



Guía Rápida

Recomendaciones para el control sintomático de personas afectadas por la enfermedad COVID 19, que requieran de atención paliativa.
Centro Universitario Multidisciplinario de tratamiento del Dolor Crónico y Cuidados Paliativos.

- 1. Comunicación en situaciones específicas COVID-19**
- 2. Control de síntomas frecuentes**
- 3. Protocolo de sedación paliativa**
- 4. Intervención específica del equipo de Cuidados Paliativos**
- 5. Referencias**



1. Comunicación en situaciones específicas COVID-19:

Ante la pandemia actual de COVID 19, es necesario garantizar el control sintomático y el acompañamiento de los pacientes como así también el soporte emocional necesario a sus familiares, destacando la importancia de una atención cercana, individualizada y compasiva, atendiendo los distintos niveles de sufrimiento. En este contexto, no debe perderse de vista que el proceso de morir merece seguir siendo cuidado y humanizado.

Estas recomendaciones están especialmente dirigidas para los pacientes COVID 19 que, después del triage realizado, no sean candidatos a ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos, pero que se encuentren con una carga sintomática grave que requiera de una atención paliativa para aliviar síntomas y sufrimiento.

Recomendaciones generales:

- Posibilitar el contacto con un referente afectivo (virtual o presencial), teniendo en cuenta los criterios epidemiológicos de aislamiento vigente cuando el paciente se encuentre con un pronóstico de vida limitado en sala común.
- Indagar en la existencia de documento de voluntades anticipadas. De no contar con ello evaluar incluirlo en el protocolo.
- Indagar en la necesidad de sostén espiritual de los pacientes (atención de ministros religiosos, etc.).
- Fortalecer las herramientas de la comunicación como la empatía, escucha activa, compasión y respeto.
- Desde una perspectiva bioética, los profesionales de la salud deben enmarcar su práctica en los siguientes principios:
 - Deber de brindar atención. Los cuidados paliativos son un componente crítico de cualquier plan de clasificación pandémica, y los profesionales tenemos la obligación de brindar atención y aliviar el sufrimiento equilibrando este deber con las obligaciones en competencia para proteger nuestra propia salud y la de nuestras familias.
 - Equidad y reciprocidad. Deberíamos enfocar mayores recursos paliativos en pacientes que asumen una mayor carga en el sistema de clasificación, como los pacientes críticos que no son candidatos a recibir terapia de soporte vital. Estos pacientes (y sus familias) corren un gran riesgo de sentirse abandonados por el sistema de atención de salud y deben recibir atención orientada a objetivos terapéuticos de confort por un equipo interdisciplinario en cuidados paliativos.



2. Control de síntomas frecuentes:

- Utilizar la medicación en infusión continua (endovenosa o subcutánea en bomba 21ml/h o macrogoteo a 7 gotas x min) con el objetivo de minimizar las visitas presenciales por parte de personal sanitario y disminuir el riesgo de contagio.
- Extremar las medidas de seguridad y protección por parte del personal sanitario según las indicaciones del Ministerio de Salud en cuanto a la atención y cuidados de personas afectadas, confirmadas o con alta sospecha de afectación por COVID 19.

Síntomas más frecuentes:

SÍNTOMAS	FÁRMACOS	FORMA DE ADMINISTRACIÓN	COMENTARIOS
DISNEA	Morfina (amp: 1 ml/10mg)	Dosis de inicio: 2.5 mg EV/SC en bolo. Dosis de mantenimiento: De 10 a 30 mg/ en 500 ml SF a 21 ml/h en BIC	Ajustar dosis en función de la respuesta. Vigilar la NEUROTOXICIDAD: Alucinaciones, sedación intensa, mioclonías, confusión. En ese caso reducir dosis de morfina 50% e hidratar.
	Corticoides	Mantenerlos si los tiene indicados o pautar 4 mg de dexametasona/24hs por la mañana.	
TOS SECA PERSISTENTE	Dextrometorfano Codeína (comp.)	15-30 mg c/ 6 h. o 30-60 mg/día VO cada 6 h.	Si no hay respuesta retirarlos y utilizar morfina igual dosis que para disnea.
SECRECIONES RESPIRATORIAS	Hioscina (amp 1 ml/20mg)	Dosis mantenimiento: 60 a 120 mg/ 500 ml SF a 21 ml/h BIC EV/SC	En caso de abundancia de secreciones u estertores
NAUSEAS VOMITOS	Metoclopramida (amp 2ml/10 mg)	30 a 120mg /500 ml SF a 21 ml/h BIC EV/SC	Se utilizan (uno u otro) para la prevención de náuseas y vómitos en el inicio de la administración de opioides.
	Haloperidol (amp 1 ml/5mg)	2.5 a 5 mg /500 ml SF a 21 ml/h BIC EV/SC	



DELIRIUM HIPERACTIVO.	Midazolam (amp 3ml/15 mg)	15mg /500 ml SF a 21 ml/h BIC EV/SC	En caso de delirium refractario iniciar sedación paliativa.
	o Levomepromacina (amp 1 ml/25 mg)	25 mg / 500 ml SF a 21 ml/h BIC EV/SC	
FIEBRE	Paracetamol (Fco amp 1gr) Ketorolac (amp 2ml/30mg)	1gr /6-8h EV 30mg cada 8h SC/EV	

En el caso de que coexistan varios síntomas la indicación sería la administración de hasta 3 fármacos en 500 ml de SF (Ej: SF 500 ml + 3 amp de morfina + 3 amp hioscina + 1 amp haloperidol a 21ml/h en BIC). Los corticoides deben administrarse separadamente.

Medicación de rescate.

- Se dejará indicada cuando la sintomatología no esté controlada.
- La dosis de rescate corresponderá al 10% de la dosis total/día.
- En caso de detectar alto nivel de sufrimiento por disnea u otro síntoma refractario al tratamiento adecuado, estaría indicada la sedación paliativa.

3. Protocolo de sedación paliativa

Introducción

La sedación paliativa consiste en la administración de fármacos sedantes en las dosis y combinaciones requeridas para provocar la disminución deliberada del nivel de conciencia en pacientes que presenten sintomatología refractaria y sufrimiento intolerable encontrándose en fase de últimas horas /días de vida.

Objetivos

1. Establecer el tratamiento adecuado para realizar la sedación paliativa en los pacientes ingresados a sala de Coronavirus con síndrome de distress respiratorio agudo sin respuesta al tratamiento específico y sin criterios de UTI.
2. Determinar fármacos, dosis adecuadas, combinaciones y vías de administración para realizar esta maniobra terapéutica.

Población

Pacientes ingresados con COVID19 con síndrome de distress respiratorio agudo y/o síndrome confusional agudo sin respuesta al tratamiento específico y sin criterios de UTI en los que existe sintomatología refractaria y sufrimiento intolerable y muy corta expectativa de vida.



Procedimiento

El procedimiento consiste en la administración de medicación a las dosis y combinaciones necesarias para conseguir confort en el paciente con distress respiratorio agudo secundario a infección por COVID19, cuando bajo el criterio del equipo tratante no hay respuesta al tratamiento específico y no se cumplen criterios de ingreso en UTI.

1-Toma de decisiones

- Decisión consensuada en el Equipo Terapéutico

2- Explicación del procedimiento a la familia (vía telefónica, si no es posible la comunicación directa con la familia por situación de aislamiento ante caso confirmado)

- Explicar el objetivo de la sedación, la intención y la proporcionalidad
- Explicar que la expectativa de vida desde el inicio de la sedación es difícil de determinar, pero que puede ir de horas a días

3-Medicación que se debe suspender:

- Heparina de bajo peso molecular.
- Antibióticos
- Trasfusiones
- Hidratación y alimentación
- Medicación antiviral específica
- Aerosoles

4-Registro

- Registrar el procedimiento en HC.

No es necesario el consentimiento informado escrito por paciente o familia en HC.

5-Manera de realizar la sedación

Los síntomas más frecuentes que pueden motivar la sedación paliativa serán probablemente Disnea e inquietud (cuadro confusional).

Fármacos de elección:

- **Midazolam** (amp 15mg/3ml) (Primera opción)
- **Levomepromazina** (amp 25mg/1ml) (Primera opción si el síntoma es Delirium)

a) Midazolam

Dosis inicio: 1ml (5mg) repetir cada 5 minutos EV/SC hasta lograr la sedación.

Dosis de mantenimiento: La dosis requerida se multiplicará x 6.

Dosis de rescate: Dosis que se utilizó para lograr la sedación inicial.

Dosis máxima: 240mg/24h

Ej: dosis de inicio 15 mg (=1 amp) en 15 minutos x 6 dosis =90 mg (6mp/24h).

Indicación: SF 500ml + 6 amp de midazolam a 21ml/h x BIC

Rescates: con 1 amp de midazolam si excitación y/o desasosiego y evaluar respuesta.



b) Levomepromazina

Dosis inicio: Se calcula la dosis de inicio de manera similar que el midazolam, pero con dosis iniciales de 12,5 -25mg cada 15 minutos hasta lograr sedación, con un máximo de tres dosis /75mg.

Dosis de mantenimiento: En función de la dosis utilizada en la inducción se recomienda infusión continua entre 75 -100 mg /24h.

Dosis rescate: Es idéntica a la dosis de inicio y podría utilizarse cada 6/8h.

Dosis máxima: 300mg/24h

- ❖ Si no se alcanza la sedación adecuada con estas dosis, habrá que pasar a un tercer escalón con fenobarbital o propofol, en estas situaciones se recomienda contactar con profesionales de cuidados paliativos o anestesia.

Utilización de otros fármacos durante la sedación.

Se recomienda mantener durante la sedación algunos fármacos esenciales. Entre ellos los anticolinérgicos (indicados como antiseoretos bronquiales) y los opioides, que no deben ser retirados durante la sedación.

- N Butil bromuro de hioscina (buscapina)** amp 20mg/ml. Dosis: 60-120mg
- Morfina** amp 10mg/1ml

- **Dosis de inicio:** ½ amp (5mg) en bolo EV/SC
- **Dosis de mantenimiento:** 3amp /24hs a 21ml/h x BIC
- **Dosis de rescate:** 5mg en bolo EV/SC.

Pacientes que reciben por primera vez morfina podrían presentar retención aguda de orina, principalmente durante las primeras 24hs, manifestándose con un cuadro de agitación psicomotora que no responde a la dosis de rescate, requiriendo en dicho caso la colocación de sonda vesical.

4. Intervención específica del equipo de Cuidados Paliativos

Criterios para la intervención del equipo de cuidados paliativos:

- Pacientes con pronóstico de vida limitado (últimos días/horas de vida) que no tiene indicación de asistencia o soporte vital de acuerdo a la clasificación de triage.
- Pacientes y familias en situación de alta vulnerabilidad (ver indicadores #).
- Pacientes con necesidades complejas de control de síntomas
- Pacientes cuyo síntoma no se haya controlado adecuadamente mediante protocolos estandarizados.



Objetivos:

- Identificar situaciones de alta vulnerabilidad de pacientes con COVID 19 y sus familias y /o entorno significativo a fin de implementar intervenciones psicosociales específicas.
- Brindar acompañamiento a los profesionales de salud para la comunicación de información pronóstica.
- Facilitar recursos para favorecer la comunicación entre el paciente y la familia en el contexto de aislamiento.
- Brindar soporte psicosocial con el fin de prevenir duelos complicados (de manera presencial o telefónica)
- Implementar intervenciones psicosociales y espirituales que favorezcan el proceso de morir de un modo cuidado y humanizado.
- Acompañar y asesorar al equipo de profesionales que participa en la atención de pacientes COVID19 en la toma de decisiones complejas.

#Indicadores de vulnerabilidad

- Personas sin familia y sin red de apoyo
- Personas con red de apoyo frágil
- Personas en situación de tránsito (turistas, residentes de otras provincias)
- Hogares monoparentales con niños y adolescentes con escasa red de apoyo
- Personas en situación de calle.
- Personas con padecimiento mental
- Niños con progenitores/cuidadores afectados con COVID19 con escasa red de apoyo.
- Personas con necesidad de soporte emocional derivada de la situación de aislamiento.

5. Referencias:

“Guías rápidas de apoyo y control sintomático en pacientes avanzados con COVID-19”, Clínica Universidad de Navarra, Versión 2.0, España, 2020.

“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”. Guía de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), 2020.

“Protocolo de atención a pacientes en situación de gravedad o últimos días y éxitus en la crisis del COVID-19”, Unidad de cuidados paliativos, servicio de salud mental, Hospital Universitario La Paz, Hospital Carlos III, Hospital Cantoblanco, Madrid, España, 2020.

Documento “Cuidados Paliativos en Pandemia”, Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMYCP), 2020.



