

The New England Journal of Medicine

Perspectiva

No morir solo – Cuidado moderno compasivo en la pandemia de COVID -19

Glenn K. Wakam, M.D., John R. Montgomery, M.D., Ben E. Biesterveld, M.D., y
Craig S. Brown, M.D.

Dr. Wakam: Llevo solo cinco horas en mi turno de la UCI en un hospital comunitario en Detroit cuando llegan los resultados de otros gases arteriales. Mi paciente ha estado hospitalizado durante tres días y es Covid-19 positivo. Durante las últimas 12 horas, el tratamiento ha progresado desde la intubación, hasta el decúbito prono con fracción oxígeno inspirado al 100%, parálisis inducida médicamente, y finalmente con ventilación BiPAP. Los resultados de la gasometría arterial son desalentadores: pH 7.19, pCO₂ 70.1, pO₂ 63.7, HCO₃ 26.0. Ya ha experimentado episodios de hipoxia profunda cuando intentamos rotarlo a una posición supina, y su corazón ha comenzado a mostrar signos de tensión, con períodos de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida y períodos de taquicardia ventricular no sostenida. Se rechaza una solicitud para transferir al paciente para oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). Son las 11 p.m. y me preocupa que mi paciente no sobreviva hasta la mañana.

Llamo a la esposa del paciente para informarle sobre la trayectoria de su esposo. La conversación la hace sentir abrumada e impotente. Ella pide ir al hospital para estar con su esposo, o al menos verlo a través de la puerta de su habitación. Desafortunadamente, la enfermera encargada de la unidad me dijo que la política del hospital no permite visitas para pacientes que dieron positivo o están bajo investigación por Covid-19.

El miedo a morir solo es casi universal, un hecho del que cualquier persona que haya atendido a un paciente crítico es muy consciente. Entonces, a veces hacemos todo lo posible para darles a los pacientes un poco más de tiempo para que los miembros de la familia lleguen y se despidan. Un aspecto de la pandemia de Covid-19 que ha sido particularmente difícil es que, en lugar de nuestra promesa habitual de que "haremos todo lo posible para mantenerlo con vida hasta que llegue aquí", nos encontramos diciendo a las familias: "Debido a la política del hospital, no podemos permitir visitantes en este momento ". Esta conversación a veces tiene lugar en las puertas de la UCI, por teléfono o frente al hospital, mientras las familias ruegan ver a sus seres queridos antes de morir. Una solicitud aparentemente simple, que en otros tiempos sería alentada, se ha convertido en un dilema ético y de atención médica.

Son las 12 a.m., y trato de abogar por la esposa con los gerentes de enfermería. Para complicar las cosas, la esposa admite que aunque no ha tenido fiebre ni tos, ha tenido dolor de cabeza y dolor de garganta. Sin una política clara para los miembros de la familia con síntomas, llamamos al administrador del hospital en su casa y él responde de inmediato: "No". Luego hay un largo recorrido de ida y vuelta sobre los criterios de "circunstancias atenuantes", que permiten que un solo visitante venga al hospital. Pero dado que la esposa podría tener síntomas y no se le han realizado pruebas para detectar Covid-19, el administrador decide que no puede pasar. Llamo a la esposa y le comunico la decisión final, y ella pasa rápidamente por las etapas de dolor. Su ira inicial y las amenazas de una demanda rápidamente dan paso a súplicas y negociaciones: "¿Qué pasa si solo paso 5 minutos y me voy?"

El problema es multifacético. En muchos casos, los miembros de la familia ya han pasado tiempo en contacto cercano con el paciente, lo que significa que es probable que ellos mismos estén infectados con el SARS-CoV-2. Además, hay una escasez de equipo de protección personal (EPP), y usar algunos en los miembros de la familia significa consumir más recursos escasos. Y si los miembros de la familia no están infectados actualmente, una visita a una sala llena de pacientes con Covid-19 corre el riesgo de infectar a las personas que carecen de la capacitación adecuada en el uso de EPP.

Este dilema ha llevado a algunas soluciones creativas: las enfermeras pueden acercar el teléfono de cabecera al oído del paciente o llevar su teléfono inteligente personal a la habitación y sostenerlo mientras usan Skype, WhatsApp o FaceTime. Pero muchas enfermeras, debido a la preocupación sobre las reglas de privacidad de HIPAA, una gran carga de trabajo o una conectividad deficiente, no pueden ofrecer esa comunicación con la familia. E incluso si se realiza una llamada, es posible que las familias se sientan como si no pudieran decir adiós correctamente, y nos sentimos como si hubiera una mejor manera.

La esposa de mi paciente llega al departamento de emergencias a la 1:30 a.m., a pesar de que le dijeron que no se le permitiría ver a su esposo. Voy a su encuentro y hablamos sobre el continuo declive de su esposo. Desafortunadamente, en medio de la conversación, un Código Azul suena desde el altavoz para un paciente en la UCI. Me alejo y me encuentro entrando en la habitación de su esposo, donde la RCP ya está en progreso. Después de 90 minutos de RCP, epinefrina y desfibrilaciones, mi paciente aún no ha recuperado un pulso sostenido. Sombriamente llamo la hora de la muerte. Una de las enfermeras en el pasillo ha estado en contacto con la esposa durante todo el proceso y le ha informado de la muerte; ahora tiene a la esposa en FaceTime para poder ver a su esposo. Cuando lo reconoce en la imagen distorsionada, deja

escapar un gemido de tristeza. Está en medio de sus despedidas finales cuando tengo que disculparme de la habitación: otro paciente con Covid-19 se está deteriorando algunas habitaciones después.

Nosotros, como residentes, hemos pasado gran parte de nuestro tiempo estas últimas semanas en UCI comunitarias en Detroit, uno de los epicentros de Covid-19 en los Estados Unidos, y todos hemos experimentado escenarios similares. Hemos sido testigos de más muertes en las últimas 3 semanas que en todos nuestros años anteriores combinados. Desafortunadamente, historias similares se están volviendo más comunes y representan un territorio desconocido para muchos de nosotros, ya que tratamos de mantener nuestra humanidad y centrarnos en el paciente mientras manejamos estas situaciones difíciles. Creemos que el sistema de atención médica de EE. UU. Puede mejorar. A medida que la telemedicina y las reuniones virtuales se convierten en la nueva normalidad, también puede hacerlo la telecomunicación entre pacientes aislados y sus familias. Quizás configurar una tableta frente al paciente o reutilizar una estación de trabajo sobre ruedas iniciada en un chat de video sería una solución. Recientemente, se ha proporcionado alguna orientación sobre conversaciones difíciles pero necesarias relacionadas con Covid-19 y las formas de reducir la distancia física que debemos mantener durante la pandemia (1,2). Es posible que tales esfuerzos no representen la medicina basada en evidencia que todos intentamos practicar, pero capturan parte del arte de cuidar no solo a los pacientes, sino también a sus familiares y amigos. La orientación nacional sería beneficiosa, ya que los recursos de gestión existentes de Covid-19 se quedan cortos. Puede que no haya forma de que las familias tomen las manos de los pacientes o los abracen mientras mueren, pero con el cuidado y la compasión de los trabajadores de atención médica de primera línea, tal vez podamos aprovechar soluciones creativas para ayudarlos a sentir cierta conexión, mientras aún mantenemos a todos a salvo.

Referencias:

- 1.VitalTalk. COVID ready communication playbook <https://www.vitaltalk.org/guides/covid-19-communication-skills/>
- 2.Hollander JE, Carr BG. Virtually perfect? Telemedicine for Covid-19. N Engl J Med. DOI: 10.1056/NEJMp2003539.

Traducción por: Alejandra Katalyna Davila Valdez

Revisado: Dra. Mildred Alejandra Gutierrez Herrera