignación de los recursos escasos de medicina crítica a los pacientes con el menor puntaje en SOFA, Lo anterior se sustenta en que a menor puntaje mayor probabilidad de beneficiarse de los recursos escasos de medicina crítica y sobrevivir.
- ✓ Las y los pacientes que no califican para recibir cuidados críticos deben continuar recibiendo atención hospitalaria dirigida especialmente al manejo de síntomas (por ejemplo: fiebre, delirio y, sobre todo disnea que sería el síntoma que más angustia podría causar). Se buscará que las y los pacientes tengan el mejor final de vida posible, de preferencia atendidos por personal de cuidados paliativos.
- ✓ Si la medicación no es suficiente para aliviar los síntomas se debe considerar la sedación paliativa, no con la intención de provocar la muerte, pero sí con la intención de que el paciente termine su vida sin sufrimiento.
- ✓ La sedación paliativa en pacientes hipóxicos, con progresión de la enfermedad no subsidiaria al tratamiento, es considerada como una expresión de buena práctica clínica y debe seguir las recomendaciones existentes.

¿ES POSIBLE BRINDAR SOPORTE PALIATIVO ANTE LA PANDEMIA?

La respuesta a esta pregunta siempre será si, si es posible. Tal como menciona la Comisión Lancet para cuidados paliativos:

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

Apegándonos a lo dispuesto por el Consejo de Salubridad General en la Guía Bioética para la Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia en su apartado; **2.8 Tratamiento clínico para pacientes que no califican para recibir cuidados críticos**



Las y los pacientes que no califican para recibir cuidados críticos deben continuar recibiendo atención hospitalaria dirigida especialmente al manejo de síntomas (por ejemplo: fiebre, delirio y, sobre todo disnea que sería el síntoma que más angustia podría causar). Se buscará que las y los pacientes tengan el mejor final de vida posible, de preferencia atendidos por personal de cuidados paliativos.

Es sumamente importante aliviar los síntomas de pacientes que requieren ventilación y no la reciben. Si la medicación no es suficiente para aliviar los síntomas se debe considerar la sedación, no con la intención de provocar la muerte, pero sí con la intención de que el paciente termine su vida sin sufrimiento. La sedación paliativa en pacientes hipóxicos, con progresión de la enfermedad no subsidiaria al tratamiento, es considerada como una expresión de buena práctica clínica y debe seguir las recomendaciones existentes.

De igual manera, se debe de evaluar a dichos pacientes de manera constante para determinar si los cambios en su estatus clínico y en la disponibilidad de cuidados críticos hacen que sean candidatos(as) para ser admitidos(as) en la sala de cuidados críticos.

Proveer soporte psicológico requiere que los recursos materiales existan para acompañar lo mejor posible al paciente en el proceso de muerte y facilitar, considerando las condiciones de precaución para evitar contagios, que pueda darse la despedida entre paciente y familiares. Cuando no sea posible que los familiares estén presentes, por

cuestiones sanitarias, se debe de recurrir a la tecnología, por ejemplo, llamadas o videollamadas.

A su vez en las recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos en la Ciudad de México, en su oficio **CDHCM/P/0092/2020**, menciona lo siguiente; La importancia de la provisión de cuidados paliativos, así como el acompañamiento tecnológico para procurar el acercamiento entre pacientes y familiares, contribuye a que la protección de la salud sea entendida como el nivel más alto posible del bienestar físico y emocional de las personas.

Mientras que, dentro de la literatura médica, se encuentran Las recomendaciones para la toma de decisiones en situación excepcional de pandemia por COVID-19 desarrolladas por SEMICYUC (La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias) nos dice lo siguiente:

En caso de complicaciones, o prevista mala evolución tanto clínica como funcional, plantear la retirada terapéutica sin dilatación por futilidad e iniciar la aplicación de medidas paliativas.



En situación de adecuación terapéutica, retirada de medidas o mala evolución es adecuado derivar al paciente a un área de menos complejidad para establecer un plan de cuidados paliativos.

Consultar con el servicio de cuidados paliativos para procurar la continuidad de cuidados de los pacientes donde se acordó la limitación de tratamientos y aliviar su sufrimiento, incluyendo la sedación paliativa en los casos donde sea precisa.

Establecer, en todos los pacientes ingresados en los servicios de hospitalización, una planificación anticipada, con definición clara de si existe o no indicación de ventilación mecánica e ingreso en UCI y comunicarla al resto del equipo. En la UCI establecer si el paciente es candidato o no para mediadas invasiva y RCP.

Se debe consultar siempre si el paciente dispone, de voluntad anticipada y seguir sus instrucciones, consultando a los representantes designados en el documento.



RECOMENDACIONES PARA LA SUSCRIPCIÓN POR PACIENTE

Descartar a pacientes que obtendrán el mayor beneficio del tratamiento e intervención, por lo que son pacientes recuperables y con posibilidades de mejoría.

PUNTUACIÓN DE SOFA *Se debe de otorgar prioridad en la asignación de los recursos escasos de medicina crítica a los pacientes con el menor puntaje.* (Recomendaciones del Consejo de Salubridad General)

Al ser un paciente sin un diagnóstico preexistente y con posibilidades de mejoría, **NO ES CANDIDATO PARA FIRMAR VOLUNTAD ANTICIPADA ANTE PERSONAL DE SALUD.**

Orientado a:	Objetivo:	Método: ¿Cómo hacerlo?	Observaciones:
Paciente con diagnóstico de COVID confirmado. Antecedentes de enfermedad crónica en fase moderada o avanzada. (Tomar en cuenta rango de edad entre 70 y 80 años) 1	Identificar pacientes que se benefician de atención paliativa por lo que la suscripción a Voluntad Anticipada es posible.	- Existe un diagnóstico preexistente de: - Hipertensión - Insuficiencia Cardíaca Congestiva - Miocardiopatía dilatada - EPOC o Fibrosis quística - Cirrosis - Nefropatía - Hepatopatía - Demencia - Diabetes ¿Le sorprendería si esta persona muriera durante el próximo año?	Puede aplicar NECPAL ➤ ¿Tiene necesidades paliativas? ➤ ¿Tiene criterios avanzados para la enfermedad? ➤ ¿Tiene deterioro funcional o nutricional? ➤ ¿Tiene multimorbilidad? ➤ ¿Ha presentado múltiples ingresos urgentes? Paciente candidato a suscripción de Formato de Voluntad Anticipada



Orientado a:	Objetivo:	Método:	Observaciones:
Paciente con diagnóstico de COVID confirmado, que se beneficia de la suscripción de Voluntad Anticipada. 2	Sensibilizar y detectar cuales son los valores y preferencias del paciente, en torno a la situación. En caso de que el paciente no se encuentre cognitivamente integro, se abordara con la familia.	Planeación Compartida de la Atención. (PCA) ➤ ¿Qué le preocupa? ➤ ¿Cuáles son sus expectativas de su futura atención? ➤ ¿Qué nos pediría? ➤ ¿Cómo ve la situación actual (COVID-19)? ➤ ¿Quién le gustaría que fuera su representante, para el cumplimiento de sus deseos?	Se debe tomar en cuenta los valores, preocupaciones, miedos, historia de enfermedad, prioridades y preferencias, del paciente.
Familiares, del paciente con diagnóstico de COVID confirmado, que se beneficia de la suscripción de Voluntad Anticipada. 3	Sensibilizar e informar sobre el diagnóstico situacional, así como exponer cuales son las preferencias de su paciente.	Planeación Compartida de la Atención. (PCA) ➤ Iniciar un dialogo estructurado ya que se conocen las particularidades del caso. ➤ Explorara las preocupaciones, expectativas y demandas en relación con el COVID-19. ➤ Explorar las respuestas a situaciones/ escenarios predecibles. ➤ Se les da a conocer las preferencias de su paciente, así como que persona desea sea su REPRESENTANTE.	Se les debe dar acceso a la información de todas las complicaciones que puede tener el paciente, debido al diagnóstico preexistente y como el actual diagnostico (COVID-19) empeora el estado del paciente. De esta manera la familia generara expectativas realistas del tratamiento y esperanza ajustada a la realidad.

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



2020

AÑO DE
LEONA VICARIO
BENEMÉRITA MADRE DE LA PATRIA

Orientado al:	Objetivo:	Método:	Observaciones:
Representante del paciente con diagnóstico de COVID confirmado, que se beneficia de la suscripción de Voluntad Anticipada. 4	Informar de manera breve y simple, cuáles son sus funciones como representante, ampliar la información del pronóstico y porque la Voluntad Anticipada beneficia a su paciente.	Planeación Compartida de la Atención. (PCA) ➤ ¿Tiene alguna duda, sobre lo que le comento? ➤ ¿Qué le preocupa, cuando ese momento llegue? ➤ ¿Qué nos pediría cuando llegara ese momento?	Se recomienda la escucha activa, no hablar con tecnicismos, brindar una expectativa realista de la situación, para que la esperanza sea ajustada a la realidad y no se genere una falsa esperanza de mejora, y lo más importante, reforzar las consecuencias positivas de la suscripción a voluntad anticipada.
Paciente con diagnóstico de COVID confirmado, que se beneficia de la suscripción de Voluntad Anticipada y su representante. 5	Suscripción de Voluntad Anticipada. (Uso del Formato para paciente)	Documentar las preferencias del paciente, y las medidas a considerar ante los retos futuros, o posibles escenarios. 1. Se prepara el escenario para la firma del Formato. 2. Se les explica que el paciente recibirá cuidados paliativos, para el control del dolor y otros síntomas como la disnea. 3. Se recalca que la firma de este formato no derivara en abandono del paciente. Es al contrario se busca el mayor confort para el paciente. 4. Se aclaran todas las dudas que se pudieran presentar. 5. Se procede a la firma.	Realizar el resumen medico antes de la firma del formato. Recordemos que el resumen médico, es el que sustenta la terminalidad y otorga validez al formato. Es importante incluir en el resumen médico la puntuación del SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) y NEWS (National Early Warning Score) Así como ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale). Contar con toda la documentación requerida para el proceso.



Orientado a:	Objetivo:	Método: ¿Cómo hacerlo?	Observaciones:
Personal de salud multidisciplinario que brindan soporte paliativo. 6	Aplicar las Voluntades Anticipadas en situaciones clínicas reales.	El personal debe estar enterado de que el paciente cuenta con un Formato de Voluntad Anticipada. De esta manera conocerá los deseos y preferencias del paciente, para el plan terapéutico y qué hacer ante la presencia de los futuros retos	Dar apoyo y consejos sobre atención sanitaria, cuidado emocional y espiritual.

RECOMENDACIONES PARA LA SUSCRIPCIÓN POR REPRESENTANTE

Orientado a:	Objetivo:	Método: ¿Cómo hacerlo?	Observaciones:
Paciente con diagnóstico de COVID confirmado. Antecedentes de enfermedad crónica en fase moderada o avanzada. (Tomar en cuenta rango de edad entre 70 y 80 años) 1	Identificar pacientes, QUE NO SE ENCUENTRAN COGNITIVAMENTE INTEGROS, que se benefician de atención paliativa por lo que la suscripción a Voluntad Anticipada es posible.	3. Existe un diagnóstico preexistente de: • Hipertensión • Insuficiencia Cardíaca Congestiva • Miocardiopatía dilatada • EPOC o Fibrosis quística • Cirrosis • Nefropatía • Hepatopatía • Demencia • Diabetes 4. ¿Le sorprendería si esta persona muriera durante el próximo año?	Puede aplicar NECPAL ➤ ¿Tiene necesidades paliativas? ➤ ¿Tiene criterios avanzados para la enfermedad? ➤ ¿Tiene deterioro funcional o nutricional? ➤ ¿Tiene multimorbilidad? ➤ ¿Ha presentado múltiples ingresos urgentes? Paciente candidato a suscripción de Formato de Voluntad Anticipada

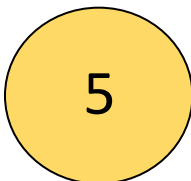


Orientado a:	Objetivo:	Método:	Observaciones:
Familiares, del paciente con diagnóstico de COVID confirmado, que se beneficia de la suscripción de Voluntad Anticipada. 2	Sensibilizar, informar e identificar de acuerdo con el orden de prelación de la Ley de Voluntad Anticipada, quien sería el representante del paciente.	Planeación Compartida de la Atención. (PCA) ➤ ¿Qué le preocupa? ➤ ¿Cuáles son sus expectativas para la atención futura de su paciente? ➤ ¿Cómo ve la situación actual (COVID-19)? ➤ ¿Qué nos pediría cuando llegara ese momento?	Se debe tomar en cuenta los valores, preocupaciones, miedos, prioridades y preferencias, del representante, así como el parentesco y su dinámica en la relación familiar. Se debe dar acceso a la información de todas las complicaciones que puede tener el paciente, debido al diagnóstico preexistente y como el actual diagnóstico (COVID-19) empeora el estado del paciente. De esta manera el representante generara una expectativa realista de la situación.
Representante, del paciente con diagnóstico de COVID confirmado, que se beneficia de la suscripción de Voluntad Anticipada. 3	Informar de manera breve y simple, cuáles son sus funciones como representante, ampliar la información del pronóstico y porque la Voluntad Anticipada beneficia a su paciente.	Planeación Compartida de la Atención. (PCA) ➤ Iniciar un dialogo estructurado ya que se conocen las particularidades del caso. ➤ Explorar las respuestas a situaciones/ escenarios predecibles. ➤ ¿Le gustaría que esas peticiones para su paciente, las documentáramos a través de una Voluntad Anticipada?	Se recomienda la escucha activa, no hablar con tecnicismos, y reforzar las consecuencias positivas de la suscripción a voluntad anticipada.



Orientado al:	Objetivo:	Método:	Observaciones:
Representante, del paciente con diagnóstico de COVID confirmado, que se beneficia de la suscripción de Voluntad Anticipada. 4	Suscripción de Voluntad Anticipada. (Uso del Formato para suscriptor o representante)	Documentar las preferencias del representante, y las medidas a considerar ante los retos futuros, o posibles escenarios. 1. Se prepara el escenario para la firma del Formato. 2. Se le explica que el paciente recibirá cuidados paliativos, para el control del dolor y otros síntomas como la disnea. 3. Se recalca que la firma de este formato no derivara en abandono del paciente. Es al contrario se busca el mayor confort para el paciente. 4. Se aclaran todas las dudas que se pudieran presentar. 5. Se procede a la firma.	Realizar el resumen medico antes de la firma del formato. Recordemos que el resumen médico, es el que sustenta la terminalidad y otorga validez al formato. Es importante incluir en el resumen médico la puntuación del SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) y NEWS (National Early Warning Score) Así como ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale). Contar con toda la documentación requerida para el proceso.



Orientado a:	Objetivo:	Método: ¿Cómo hacerlo?	Observaciones:
Personal de salud multidisciplinario que brindan soporte paliativo. 	Aplicar las Voluntades Anticipadas en situaciones clínicas reales.	El personal debe estar enterado de que el paciente cuenta con un Formato de Voluntad Anticipada, y que miembro de la familia, es su representante. De esta manera conocerá los deseos como las preferencias del representante, para el plan terapéutico y qué hacer ante la presencia de los futuros retos, y a quien dirigirse ante los mismos.	Dar apoyo y consejos sobre atención sanitaria, cuidado emocional y espiritual.

“La planificación compartida de la atención, usa como herramienta la comunicación entre los participantes del proceso, la cual debido al diagnóstico de COVID-19, puede ser llevada a cabo de otras maneras no presenciales, para cuidar la salud de las personas implicadas”



OTRAS RECOMENDACIONES LEGALES:

- ✓ Conforme lo marca la Ley de Voluntad Anticipada en su Artículo 3., un paciente terminal, es aquel que cuenta con un diagnóstico sustentado en datos objetivos, de una enfermedad incurable progresiva y mortal a corto o mediano plazo, con escasa o nula respuesta a tratamiento específico disponible.
- ✓ De acuerdo con el Artículo 19 de la Ley de Voluntad Anticipada, el Formato es nulo cuando es realizado bajo influencia de amenazas contra el suscriptor o sus bienes.
- ✓ De acuerdo con el Artículo 21 de la Ley de Voluntad Anticipada, el Formato podrá ser revocado en cualquier momento mediante la manifestación de la voluntad con las mismas formalidades que señala esta Ley para su otorgamiento.
- ✓ Es importante aclarar que, el Artículo 26 de la Ley de Voluntad Anticipada donde, el personal de salud en ningún momento y en ninguna circunstancia podrá suministrar medicamentos o tratamientos médicos, que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo en etapa terminal.
- ✓ De acuerdo con la Ley de Voluntad Anticipada, el Formato es un documento con instrucciones de cuidados paliativos, suscrito por el enfermo terminal, ante el personal de salud correspondiente, en el que manifiesta su voluntad de la suspensión del tratamiento curativo y el inicio de la atención en cuidados paliativos, preservando en todo momento la dignidad del paciente. Por lo anterior, si ofertamos Voluntad Anticipada es porque el paciente será integrado o referido al servicio de cuidados paliativos para un plan terapéutico.



RECOMENDACIONES PARA LA PLANIFICACION COMPARTIDA DE LA ATENCIÓN DE MANERA ANTICIPADA

Objetivo: Promover la toma de decisiones en etapas tempranas de la evolución de la enfermedad.

- Es necesario que este proceso se dé desde que el paciente ingresa, abordar a los pacientes en la fase donde aún pueden hablar y comunicarse.
- En el contexto de las personas que tienen COVID-19, dichas conversaciones deben iniciarse lo antes posible para que se pueda desarrollar un plan de atención y apoyo personalizado en donde determine con antelación el nivel de cuidados al que está dispuesta a acceder o a renunciar.
- La toma de decisiones compartida entre pacientes, sus allegados y los equipos tratantes es un elemento central en la planificación ante la evolución irreversible, fuera de tratamiento de soporte intensivo, o con progresión hacia la etapa final de la vida.
- Los pacientes con capacidad para tomar decisiones tienen derecho a toda la información pertinente a su condición y tratamiento en un lenguaje que puedan entender.
- También tienen derecho a decidir qué tratamiento acepta o rechaza.
- Los médicos deben proporcionar sus mejores recomendaciones basadas en el diagnóstico, el pronóstico y los valores del paciente.
- Animar a los pacientes a designar un representante.
- Es un momento de implementar una planificación de atención anticipada para asegurar a los pacientes no reciben la atención que no desearían si se enferman demasiado como para tomar sus propias decisiones, particularmente en pacientes de edad avanzada, con enfermedades crónicas o factores de riesgo.

Lo que refieren durante la conversación	Lo que se puede responder
<i>Pienso que mi padre no hubiera querido esto.</i>	Bien, veamos un poco y hablemos sobre qué hubiera querido él. ¿Me puede decir qué consideraba él como lo más importante en su vida? ¿Qué era lo más significativo para él, que le daba sentido a su vida?
<i>No quiero acabar siendo un vegetal o conectado a una máquina</i>	Le agradezco que me comparta. Es muy importante para mí saber esto. ¿Me puede hablar un poco más de esto y explicarme qué me quiere decir con ello?



<i>No estoy seguro de lo que quería mi abuelo. Nunca hablamos sobre algo así.</i>	Es una situación dura para la que no estamos preparados. Para ser sincero, dada su condición general en este momento, si necesitamos ponerle un respirador o reanimarle él no lo resistiría. Las posibilidades están en su contra. Mi recomendación es que aceptemos que no vivirá mucho más y que le dejemos fallecer en paz y con tranquilidad. Sé que esto es duro de escuchar. ¿Qué le parece?
<i>¿No pueden conseguir un respirador más de algún otro sitio?</i>	El hospital está trabajando por encima de su capacidad. Para nosotros no es posible aumentar nuestra capacidad. Y me imagino que es algo terrible de escuchar.

RECOMENDACIONES PARA LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Objetivo: Compartir información de manera clara, oportuna y completa para potenciar la toma de decisiones.

- La manera en la que comuniquemos será clave para que el paciente o la familia se sientan acompañados y seguros con el equipo de salud. El contexto de pandemia impone presión por falta de tiempo, falta de espacio o de un lugar más privado. También notaremos que las medidas de protección son barreras para la comunicación no verbal, tan importante para confortar a quien está recibiendo la noticia.

SIETE PASOS PARA DAR UNA MALA NOTICIA (Buckman, 1992)

Preparar la situación: prepararse uno mismo para la entrevista y establecer buen contacto con el familiar.

Valorar la percepción que tiene el familiar de la situación

- Comenzar con una pregunta abierta: “¿Cómo se encuentra?”
- Ver qué sabe: “¿Le han explicado sobre la evolución que lleva su pariente?”
- Si manifiesta expectativas irreales: “Desearía que fuera como dice”
- Abordar negación: “Puedo ver que es difícil para usted hablar de esto”



Pedir permiso para dar la información: **determinar** si quiere la información o está preparado para ello. Es sólo una insinuación o un paso intermedio que permite al familiar percibir que vienen malas noticias “¿quiere saber cuál es la situación actual?”

Dar la Información: Primero se debe preparar para dar la mala noticia y, luego, asegurarse de que el familiar entiende lo que le estamos explicando.

- Dar un tiro de aviso: “Me temo que tengo malas noticias”, “lamento tener que decirle”
- Dar la información poco a poco (dar información y esperar la respuesta)
- Asegurarnos de que entiende según vamos explicando
- Evitar tecnicismos y no fomentar esperanzas irreales.
- Abordar las dudas o preguntas que puedan surgir.

Responder a las emociones: Anticipar las reacciones emocionales.

- Identificarlas y nombrarlas para ayudarle a hacer frente a ellas. (“Veo que le ha asustado, le ha entristecido, le ha impactado mucho”)
- Legitimarlas y normalizarlas. (“es normal sentirse así en una situación como ésta”)

Asegurarse: ver que le ha quedado claro lo que hemos hablado

Cierre la conversación: “Estaremos aquí para tratar y apoyar al paciente y su familia”.

REFLEXIONES FINALES

Las anteriores son recomendaciones para facilitar el proceso de suscripción de Voluntad Anticipada, por lo que no sustituyen el juicio de reflexión del equipo de salud, y deben ser adaptadas a los métodos operativos de cada unidad hospitalaria.

¿Qué podemos hacer para aminorar el dolor de nuestros pacientes y sus familiares?

Hay que considerar que, muchos de los pacientes están muriendo en soledad, muchas familias no han podido despedirse pues nunca más pudieron hablar con su familiar desde que ingreso en el hospital, para muchas familias la vida no volverá a ser la misma, pues dio un giro 180 grados porque perdieron a un miembro o quizás dos, ellos perdieron a su padre, a su madre, a su tío o tía, a un abuelo, o a su hijo, simplemente a alguien que amaban, por ello, pequeños gestos de amabilidad, son grandes acciones para las personas que están sufriendo o sufrirán una perdida debido a COVID-19.



BIBLIOGRAFIA

1. Consejo de Salubridad General. Guía Bioética para la Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia. 2020
2. Ley de Voluntad Anticipada para la Ciudad de México.
3. Guía de Manejo Integral de Cuidados Paliativos.
4. Comisión Nacional de Bioética en México. Recomendaciones Bioéticas ante el COVID-19. 2020
5. Comisión Nacional de Bioética en México. La Bioética ante la pandemia por COVID-19. 2020
6. Secretaria de Salud. Lineamientos para la atención de pacientes por COVID-19. 2020
7. ISSSTE. Guía Operativa para la Atención Paliativa de Personas Sospechosas o Confirmadas de Infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) y sus Familias. 2020
8. Morales Pogoda I, Rugerio Trujillo D, Ramírez Valdez M, Maza de la Torre G. Criterios de ingreso-egreso a las unidades de cuidados intensivos, sustento legal aplicable. Medigraphic. 2019; 65-68
9. Documento de Consenso, SeMicyus. Criterios para la toma de decisiones en situación de excepcionalidad respecto al ingreso y asignación de recursos en la unidad de cuidados intensivos. 2020
10. Documento de Consenso, SeMicyus. Necesidad de Triage de pacientes con SARS para ingresar en unidades de cuidados intensivos. 2020
11. Documento de Consenso, SeMicyus. Recomendaciones para la toma de decisiones en la situación excepcional de pandemia COVID-19. 2020
12. COMMEC. Guía para la atención del paciente critico por infección por COVID-19. 2020
13. Documento de Consenso, SeMicyus. Actores y recomendaciones generales relacionados con la adecuación asistencial y la ética de las decisiones ante situaciones excepcionales de crisis en las unidades de cuidados intensivos. 2020
14. Documento de Consenso, SeMicyus. Recomendaciones generales relacionadas con las Decisiones Éticas Difíciles y la Adecuación de la Intensidad Asistencial/ ingreso en las unidades de cuidados intensivos en situaciones excepcionales de crisis. 2020
15. Documento de Consenso, SeMicyus. Recomendaciones éticas y clínicas para la toma de decisiones en el entorno residencial en contexto de la crisis de COVID-19. 2020
16. Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I. Manual Oxford de Cuidados Paliativos. Grupo Aula Medica, para la edición española, 2007.



17. Universidad de Navarra. Guías rápidas de apoyo y control sintomático en pacientes avanzados con COVID-19. 2020; 0:1–32
18. Anáhuac. Guía Práctica para la Toma de Decisiones Clínicas con Ética ante la Escasez de Recursos Durante la Pandemia COVID-19. Dirigido a: Personal de Salud. 2020
19. Fei Z, Ting Y, Ronghui D, Guohui F, Ying L. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet 2020