

Recomendaciones organizativas de cuidados paliativos en los sectores COVID+ Grupo COVIPAL - CME

APHP, 19/03/2020

Trabajo realizado a petición del Prof. Rémi Salomon, Presidente del CME (Comité Médico de Establecimiento) de la AP-HP Coordinador del Grupo: Dr Vianney Mourman, vianney.mourman@aphp.fr, Tel.: +33 1 71 20 71 40

En este grupo de trabajo, participaron: Dr Elisabeth Balladur (cuidados intensivos), Dr Sébastien Beaune (médico de urgencias), Dr Guy Benoit (farmacéutico), Dr Diane Bouvry (neumólogo), Emily Karsenty (psicólogo), Pr Bertrand Guidet (reanimado médico), Dr Sandrine Greffard (neurogeriatra), Dr Audrey Lebel (oncóloga, cuidados paliativos), Céline Le Bivic (psicóloga), Dr Matthieu Le Dorze (anestesiista reanimador), Dr Romain Sicot (psiquiatra), Dr Isabelle Triol (cuidados paliativos), Dr Laure Varin (psiquiatra), Pr Marc Verny (geriatra), Dr Dominique Vodovar (reanimador médico), Frédéric Wojeik (infermero)

La epidemia de COVID 19 enfrentado a nuestro sistema hospitalario a situación inédita. La elevada tasa de mortalidad descrita en el extranjero y en ciertas regiones francesas nos lleva a reflexionar sobre una organización específica de los cuidados paliativos en esta situación excepcional que, posiblemente, conlleve, *in extremis*, a un contexto de saturación de nuestro sistema de atención sanitaria.

El propósito de este documento es ayudar a los equipos que atenderán a los pacientes COVID 19+ después de cualquier recurso terapéutico curativo. Su objetivo es permitir que los pacientes terminen su vida de la manera más serena posible, o al menos lo menos mal posible, en este contexto excepcional. También se trata de idear un acompañamiento para apoyar a las familias que se vean enfrentadas brutalmente a la pérdida de un ser querido debido a la naturaleza grave del COVID19. Estas familias y allegados se verán aún más afectados porque, debido al confinamiento y a la restricción de las visitas al hospital, puede que no hayan podido estar con su ser querido tanto como les hubiera gustado.

Los profesionales sanitarios, comprometidos en su trabajo, se enfrentarán a acontecimientos para los que no están necesariamente preparados, a menudo dramáticos y recurrentes. Será necesario proporcionarles los medios para que gocen de las mejores condiciones laborales para proporcionar la mejor atención, de una manera que sea gratificante para ellos y que, en última instancia, sea lo menos traumática posible.

A petición del CME central, se creó el grupo de trabajo COVIPAL que ha redactado este documento. En el presente documento se proponen elementos de una organización operativa que se pondrá en práctica en los distintos hospitales de la APHP para mejorar los cuidados paliativos agudos de los pacientes hospitalizados en los sectores de COVID+.

Los diferentes puntos presentados son:

- La definición del paciente en cuidados paliativos en sector COVID+ y su

- proyecto de atención sanitaria
- Propuestas de organización por centro
- Pistas de trabajo respecto a
 - la acogida de los pacientes,
 - las modalidades de tratamiento,
 - el apoyo a las familias de los pacientes,
 - el apoyo de equipo.

Las propuestas formuladas en este documento se tendrán que ajustar, adaptar y completar en cada centro en función de las realidades del terreno. Su principal propósito es ayudar a la organización local.

Definición del paciente en cuidados paliativos en sector COVID+

En este documento, nos centraremos en los problemas que conlleva la gestión de los pacientes hospitalizados en el sector de atención de COVID+:

- que presenta fallos vitales,
- para quien no se indica el traslado a reanimación,
- para quien se han agotado los recursos terapéuticos curativos.

Por consiguiente, se trata de pacientes infectados y hospitalizados para los que sólo se puede proponer un enfoque paliativo. El objetivo de la atención será mejorar su calidad de vida respetando su dignidad. Así pues, será necesario orientar los medios, que la institución pone a disposición del personal sanitario, para combatir todo el sufrimiento que el paciente pueda tener que soportar. Este sufrimiento puede ser físico, psíquico, social, espiritual o incluso existencial.

En el presente documento no se abordarán las modalidades de clasificación de los pacientes con fallos vitales: las recomendaciones se publican tras el trabajo realizado por los reanimadores.

El objetivo de este documento tampoco es trazar el recorrido completo de atención sanitaria del paciente de COVID+: no abordaremos, aquí, el recorrido de atención sanitaria de los pacientes asintomáticos, con síntomas leves u hospitalizados en unidades de cuidados intensivos.

Identificar y seguir estos casos singulares

Tanto si se rechaza el ingreso del paciente en la unidad de reanimación como si su estado se deteriora durante la hospitalización en el sector de COVID, es esencial que los pacientes remitidos a un proyecto de cuidados paliativos sean identificados de forma precoz para que puedan acceder a la atención que mejor se adapte a su estado. Para ello, cada centro hospitalario ha de definir los medios de dicha identificación, las modalidades de transmisión de la información y los medios de realizar la trazabilidad. Ya disponemos de la herramienta Orbis, pero tal vez deberían considerarse también otros medios, como un número de teléfono de referencia o documentos en papel, para que la identificación y la información sobre las necesidades específicas de este paciente puedan transmitirse a quienes participan en la organización de su seguimiento particular.

La creación de documentos prerrellenados, identificables rápidamente gracias a un código de colores, en lo que sólo sea necesario seleccionar casillas permitiría rastrear las decisiones tomadas y el proyecto de atención propuesto.

Un documento anexo, propuesto por el equipo colegiado de cuidados paliativos, puede servir de modelo a los equipos, que pueden modificarlo según sus necesidades o utilizarlo tal cual. Dicho documento estipula, en una cara, las modalidades de la decisión de limitar el tratamiento y, en la otra, las recomendaciones terapéuticas previstas.

Los AMA también pueden participar en la introducción de datos en Orbis del trabajo realizado con los pacientes y los informes de la comunicación con las familias, así como la compilación de la información transmitida.

Estructuración de un esquema organizativo

A nivel central de la APHP

El grupo de trabajo COVIPAL, creado por la CME, tiene como objetivo poner en marcha la dinámica de esta atención específica, en el contexto epidémico, de los cuidados paliativos en los sectores COVID+. Pese a ser imperfecto y no exhaustivo, este documento, escrito en el contexto epidémico, tiene por objeto ayudar a los equipos a "inventar" una respuesta a la urgencia impuesta por la epidemia del Coronavirus.

COVIPAL, en cooperación con el cuerpo colegiado de médicos de cuidados paliativos de la APHP y las sociedades de expertos, se propone recopilar y cotejar los diversos instrumentos y documentos que puedan favorecer la aplicación del enfoque paliativo en los sectores de COVID+ y ponerlos a disposición de estos sectores.

Las iniciativas, las experiencias exitosas o más desafortunadas y los obstáculos encontrados en el terreno pueden transmitirse a COVIPAL para que puedan perfeccionarse y difundirse en los hospitales si son de utilidad para los equipos. Los comentarios recibidos del personal de terreno ayudarán a buscar soluciones para solventar las dificultades experimentadas.

Lugar de los equipos móviles de cuidados paliativos en cada centro

En las recomendaciones formuladas por la SFAP (en cursiva), se debería: *"Si es posible, reorientar parte de la actividad de los equipos móviles hacia los servicios que acogen a los pacientes Covid 19 +, así como a los servicios de urgencia y posturgencia: dedicar parte del equipo a ayudar a la gestión de los pacientes Covid +"*.

Para el grupo de trabajo, en cada hospital, el equipo móvil de cuidados paliativos, apoyado, según las posibilidades locales, por geriatras e internistas, asume una función de referencia. Debe incluir profesionales con experiencia en cuidados paliativos.

Su misión es coordinar la actividad de cuidados paliativos en el hospital. Esta coordinación permitirá supervisar las acciones paliativas, formar y apoyar a los equipos en los servicios que se ocupan de los pacientes con COVID19.

Así pues, los miembros del equipo móvil deberían proponer y llevar a cabo formaciones cortas, en colaboración con un referente voluntario en los servicios en cada equipo (turno diurno y nocturno).

El equipo de cuidados paliativos deberá mantener su actividad en paralelo con la actividad generada por los sectores COVID+, atendiendo a los pacientes que requieran un seguimiento paliativo en el resto del establecimiento.

El equipo también puede intervenir en el proceso de toma de decisiones sobre

posibles limitaciones del tratamiento previo a la reanimación, en calidad de tercera parte externa.

Además, la SFAP también estima que, desde un punto de vista organizativo, *"será necesario aumentar la disponibilidad de los equipos móviles: ampliación de los períodos de presencia, aumento del número de turnos en los centros"*.

El grupo de trabajo sugiere que se refuercen los equipos móviles de cuidados paliativos, eventualmente mediante el despliegue de equipos móviles poco concernidos por la cuestión COVID (como los de los hospitales pediátricos, por ejemplo). Sin embargo, hay que asegurarse de dejar el personal mínimo en dichos equipos para que puedan seguir realizando sus actividades habituales.

Cada equipo se encarga de transmitir sus necesidades, en particular en términos de médicos, enfermeros o personal de apoyo (AMA, ...).

"Se podrá debatir la posibilidad de establecer un número de guardia durante el día los fines de semana y los días festivos y, si es posible en función de cada organización, también por la noche. Incluso se podría considerar la posibilidad de incluir esta guardia a escala territorial". (Se discutirá en asociación con la HAD - Hospitalización a Domicilio - y las redes de cuidados paliativos).

De nuevo para la SFAP (Sociedad Francesa de Acompañamiento y Cuidados Paliativos), el equipo podrá *"Participar en las células éticas de apoyo"*. *De esta forma, participaría en la reflexión sobre la atención a los pacientes graves, sobre las decisiones de reorganización de los servicios sanitarios que gestionan los recursos escasos, una ayuda para las decisiones médicas difíciles que ciertos equipos podrían tener que tomar.*» El CCNE (Comité Consultivo Nacional de Ética) también recomienda la creación de estos equipos de apoyo ético. Al parecer, los equipos de cuidados paliativos han de ocupar un lugar en tales dispositivos, siempre que se definan las misiones y los campos de acción de estas células éticas, así como sus márgenes de maniobra y sus límites.

En cada unidad COVID+

El grupo de trabajo propone que se nombren referentes en cada sector de atención COVID+. No tendrían que permanecer en una actividad específica de cuidados paliativos (USP like), sino que podrían acompañar y formar a sus colegas de estas unidades para permitir la implementación de la iniciativa paliativa. Estas personas referentes tendrían un vínculo directo con el equipo móvil de cuidados paliativos para recibir apoyo y conocimientos especializados.

En cada unidad, serían necesario contar con un referente médico y un referente paramédico por equipo (lo que significa 6 paramédicos por cada sector COVID).

Los referentes deben recibir una formación breve, cuyos temas principales son:

- El marco general de las limitaciones de tratamiento
- la correcta prescripción y aplicación adecuada de las prescripciones
- el apoyo a las familias
- conseguir diferenciar con eficacia y precisión:
 - o una disnea que se ha de respetar en un tratamiento curativo,
 - o una disnea en una situación paliativa que justificaría la aplicación de un tratamiento con morfina para tratar los síntomas.
 - o una dificultad respiratoria con asfixia.
- Las modalidades de utilización de los tratamientos sintomáticos específicos esenciales para los cuidados paliativos, principalmente los opiáceos a dosis

mínima efectiva para la disnea y la sedación para la dificultad respiratoria con asfixia.

Se tiene que incluir a los auxiliares de enfermería en las formaciones, ya que participan activamente en el cuidado de los pacientes y, generalmente, son los que más cerca están de él.

Se tendrá que prestar una atención especial a los equipos de noche que, a menudo, están más aislados (no siempre hay un médico de noche), tienen menos recursos y, sin embargo, asisten a muchos fallecimientos. Tal vez sea necesario reforzar su formación y el apoyo que se les brinda, y considerar la posibilidad de una presencia regular de los equipos de recursos de cuidados paliativos o, por lo menos, un acceso más fácil por teléfono cuando se produzcan las situaciones difíciles.

Hay que prever un apoyo psicológico en relación con las estructuras hospitalarias existentes para ayudar a los equipos que van a tener que atender de forma recurrente situaciones singulares, complejas y perturbadoras.

Otras intervenciones que han de promoverse entre los pacientes terminales

Más allá del trinomio clásico de “auxiliar de enfermería, enfermero y médico” que trabaja con el paciente, parece necesario afirmar que se debe movilizar a otros actores para atender a los pacientes terminales. Por ejemplo, se debe considerar la posibilidad de involucrar a psicólogos, fisioterapeutas y otros profesionales que puedan mejorar la comodidad del paciente. En cada lugar, y en cada servicio, se implantarán métodos de intervención basados en las necesidades identificadas.

Los psicólogos ya están muy movilizados y, actualmente, su estructuración se realiza a través del plan blanco médico-psicológico y los referentes psicológicos del plan blanco en cada centro, y se coordinan con los colegios. Por lo tanto, parece necesario pedir a los colegios de psicólogos de los centros y a los psicólogos de los equipos móviles de cuidados paliativos que se estructuren para proporcionar este apoyo. Cabe señalar que muchos psicólogos de consulta (cuyas actividades se han interrumpido) ya prestan apoyo a los servicios a día de hoy. Los psicólogos del EMASP (Equipo Móvil de Cuidados Paliativos) podrán contar con el apoyo de sus colegas en muchos centros.

En este contexto, también se debería recurrir y movilizar a psiquiatras y equipos de enlace psiquiátrico.

También será necesario que los pacientes que lo expresen o lo necesiten puedan recurrir a los representantes de los cultos, más aún si el paciente o su familia desean realizar ritos mínimos tradicionales (dentro del límite de lo que es realmente factible dadas las limitaciones de la situación sanitaria y, en particular, por la necesidad de la introducción inmediata en el ataúd). Cabe señalar que se tendrá que garantizar la seguridad frente a infección de los representantes religiosos solicitados.

Sectores específicos COVID-cuidados paliativos

Las recomendaciones de la ARS-SFAP sugieren *"la creación de una unidad dedicada a los cuidados paliativos dentro de los hospitales que reciben pacientes infectados.*

La creación de este tipo de unidad sólo es necesaria cuando las capacidades de los servicios de cuidados que reciben a los pacientes covid + lleguen a una situación difícil para garantizar los tratamientos curativos debido a la afluencia masiva de pacientes.

Su objetivo es:

– Recibir a pacientes infectados con Covid 19 para los que se decidirá, bien al principio

del tratamiento, o bien al final de la fase inicial del tratamiento, que el objetivo es meramente paliativo, para acompañarlos hasta su muerte.

– Garantizar la mejor atención sanitaria para ese paciente respetando las reglas de confinamiento para evitar cualquier posible diseminación viral.

Elementos de su organización:

- Esta unidad debería encontrarse en un establecimiento de referencia "Covid 19 +".*
- La responsabilidad de esta unidad puede confiarse mejor al médico responsable del equipo móvil del establecimiento o a un geriatra.*
- Los profesionales del equipo móvil vendrán en refuerzo del personal sanitario que trabaje en esta unidad.*
- Los médicos adscritos a esta unidad estarán en contacto permanente con los demás departamentos del establecimiento, que se harán cargo de los pacientes infectados (circuito de urgencia - servicio de neumología y enfermedades infecciosas - reanimación) para facilitar la admisión y la orientación de los pacientes.*
- Las visitas estarán restringidas como en las unidades de cuidados paliativos".*

El grupo COVIPAL opina que se tendrá que evaluar, caso a caso, la conveniencia de establecer tales unidades en cada centro.

El grupo se ha reunido y ha debatido con el personal sanitario de unidades de medicina interna reasignados al sector COVID+, que ya ha efectuado cuidados paliativos de forma regular. Manifiestamente, estos profesionales de la salud prefieren considerar la posibilidad de trabajar en unidades mixtas curativas-paliativas de COVID+. En su formulación, estas unidades mixtas se justifican por la idea de no ver restringida su actividad: temen ser "asignados" exclusivamente al «final del servicio» de cuidados paliativos. Evocan el hecho de que están dispuestos a encargarse de los pacientes terminales, pero que, de forma paralela, también necesitan atender a pacientes con mejor salud. Necesitan ver a pacientes mejorar y curarse para poder atender adecuadamente a los pacientes terminales.

Si se estableciera este tipo de unidades, habría que considerar la posibilidad de contar con personal voluntario, bien formado y competente para esta actividad específica de cuidados paliativos en el contexto de la epidemia. También será necesario proporcionar los medios para apoyar eficazmente a estos profesionales sanitarios que se enfrentan a una labor cotidiana que podría resultar física y psicológicamente agotadora, ya que es distinta de la de las unidades de cuidados paliativos tradicionales (frecuencia de las muertes, brutalidad del agravamiento, síntomas, edad de los pacientes, etc.).

Se ha de reflexionar en las fases previas al sector hospitalario COVID+

Hay personas que desean terminar sus vidas en su domicilio. Una vez que el paciente ya no pueda obtener ningún beneficio permaneciendo en el hospital, sería conveniente considerar un procedimiento que le permita regresar a su hogar rápidamente, siempre que el paciente y su familia así lo deseen y que la atención sea técnicamente factible en el hogar. En ese caso, es esencial procurar todos los medios para garantizar la comodidad y la seguridad del paciente y su familia en el hogar. El dispositivo tendrá que ser reactivo, dada la evolución clínica esperada. También podrían organizarse regresos a residencias de ancianos dependientes siempre que se cuente con el acuerdo de las instituciones concernidas, que pueden mostrarse reacias, y que éstas dispongan de la capacidad para poner en práctica los cuidados previstos. Es conveniente contar con el apoyo de un equipo especializado (HAD - Hospitalización a Domicilio -, o red).

La HAD se organiza para poder favorecer un regreso rápido de estos pacientes a sus

hogares. Ya se dispone de la competencia, que se está reforzando desde un punto de vista médico, para acompañar estas situaciones clínicas, incluso con sedaciones. Los equipos de apoyo de las redes y las HAD están trabajando para articularse de forma complementaria para garantizar una buena cobertura territorial en la región.

La participación de todos los profesionales y las estructuras ambulatorias voluntarias debería permitir una gradación del seguimiento según las necesidades identificadas al dar el alta (ambulatorios, enfermeras liberales, SSIAD - servicios de enfermería a domicilio, por sus siglas en francés).

Crear recomendaciones, protocolos y herramientas prácticas para los equipos

El grupo COVIPAL estima que es necesario poner a disposición del personal sanitario que realiza el seguimiento de los pacientes terminales herramientas y recomendaciones prácticas y fáciles de usar.

Distintos equipos de la APHP, HAS, ARS y las sociedades de expertos ya han identificado las herramientas de evaluación o tratamiento que se recogerán y difundirán.

Pueden referirse, por ejemplo, al lugar del oxígeno, la analgesia, la evaluación y el tratamiento de la disnea y otros síntomas del final de la vida, la sedación para la insuficiencia vital, la toma de decisiones (cuestionario del Dr. Sebag Lanoe para los ancianos), el apoyo a las familias, la comunicación, ...

Se podría prever la elaboración de una check-list de ayuda en la toma de decisiones, o incluso de protocolos para el uso de tratamientos paliativos y directrices para la continuación o interrupción de los tratamientos.

Se podría ofrecer un módulo de formación breve y práctico para ayudar a los equipos a adquirir la formación básica necesaria para mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

Promover el acceso a los medicamentos y dispositivos esenciales para los cuidados paliativos

En cada establecimiento se debe comprobar la disponibilidad y los stocks de los medicamentos necesarios para permitir los cuidados paliativos o la sedación en caso de dificultad respiratoria asfixiante.

De forma prioritaria, se tiene que comprobar la cantidad de:

- Paracetamol en IV, vía oral o supo utilizado contra el dolor y la fiebre
- Morfina LI vía oral y morfina (10 mg/1 ml) utilizada en la polipnea y el dolor
- Midazolam (5 mg/5 ml) utilizado para la ansiólisis (cuando es imposible la toma por vía oral) o la sedación
- Escopolamina (0.50 mg/2 ml – 3 a 6 ampollas/24 horas) utilizada en la congestión terminal
- Largactil (25 mg/5 ml) ampolla y Haldol (2mg/ml) por vía oral utilizado en caso de alucinaciones con opioides y en caso de náuseas o vómitos
- Necesarios para los tratamientos de boca

Cada centro define los otros medicamentos que podrían ser necesarios y comprueba su disponibilidad local.

Desde un punto de vista organizativo, la dirección, por ejemplo, con la ayuda de operadores logísticos, en colaboración con un farmacéutico referente identificado, podrían encargarse de recopilar todas las necesidades. Trabajarían para garantizar la disponibilidad de cantidades suficientes de medicamentos en los servicios las 24 horas

del día y los 7 días de la semana.

Se ha enviado una solicitud a la AGEPS (Agencia General de los Equipos y Productos de Salud) para comprobar la disponibilidad de estos medicamentos para su entrega a la APHP.

En función de las necesidades y las costumbres de servicio, se favorecerá la vía subcutánea de administración de estos medicamentos si la vía oral es imposible y el paciente no tiene previamente una perfusión intravenosa. Sin embargo, parece que muy pronto se va a producir una escasez de bombas de jeringuillas, así pues ¿podría preverse el relevo con infusores?

La forma de parche para los antálgicos, aunque pueda parecer práctica de uso, no se privilegiará, debido a su largo plazo de acción y de las dificultades para definir la dosificación adaptada, particularmente, en los pacientes ancianos.

Acompañar a la familia del paciente

El acceso de los familiares es muy limitado en el contexto del confinamiento y de la limitación de las visitas a las zonas de COVID+.

Todo el mundo parece haber entendido la importancia de las medidas sanitarias para frenar la propagación de la epidemia. No obstante, el grupo COVIPAL se pregunta sobre las adaptaciones que se pueden proponer en el contexto del fin de la vida para que el paciente pueda estar rodeado de sus seres queridos en sus últimos momentos. El debate sobre la definición de la temporalidad de lo que se considera "fin de la vida" es inagotable. El grupo considera que para definir ese momento será necesario basarse en la experiencia del personal sanitario. En ese momento, en función de la capacidad de cada servicio, puede ser necesario relajar los reglamentos y abrir las puertas de la habitación del paciente a sus familiares.

Por este motivo, parece necesario limitar el acceso al lecho del paciente a las personas más cercanas o a las que él haya designado, fijando el límite en un máximo de dos personas (con una eventual rotación y respetando las estrictas reglas de las medidas de barrera) y de duración. La experiencia del hospital Avicenne, que ha movilizado a personal externo para ayudar a las familias a vestirse para garantizar la seguridad sanitaria (algo que lleva mucho tiempo a los equipos sanitarios) parece una iniciativa interesante que se ha de estudiar y, posiblemente, extender.

¿No deberíamos crear una ficha explicativa para las familias sobre este tipo de apoyo para que puedan prepararse con antelación? Esta ficha también permitiría a los familiares tener los datos de contacto de las distintas personas a quien recurrir en el hospital.

Informar a la familia y a los amigos sobre el estado de salud del paciente también es fundamental para los familiares del paciente. Las modalidades de información se elaboran en las diferentes estructuras. Por ejemplo, en algunos departamentos, se hacen llamadas periódicas a la familia del paciente para darle noticias. Estas llamadas las realiza el médico referente, o los internos, las enfermeras a cargo del paciente. Además de transmitir información, estas llamadas permiten identificar a las personas que podrían estar autorizadas a entrar en la habitación del paciente en su fase terminal. En algunos centros, los externos, formados y dirigidos por los psicólogos o coordinadores de trasplantes (que tienen una amplia experiencia en informar a las familias) podrían participar en esta labor de información.

Se podría considerar la posibilidad de ampliar la experiencia de los servicios que han

implantado contactos mediante tablets, con aplicaciones como Skype® o Whatsapp®, para facilitar la comunicación entre los pacientes y sus familiares siempre que sea posible. Sin embargo, en la medida de lo posible, se tendrá que comprobar que el paciente está de acuerdo con la transmisión de la información y que no se superan los límites del secreto médico.

También debería considerarse el apoyo a las familias en el contexto de las restricciones de movilidad. El apoyo psicológico a las familias (padres, hijos...) de los pacientes con COVID 19 y el seguimiento de las familias en duelo está siendo objeto de reflexión en los colegios de psicólogos.

Habría que prestar especial atención a los niños que puedan necesitar un apoyo especial.

Se podrían proponer teleconsultas, pero las preguntas que esto plantea son múltiples: ¿Cómo determinar quién las necesita? ¿Cómo acceder a las familias y presentarles las formas en que pueden recibir ayuda? ¿Cuáles serían los límites de este apoyo telefónico?

Acompañar a los parientes en el momento de la muerte e inmediatamente después de ella también es crucial. Seguramente, es un momento en el que los psicólogos podrán estar presentes, o al menos podrán reanudar el contacto sistemático con las familias (ya sea el psicólogo que ya conocía a la familia o el psicólogo del EMASP - Acompañamiento y cuidados paliativos).

Dada la magnitud del apoyo que se ha de prestar, ¿no se debería alentar al Estado a movilizar a los psicólogos que actualmente se encuentran confinados en sus casas porque las estructuras en las que trabajan están cerradas? ¿No deberían crearse centros de llamadas (con un número gratuito) que ofrezcan apoyo a los familiares de los pacientes hospitalizados en el sector de COVID donde las visitas están restringidas o prohibidas?

Reflexionar sobre los momentos singulares de la muerte y después de la muerte

Como ya se ha mencionado anteriormente, debido al confinamiento y a la prohibición de visitas en los sectores COVID+, algunas familias no podrán estar presentes y no verán empeorar el estado de su ser querido, ni presenciarán el momento de la muerte, mientras que en condiciones normales podrían haberlo hecho. Además, debido a las normas de higiene, que exigen que los cuerpos de los difuntos sean rápidamente envueltos en una funda hermética, los familiares tampoco tendrán siempre acceso a los restos del difunto para recogerse junto a él.

Es importante que, en cada unidad, se trabaje la forma de anunciar la muerte: quién lo hará y cómo, sobre todo por la noche.

También podemos preguntarnos cómo transcurrirá su luto posteriormente si no pueden ayudar y apoyar a su ser querido en ese trance: sin entrar en teorías psicológicas demasiado complejas, podemos preguntarnos qué parte fantasmática quedará de estos acontecimientos y de su realidad.

Otra idea pertinente sería conocer y rastrear las condiciones de la muerte del paciente para que pueda ser transmitida a los familiares en el período inminente después de la muerte, pero también más tarde, si así lo desean para realizar su proceso de luto.

También hay que trabajar con las morgues, que a menudo están muy comprometidas en el apoyo a los familiares de luto, para ayudarles a acoger a las familias de los

fallecidos y proporcionarles una atención adecuada en este contexto particular. Convendría pensar en cómo poner a disposición los medios para ayudar a las familias a llevar a cabo los ritos funerarios mínimos, o incluso simbólicos, que consideren necesarios. Estos ritos suelen ser de gran importancia para las familias: han sido creados por cada sociedad o cultura para acompañar al difunto y permitir que comience el proceso de duelo. Podemos imaginar su importancia en las condiciones del final de la vida de esta epidemia.

Apoyar al personal sanitario

Como ya hemos visto en múltiples ocasiones a lo largo de este documento, en este contexto epidémico, el personal sanitario (profesionales paramédicos, médicos y profesionales sanitarios en formación) se verá confrontado a situaciones difíciles. A menudo están muy comprometidos y deseosos de ayudar. Como es probable que esta situación se prolongue, parece esencial ofrecer apoyo al personal sanitario.

Esto incluye recompensas y un reconocimiento de su trabajo y su compromiso.

Esto también requiere dispositivos adaptados a las diferentes aspiraciones y posibilidades de los profesionales. Así pues, se tendrán que proponer grupos de debate, un seguimiento individual y otros dispositivos que las personas competentes puedan considerar pertinentes. Se tendrá que comprobar que la información relativa a su existencia llega a todo el personal sanitario.

Además, se tiene que proponer una consulta y un seguimiento psiquiátrico adaptado, que tendrán que resultar fáciles de acceso para nuestros compañeros que estuviesen psicológicamente agotados en su trabajo diario de cuidados. También convendría poder identificar este tipo de situación. Los equipos psiquiátricos de los distintos hospitales ya están trabajando en este tema.