

PROCEDIMIENTO TECNICO

PROCESO

ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

NOMBRE:

CUIDADO PALIATIVO Y SEDACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES CON COVID-19

CÓDIGO DEL DOCUMENTO:

06PH13-V1



05GC04-V2

1. APROBACIÓN

	CARGO	NOMBRE	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Médico Subespecialista en Psiquiatría de Enlace y Psicoanalista.	Laura M. Saavedra R.	24/04/2020	
REVISÓ	Subdirectora de UCI	María Teresa Ospina	26/04/2020	
	Especialista en Anestesiología y Reanimación, subespecialista en Dolor y Cuidado Paliativo	Víctor Hugo González Cárdenas	26/04/2020	
	Médico Especialista en Psiquiatría	Carolina Alba Rosero	26/04/2020	
	Director Científico	Nelson Cristóbal Aristizabal Aristizabal	26/04/2020	
APROBÓ	Jefe Oficina Asesora de Planeación	Vivian Castañeda	30/04/2020	
	Gerente	Javier Mancera	30/04/2020	

2. OBJETIVO

Definir los lineamientos de manejo paliativo de síntomas que generen sufrimiento o impacten negativamente la calidad de vida para los pacientes con sospecha o diagnóstico de enfermedad viral **COVID-19**, así como los que se encuentran en situación de gravedad y probablemente en las últimas horas o días de vida (proceso de fallecimiento), que requieran el alivio de sus síntomas, y acompañamiento en esta fase, el cual incluye el soporte emocional al paciente, su familia y/o seres queridos, por parte de todos los médicos generales y especialistas que laboren en el hospital.

3. INDICACIONES

Todos los pacientes hospitalizados con sospecha o diagnóstico de infección por COVID 19 serán candidatos a paliación de síntomas, si estos están generando sufrimiento e impactan negativamente la calidad de vida y siempre y cuando su tratante lo considere pertinente tras la evaluación riesgo beneficio individual.

Serán candidatos a sedación paliativa:

- Pacientes prioridad 4 (ver documento Decisiones éticas durante la Pandemia COVID-19 código 06DE01)
- Pacientes con voluntad anticipada en la cual solicite este manejo o no desee medidas de cuidado avanzado.
- Pacientes intubados, que pese al manejo óptimo no muestren mejoría clínica en un tiempo razonable de acuerdo a la evaluación del equipo tratante de cada caso de manera individualizada.

PROCEDIMIENTO TECNICO

PROCESO

ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

NOMBRE:

CUIDADO PALIATIVO Y SEDACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES CON COVID-19

CÓDIGO DEL DOCUMENTO:

06PH13-V1



05GC04-V2

- Pacientes que ingresen con enfermedad grave en un contexto de escasos recursos en el cual no se cuente con medidas avanzadas e intensivas de cuidado.

4. RIESGOS ASOCIADOS

Efectos adversos en la administración de los manejos indicados

5. MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS Y SUS CONDICIONES

Elementos de comunicación

Talento humano: Especialistas, Sub especialistas, Médicos generales, Enfermeras y personal técnico de enfermería, Trabajo social, Psicólogos y acompañantes espirituales.

6. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y RESPONSABLES

El cuidado del paciente en proceso de muerte inminente no debe diferir significativamente del estándar de las mejores prácticas en cuidado paliativo, pero hay algunas modificaciones pertinentes en enfermedad por COVID-19 a considerar con respecto a:

- Manejo no farmacológico.
- Manejo farmacológico.
- Retiro de tratamientos de soporte vital.
- Apoyo para el personal que brinda atención al final de la vida.

Estas recomendaciones incluyen la atención de aquellos enfermos graves ingresados en los hospitales tras una evaluación apropiada en el triaje, no sean candidatos a ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos, pero se encuentren con una carga sintomática importante que requiera de una atención paliativa que alivie sus síntomas y sufrimiento.

Dado a que el COVID-19 es una enfermedad altamente transmisible, se recomendará el uso de la medicación en infusión subcutánea continua o en bomba de infusión intravenosa con el objetivo de minimizar las visitas presenciales por parte de personal sanitario o de los cuidadores y disminuir el riesgo de contagio, siempre manteniendo las medidas de seguridad y protección por parte del personal sanitario y/o del cuidador o acompañante familiar 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.

Es de vital importancia que la atención que brindemos a los pacientes sea cercana, individualizada, cálida y compasiva, atendiendo a todos los niveles de sufrimiento. Los fármacos, las vías de administración y los protocolos, así como la actitud de escucha empática, el respeto, son herramientas esenciales en manos de profesionales que atienden personas y todas estas medidas son necesarias e invaluable.

La determinación de la voluntad anticipada y discusiones acerca de objetivos terapéuticos antes de la instauración de la enfermedad aguda grave debería ser de alta prioridad por tres razones:

1. Se deberán evitar tratamientos intensivos para mantener la vida cuando esto no sea deseado por los pacientes.
2. Evitar cuidados no beneficiosos o no deseados de alta intensidad se vuelve especialmente importante en tiempos de posible o agotamiento instaurado de la capacidad asistencial.
3. La provisión de manejo de alta intensidad no beneficioso o no deseado puede exponer a otros pacientes, familiares y trabajadores de la salud en mayor riesgo de transmisión de la enfermedad.

La planificación de atención de manera anticipada para garantizar que los pacientes no reciban atención que no desearían si progresan a un estado grave de enfermedad en donde su capacidad para tomar decisiones se encuentre comprometida, se debe iniciar desde el ingreso a la hospitalización y de no haberse logrado en ese instante, en cualquier momento durante la estancia.

Siempre que sea posible se tratará de evaluar la existencia de un documento de voluntad anticipada del paciente y de no existir se debe preguntar acerca de sus deseos con respecto a

PROCEDIMIENTO TECNICO

PROCESO

ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

NOMBRE:

CUIDADO PALIATIVO Y SEDACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES CON COVID-19

CÓDIGO DEL DOCUMENTO:

06PH13-V1



05GC04-V2

procedimientos invasivos y objetivos de tratamiento y documentar y actualizar esta información en la historia clínica. La voluntad anticipada puede realizarse y documentarse en cualquier momento de la atención, de acuerdo a la reglamentación de la resolución 2665 de 2018 que dispone que para su validez debe registrar:

- Fecha y ciudad de expedición.
- Nombre completo y documento de identificación
- Indicación concreta y específica de que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y libre de toda coacción y que conoce y está informado de las implicaciones de su declaración.
- Manifestación específica, clara, expresa e inequívoca respecto a sus preferencias en relación al cuidado futuro de su salud e integridad física, así como indicaciones concretas de su cuidado y preferencias al final de la vida, que considere relevantes en el marco de sus valores personales, su entorno cultural, sus creencias religiosas o su ideología.
- La firma del paciente o huella.

En el contexto mundial y nacional actual será suficiente la formalización del documento ante el médico tratante y se debe consignar esto en la historia clínica y anexar el documento que la sustente. Dejando claro que en algunos escenarios la situación clínica y social impedirán el cumplimiento de estos deseos (por ejemplo, cuando ya no exista indicación de algunos procedimientos o no se disponga de los medios para su realización).

Durante esta pandemia, al igual que en otros contextos de enfermedad es importante comprender los valores y objetivos de un paciente antes de discutir el manejo necesario por paro cardíaco y la necesidad inminente de medidas de reanimación; sin embargo, en el contexto actual es indispensable discutir con todos los pacientes hospitalizados sobre el uso de (reanimación cardiopulmonar (RCP) y soporte vital cardíaco avanzado (ACLS). Es importante evitar la RCP inapropiada o no beneficiosa, ya que puede aumentar la angustia psicológica de los familiares de los pacientes, adicionalmente durante la pandemia es especialmente estresante y potencialmente peligrosa para los trabajadores de la salud que aumentan significativamente el riesgo de contagio durante estas maniobras y las medidas de soporte avanzado no beneficiosos o no deseados agotan los ya escasos recursos disponibles de elementos de protección personal y de manejo para el paciente (medicamentos, ventiladores, etc). Por lo tanto, la pandemia de COVID-19 aumenta la importancia de implementar apropiadamente órdenes de no reanimar (NR) para los pacientes hospitalizados, esta puede derivarse de una decisión del paciente, el consentimiento o asentimiento del representante del paciente tras una recomendación médica o por una decisión unilateral del equipo, cuando la RCP no este indicada o no tenga posibilidad de éxito.

Desde el ingreso y dada la restricción de visitas durante la estancia hospitalaria, para minimizar el contagio de la población, se debe facilitar en la medida de lo posible la comunicación de los pacientes con sus familias, estableciendo líneas de comunicación de los pacientes con sus familiares cuando las circunstancias así lo permitan. Ya que de empeorar la condición del paciente y/o la situación general de salud, ese momento probablemente sea el último contacto entre las partes.

Si esto no es posible (como sucederá en muchos casos), es importante establecer una forma eficaz de transmitir información del estado del paciente a sus familiares por parte del equipo médico.

El objetivo del manejo paliativo es minimizar y/o controlar los síntomas que frecuentemente afectan la calidad de vida (QOL) y el bienestar de las personas.

Vale la pena resaltar ante casos difíciles, retos éticos, alergia, no disponibilidad de medicamentos, difícil manejo familiar o del paciente, refractariedad a medidas paliativas a pesar de lo protocolizado, podrá recibir apoyo por las subespecialidades de dolor y cuidado paliativo y psiquiatría de enlace, tanto para el análisis del caso, la tomas de decisiones y el manejo y se nos podrá contactar por medio de solicitud de interconsultas, contactar a través de los correos institucionales o a los números celulares de los especialistas a los que se puede acceder en la oficina de referencia de la institución (extensión 10003)

Así mismo y de acuerdo a la necesidad específica del caso se podrá considerar apoyo adicional al comité de ética institucional, cuya solicitud se debe realizar al correo enfermería.jefe14@hus.org.co

PROCEDIMIENTO TECNICO

PROCESO

ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

NOMBRE:

CUIDADO PALIATIVO Y SEDACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES CON COVID-19

CÓDIGO DEL DOCUMENTO:

06PH13-V1



05GC04-V2

APOYO AL PERSONAL QUE ESTA PROVENDO CUIDADO EN EL FIN DE VIDA:

Ser responsable de decisiones relacionadas sobre el racionamiento y la utilización de los recursos, además de presenciar altos niveles de sufrimiento y muerte, en circunstancias difíciles dado el aislamiento al que están sometidos los pacientes y sus seres querido, lleva a que los trabajadores de la salud presenten un mayor riesgo de agotamiento, fatiga, lesión moral e incluso mayor riesgo de desarrollo de trastornos mentales. Por lo cual es imprescindible que entre colegas y compañeros nos apoyemos mutuamente y se den espacios al inicio y finalización del turno para la expresión emocional.

Los recursos para apoyar al personal deben ser fácilmente accesibles para todos.

En el hospital de La Samaritana contamos con el centro de escucha (extensión 10802), el departamento de salud mental y psiquiatría y adicionalmente todos los trabajadores por medio de sus ARL pueden acceder a apoyos psicológicos individuales.

7. RECOMENDACIONES (Institucionales o cuidados en casa)

MANEJO SIMTOMATICO NO FARMACOLÓGICO GENERAL:

1. Manejo paliativo de síntomas en paciente potencialmente recuperable:

- Evaluación rutinaria de los síntomas y establecimiento de manejo para los mismos: cada vez que se entre en contacto con el paciente pregunte acerca de los principales síntomas, esto se puede realizar con preguntas abiertas como: ¿Hay algo que le esté incomodando en este momento en lo que pueda yo ayudarlo? O con preguntas dirigidas como: ¿Siente dolor?, ¿Siente ahogo o esta su ahogo mejor?, etc.
- Cambios de posición: No olvide que algunas posturas mejoran la disnea, enséñeles a sus pacientes cuales posiciones pueden mejorar su disnea, para que si está en capacidad las adopte el mismo, o ayúdelo cuando entre en contacto con él ofreciéndoselas.
- Cuidado ocular y bucal: especialmente en pacientes sedados.
- Apoyo emocional para el paciente y su familia: Facilite en la medida de lo posible la comunicación del paciente con sus familiares. Aproveche el momento en que entra en contacto con el paciente para hacerle saber que todos los miembros del equipo están haciendo su mayor esfuerzo para ayudarlo y que están allí para asistirlo y acompañarlo. Si es posible y el paciente así lo desea facilite el acceso a apoyo emocional y espiritual por medios electrónicos o correspondencia con el personal que se encuentre disponible (Psicología, Trabajo Social, Sacerdote o miembro de comunidad religiosa a la que pertenezca). Dadas las restricciones de visita los acudientes mantendrán contacto con el paciente y el equipo médico principalmente por medios electrónicos; esto se asociara a diversas respuestas emocionales en grados variables de intensidad, recuerde que estos sentimientos se derivan de la imposibilidad de acceso al paciente, la culpa que se deriva de no estar físicamente accesible y que es una respuesta normal ante una situación de gran estrés, no tome estas respuestas de manera personal, escuche empáticamente y valide las emociones, usando frases como: “Entiendo que se sienta _____, esta es una situación muy difícil y es apenas natural que usted como _____ de _____ se sienta frustrado ante lo que está sucediendo” y reasegure a la familia: “Acá en el hospital todo el equipo de trabajo, en el cual me incluyo, está realizando el mayor esfuerzo posible para ayudar a su _____ y mientras nosotros estemos acá, él no va a estar solo, ni sufriendo”.

2. Manejo paliativo y acompañamiento en el final de la vida:

Si el paciente está en manejo sin intención de recuperación y el objetivo terapéutico es mejorar calidad de vida y disminuir sufrimiento, siga las siguientes medidas:

- Desprescripción: Revise todos los medicamentos que está recibiendo el paciente y suspenda aquellos que no contribuyen a mejorar la calidad de vida y disminuir el sufrimiento.
- Retiro de dispositivos no esenciales: Retire todos los dispositivos no necesarios para la comodidad o administración de medicamentos: monitores, sondas nasogástricas y/o vesicales, líneas de acceso venoso adicionales, etc.
- Retire fluidos intravenosos y alimentación enteral: Estas medidas no contribuyen a la calidad de vida cuando se está en fin de vida y representan una carga adicional para el personal de salud, aumentando también riesgo de contagio.

PROCEDIMIENTO TECNICO

PROCESO

ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

NOMBRE:

CUIDADO PALIATIVO Y SEDACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES CON COVID-19

CÓDIGO DEL DOCUMENTO:

06PH13-V1



05GC04-V2

- Garantice vías de administración de medicamentos: Considere la inserción de un catéter subcutáneo para la administración de medicamentos si se ha perdido la vía oral y el acceso venoso ha sido difícil persistentemente.
- Evite la toma de estudios diagnósticos: Las pruebas diagnósticas que no modificación pronóstico, como glucometrías, electrolitos, reactantes de fase aguda, gases arteriales, entre otros deben evitarse porque aumentan el sufrimiento del paciente, no contribuyen a mejoras en la calidad de vida y aumentan la carga del equipo asistencial y el riesgo de contagio.

Evite el uso de las siguientes medidas ya que generan aerolización y aumentan el riesgo de contagio para los miembros del equipo de salud y otros:

- Ventiladores ambientales.
- O2 a un flujo superior a 6L/min
- O2 por cánula nasal a alto flujo
- Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) o presión positiva en la vía aérea de dos niveles (BiPAP)
- Nebulizaciones

MANEJO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO GUIADO POR SÍNTOMAS:

Las dosis de fármacos la dosis y la frecuencia de la administración de medicamentos deben individualizarse en función de la respuesta del paciente y la situación clínica del enfermo siendo el objetivo garantizar y priorizar el bienestar y comodidad del mismo, llegando a la indicación, ante una sintomatología refractaria de la sedación paliativa.

Trate de preferir la administración de los medicamentos a los mayores intervalos de administración posibles o en infusión continua para disminuir la exposición y el riesgo del personal asistencial.

Recuerde.... entre menos veces deba entrar a la habitación el personal de salud, menor será su exposición.

FIEBRE:

Es el síntoma más frecuente (99%), se asocia a escalofríos, frío, dolores osteo-musculares y articulares, lo cual se asocia a malestar general significativo por lo cual en caso de que se asocie a disconfort requiere atención y manejo.

Medidas no farmacológicas:

- Reduzca la temperatura de la habitación.
- Recomiende la utilización de ropas ligeras.
- Refresque la cara con un trapo húmedo y fresco.
- Facilite líquidos orales.

Medidas farmacológicas:

Acetaminofén 500 mg a 1 g VO cada 6 a 8 horas. No exceder 3g día.

Paracetamol 1 g IV cada 6 a 8 horas.

Dipirona 1 g IV, IM o SC cada 8 horas.

Diclofenaco: 37.5 mg IV cada 8 a 12 horas o 75 mg IV cada 8 a 12 horas.

Recuerde evitar AINEs a menos de que se considere un escenario de fin de vida.

PROCEDIMIENTO TECNICO

PROCESO

ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

NOMBRE:

CUIDADO PALIATIVO Y SEDACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES CON COVID-19

CÓDIGO DEL DOCUMENTO:

06PH13-V1



05GC04-V2

TOS:

Este síntoma se presenta hasta en el 59% de los pacientes.

Higiene respiratoria: para disminuir el riesgo de contagio del personal médico, recuérdelos a los pacientes las siguientes medidas:

- Siempre que se encuentre con otras personas en la habitación o en otros espacios en lo posible mantenga el uso del tapabocas.
- Cubra la nariz y la boca con un pañuelo desechable cuando estornude, tosa, al limpiarse la nariz y sonarse la nariz y deséchelos una vez termine de usarlos en la caneca roja, para limitar el almacenamiento de elementos potencialmente contagioso en su entorno.
- Lávese las manos con agua y jabón o higienícelas con alcohol glicerinado después de toser o estornudar, después de entrar en contacto con secreciones respiratorias u objetos contaminados con estas secreciones.

Medidas no farmacológicas:

- Humidificación del aire.
- Aumente la ingesta de líquidos orales.
- Cabecera a 30% al dormir.

Medidas farmacológicas:

- Bromhexina jarabe 5 a 10 cc cada 8 a 12 horas.
- Codeína: 30-60 mg cada 6 a 8 horas.
- Morfina: 3 mg VO cada 4 horas o 1 a 2 mg SC/IV cada 4 horas o en infusión continua a iguales dosis que para disnea.

SECRECIONES:

Una vez presentes son difíciles de eliminar.

Higiene respiratoria (ver manejo de la tos)

Medidas no farmacológicas:

- Fluidificar las secreciones no tiene mucho sentido, ya que el paciente por agotamiento de la musculatura respiratoria no tiene suficiente fuerza para expulsarlas eficazmente.

Medidas farmacológicas:

- Bromuro de Hioscina 20 a 40 mg IV, IM o SC cada 6 a 8 horas.

DISNEA:

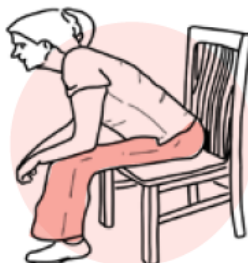
No es el síntoma más frecuente (31-50%), pero si el que se asocia con mayor percepción de disconfort y con una presentación de severidad variable.

Manejo no farmacológico:

- Disminuir temperatura de la habitación.
- Enfriar la cara con una franela o paño húmedo y fresco.
- Cambios de posición: Inclinación hacia adelante, sedentación con inclinación hacia adelante, inclinación hacia adelante en decúbito lateral, prono.



Inclinarse hacia adelante 1



Inclinarse hacia adelante 2



inclinación hacia adelante adaptada para acostarse



inclinación hacia adelante adaptada para sentarse

Manejo farmacológico:

- Oxígeno: No se ha demostrado beneficio en ausencia de hipoxemia.
- Opioides:

Morfina:

- Es el fármaco de elección.
- Dosis inicial de 5 mg, considerando dosis menores en personas mayores y/o frágiles o con falla renal moderada a grave.
- Disnea moderada 3 mg IV cada 6 horas o infusión de 0.5 a 1 mg IV hora (15 mg/24 horas)
- Disnea severa 3- 4 mg IV cada 4 horas o infusión de 1mg IV hora (30 mg/24 horas)
- En pacientes que recibían manejo opioide previo aumente la dosis en un 25%.
- En pacientes con persistencia sintomática calcule dosis de rescate (10% de dosis total diaria) y deje rescates a necesidad por 24 horas para determinar ajuste de dosis basal.
- Vigile signos de neurotoxicidad por opioides (mioclonias, hiperalgesia, alodinia, delirium), en caso de presentarse reduzca la dosis a la mitad e hidrate.
- En pacientes "opioide naive" puede presentarse retención urinaria aguda, especialmente en las primeras 24 horas, lo cual puede desencadenar un episodio de agitación que no responde a la medicación de rescate. Por lo anterior es necesario realizar seguimiento de la frecuencia urinaria y en caso de presentarse este efecto adverso realizar un cateterismo o dejar una sonda vesical.
- En pacientes con falla renal considere manejo con hidromorfona u oxycodona IV o ajuste dosis de morfina.

Hidromorfona:

- Disnea moderada: 0.2 a 0.4 mg IV cada 4 a 6 horas o infusión de 0.1mg IV/hora.
- Disnea severa: 0.4 a 0.6 mg IV cada 4 a 6 horas o infusión de 0.2mg IV/hora.

PROCEDIMIENTO TECNICO

PROCESO	ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO
NOMBRE:	CUIDADO PALIATIVO Y SEDACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES CON COVID-19
CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	06PH13-V1



05GC04-V2

- Benzodiacepinas:

Midazolam:

Solo en caso de refractariedad y en paciente con pronóstico reservado por riesgo de depresión respiratoria
2.5 a 5 mg SC dosis única o 0.5 a 3 mg dosis única.

Lorazepam:

0.5 a 1mg VO o SL dosis única.

- Corticoesteroides:

Dexametasona: solo en escenarios de fin de vida y ante refractariedad sintomática, prefiera paso a sedación paliativa que el uso de este fármaco, ya que solo brindara una mejoría transitoria y leve.

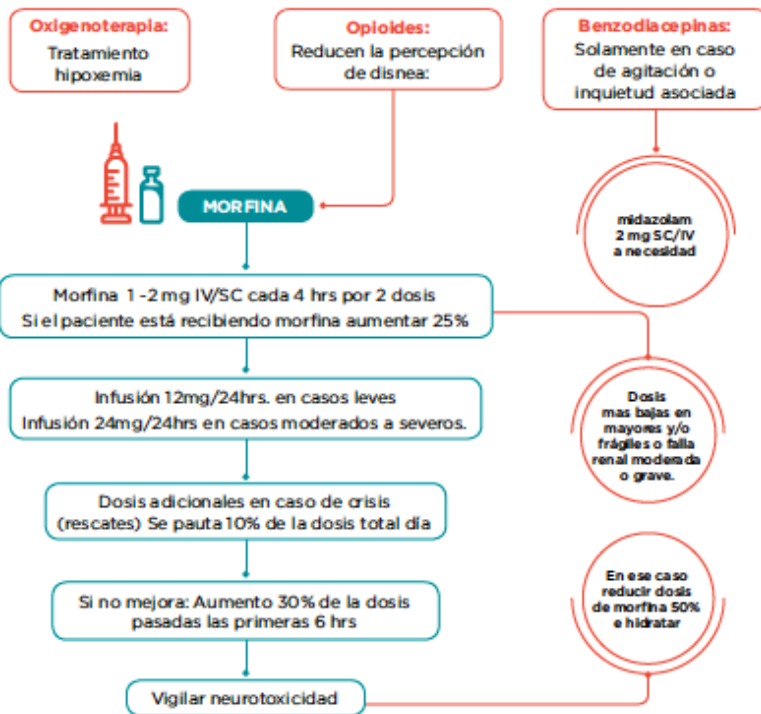


DISNEA

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- No se recomienda el uso de abanicos o ventiladores de mano
- Adecuado posicionamiento del paciente, posición recta o inclinada hacia delante o prono
- Técnicas de relajación

MANEJO FARMACOLÓGICO



SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO, (DELIRIUM):

- Se caracteriza por un cambio súbito (horas a días) en la atención que tiende a fluctuar en el día y se puede reflejar en un cambio en el comportamiento con respecto a su estado habitual.
- Es relativamente frecuente que, en el proceso de fin de vida, con una prevalencia en esta población que es cercana al 90%, siendo la presentación hiperactiva la que mayor angustia genera y que representa riesgo para el paciente y para el personal que lo atiende.
- Tardíamente, la presentación más frecuente es el subtipo motor hipoactivo, la cual no requiere manejo farmacológico.
- En contextos distintos al final de la vida se deben identificar y corregir la(s) causa(s) subyacente(s) (hipoxemia, estado inflamatorio agudo, fiebre, alteraciones hepáticas), en contexto de fin de vida se deben intentar controlar las causas contribuyentes o de ser un síntoma refractario considerar la sedación paliativa.
- Se recomienda la implementación diaria de una escala de tamizaje como la CAM (ver anexo).

Medidas no farmacológicas:

- Cabecera a 30° si su situación clínica lo permite
- Orientación temporo-espacial cuantas veces sea posible por parte del personal asistencial y/o acompañantes, si esto no genera mayor ansiedad.
- Deambulación asistida, una vez su condición clínica lo permita
- Promover exposición a luz solar durante el día (persianas elevadas, cortinas abiertas, etc.)
- Evitar exposición a luz artificial durante las noches
- Evitar ruidos ambientales en las noches
- Evitar uso de medicamentos pro delirogénicos
- Evite inmovilizar al paciente, solo se debe restringir en caso de agitación, por riesgo de auto y/o heteroagresión y por el mínimo periodo de tiempo posible
- Adecuada analgesia cuando esté indicada; en adulto mayor evite opioides, pero de requerirlo prefiera moléculas como Hidromorfona y evite Tramadol.
- Garantice en la medida de lo posible un adecuado estado de hidratación y oxigenación.
- Promueva un adecuado hábito intestinal.
- Evite líneas de acceso venoso no necesarias, así como otras restricciones de movimiento sin indicación (monitoreo continuo de SV, oxígeno, líquidos en infusión continua, etc.)

Medidas farmacológicas:

- El tratamiento farmacológico del delirium es *off label*, pero los medicamentos pueden ayudar a controlar los síntomas comportamentales que representan un riesgo para el paciente y para terceros y la duración del delirium.
- Todos los antipsicóticos tienen impacto sobre el QTc y aumentar el riesgo de arritmias, efecto que puede ser mayor si el paciente tiene algún otro manejo con efecto a este nivel como los antimalaricos, Lopinavir/Ritonavir.

Haloperidol: 10 (1 mg) a 20 gotas (2mg) cada 8 a 12 horas, 1 a 2.5 mg (adulto mayor o persona frágil) y 5 mg IV o SC cada 6 a 12 horas, con rescates de 2 a 5 mg, dosis máxima día 30 mg, 20 mg en adulto mayor o frágil.

Olanzapina: 2.5 mg/dosis en adulto mayor o frágil. 5 mg SL, SC o IM en las noches o cada 8 horas, dosis máxima 30 mg, 20 mg en adulto mayor o frágil.

Quetiapina: 25 mg VO en las noches, hasta 600 mg día, con administración cada 8 a 24 horas.

Levomepromazina: 5 a 10 mg (gotas) en las noches, dosis máxima 100 mg noche, 50 mg noche en adulto mayor o frágil.

Reserve benzodiazepinas para escenarios de fin de vida exclusivamente, ya que pueden asociarse depresión respiratoria y respuestas paradójicas.

Midazolam: 3 a 5 mg SC o IV cada 6 a 8 horas. 1 a 3 mg en adulto mayor o frágil cada 8 a 12 horas.

Considere Diazepam o Clonazepam en caso de desabastecimiento de midazolam en dosis equivalentes.

Lorazepam: 0.5 a 2 mg VO cada 8 horas.

DOLOR:

- La presentación típica en estos pacientes es secundaria a fatiga en músculos respiratorios y mialgias, se ha reportado dolores musculares y/o fatiga (36%) y dolor torácico (21%), que pueden empeorar por inmovilidad.
- También se puede presentar por causas subyacentes.
- Siempre realice un manejo escalonado, desde analgésicos comunes hasta opioides fuertes.
- En pacientes que venían siendo manejado con analgésicos opioides, estos se deben continuar y en caso de presentar tos o disnea se puede aumentar la dosis basal habitual como primera línea de manejo.
- En los pacientes con COVID-19 hay una contraindicación de manejo con AINEs.
- Al iniciar opioides recuerde vigilar de cerca al paciente para evaluar efectividad y efectos secundarios.
- Siempre que prescriba opioides fuertes considere la prescripción de laxantes o de un antiemético por posibles de efectos adversos.

Acetaminofén 500 mg a 1 g VO cada 6 a 8 horas. No exceder 3g día. Reducir dosis en anciano frágil, < 50 K y/o elevación de transaminasas.

Paracetamol 1 g IV cada 6 a 8 horas. Reducir dosis en anciano frágil, < 50 K y/o elevación de transaminasas.

Si estos medicamentos no están ayudando al control del dolor suspenda acetaminofén o paracetamol.

Codeína: 30 a 60 mg cada 6 a 8 horas VO. Si estos medicamentos no están ayudando al control del dolor suspenda acetaminofén o paracetamol y codeína.

Morfina: En paciente con falla renal o intolerancia considerar hidromorfona u oxycodona.

Paciente "opioid naive" pacientes frágiles y ancianos: morfina 2.5-5mg VO cada 4 horas.

Paciente en manejo previo con opioide:

- Si con la dosis basal hay control del dolor, continúe igual dosis.
- Si no tiene control del dolor aumente en un 20-25% dosis basal.

Frágiles o ancianos: use bajas dosis de inicio de 2.5mg cada 4 horas.

Al ajustar el manejo opioide siempre:

- Siempre deje dosis de rescate correspondiendo al 10% del total de la dosis.
- Verifique que el opioide sea efectivo antes de aumentar la dosis.
- Los incrementos no deben exceder el 50% de la dosis cada 24 horas.
- El desmonte de los opioides debe considerarse cuando se logra la modulación del dolor o se producen efectos secundarios intolerables.
- Si titula a la alta la dosis de morfina más de 3 veces sin lograr el control del dolor o se alcanza una dosis diaria de morfina oral superior a 120 mg / día, o se presentan efectos secundarios intolerables considere rotación a hidromorfona, oxycodona o solicitar apoyo a anestesiología.

Cuando la VO no está disponible considere:

- En caso de requerimientos analgésicos inestables: considere iniciar opioides subcutáneos.
- La morfina se recomienda como el opioide fuerte de primera línea para uso subcutáneo en pacientes, excepto para pacientes que han estado tomando Oxycodona oral o aquellos

con insuficiencia renal grave.

- Si el dolor es constante con requerimientos de analgésicos estables, prescriba morfina SC cada 4 horas o en infusión continua.
- Recuerde que la tasa de conversión de la morfina: oral 5 mg ≈ morfina SC 2,5 mg.
- Adicionalmente existe una variación interindividual a la tolerancia a opioides y cada paciente debe ser evaluado de forma individual.

SINTOMAS	MANEJO FARMACOLÓGICO	MEDIDAS ADICIONALES
Fiebre	<p><u>Acetaminofén</u> 500 mg a 1 g VO cada 6 a 8 horas. No exceder 3g día. Reducir dosis en anciano frágil, < 50 K y/o elevación de transaminasas.</p> <p><u>Paracetamol</u> 1 g IV cada 6 a 8 horas. Reducir dosis en anciano frágil, < 50 K y/o elevación de transaminasas.</p> <p><u>Dipirone</u> 1 g IV, IM o SC cada 8 horas.</p> <p><u>Diclofenaco</u>: 37.5 mg IV cada 8 a 12 horas o 75 mg IV cada 8 a 12 horas.</p> <p>Evite AINEs a menos de que se considere un escenario de fin de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzca la temperatura de la habitación. - Recomiende la utilización de -ropas ligeras. - Refresque la cara con un trapo húmedo y fresco. -Facilite líquidos orales.
Disnea Leve a moderada	<p><u>Oxígeno</u> suplementario solo si la saturación es < 90%</p> <p><u>Morfina</u> 3 mg IV cada 6 horas o infusión de 0.5 a 1 mg IV hora (15 mg/24 horas)</p> <p><u>Hidromorfona</u> 0.2 a 0.4 mg IV cada 4 a 6 horas o 0.1mg IV/hora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Disminuir temperatura de la habitación. -Enfriar la cara con una franela o paño húmedo y fresco. -Cambios de posición: Inclínación hacia adelante, sedestación con inclinación hacia adelante, inclinación hacia adelante en decúbito lateral, prono.
Disnea Severa	<p><u>Morfina</u> 3- 4 mg IV cada 4 horas o infusión de 1mg IV hora (30 mg/24 horas)</p> <p><u>Hidromorfona</u> 0.6 mg IV cada 4 a 6 horas o 0.2 mg IV/hora.</p> <p><u>Midazolam</u>: 2.5 a 5 mg SC dosis única o 0.5 a 3 mg dosis única.</p> <p><u>Lorazepam</u>: 0.5 a 1mg VO o SL dosis única.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Disminuir temperatura de la habitación. -Enfriar la cara con una franela o paño húmedo y fresco. -Cambios de posición: Inclínación hacia adelante, sedestación con inclinación hacia adelante, inclinación hacia adelante en decúbito lateral, prono.
Ansiedad	<p><u>Clonazepam</u> 0.5 mg a 2.5 mg cada 12 horas</p> <p><u>Lorazepam</u> 1-2 mg cada 6 horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Respiración profunda. -Ejercicios de tensión relajación -Ejercicios de imaginación. -Ejercicios de distracción. -Relajación guiada por imágenes. -Terapia de exposición musical.
Insomnio:	<p><u>Trazadone</u>: 50 mg noche (paciente recuperable)</p> <p><u>Lorazepam</u>: 1 a 2 mg cada noche (paciente en final de vida)</p>	<p>Higiene del sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En lo posible por favor evitar administrar medicamentos orales, toma de SV o de paraclínicos entre el periodo después de las 10 pm y antes de las 6 am. - Evitar exposición a luces artificiales y sonidos en la noche. - Promover exposición a luz natural durante el día. - Evitar toma de siestas durante el día. <p>Respiración profunda.</p> <p>Ejercicios de tensión relajación</p> <p>Terapia de exposición musical.</p>
	Bromhexina jarabe 5 a 10 cc cada 8 a 12 horas.	

PROCEDIMIENTO TECNICO

PROCESO

ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

NOMBRE:

CUIDADO PALIATIVO Y SEDACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES CON COVID-19

CÓDIGO DEL DOCUMENTO:

06PH13-V1



05GC04-V2

Tos	<p><u>Codeína</u>: 30-60 mg cada 6 a 8 horas</p> <p><u>Morfina</u>: 3 mg VO cada 4 horas. 1 a 2 mg SC/IV cada 4 horas o en infusión continua a iguales dosis que para disnea.</p>	<p>-Humidificación del aire.</p> <p>-Aumente la ingesta de líquidos orales.</p> <p>-Cabecera a 30% al dormir.</p>
Dolor	<p><u>Acetaminofén</u> 500 mg a 1 g VO cada 6 a 8 horas, no exceder 3g día. Reducir dosis en anciano frágil, < 50 K y/o elevación de transaminasas.</p> <p><u>Paracetamol</u> 1 g IV cada 6 a 8 horas. Reducir dosis en anciano frágil, < 50 K y/o elevación de transaminasas.</p> <p><u>Codeína</u>: 30 a 60 mg cada 6 horas VO.</p> <p><u>Morfina</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Opioid naive", frágiles y ancianos: 2.5-5mg VO cada 4 horas. • Paciente en manejo previo con opioide débil (codeína, tramadol) morfina 5mg VO cada 4 horas. • Frágiles o ancianos: use bajas dosis de inicio de 2.5mg cada 4 horas. <p>Hidromorfona 0.2 a 0.4 mg IV cada 4 a 6 horas o 0.1mg IV/hora.</p>	<p>-Respiración profunda.</p> <p>-Ejercicios de imaginación.</p> <p>-Ejercicios de distracción.</p> <p>-Relajación guiada por imágenes.</p> <p>-Terapia de exposición musical.</p>
Nausea	<p>Ondasetron 8 mg IV cada 8 horas.</p>	<p>-Respiración profunda.</p>
Delirium (Síndrome confusional agudo)	<p><u>Haloperidol</u>: 10 (1 mg) a 20 gotas (2mg) cada 8 a 12 horas, 1 a 2.5 mg (adulto mayor o persona frágil) y 5 mg IV o SC cada 6 a 12 horas, con rescates de 2 a 5 mg, dosis máxima día 30 mg, 20 mg en adulto mayor o frágil.</p> <p><u>Olanzapina</u>: 2.5 mg/dosis en adulto mayor o frágil. 5 mg SL, SC o IM en las noches o cada 8 horas, dosis máxima 30 mg, 20 mg en adulto mayor o frágil.</p> <p><u>Quetiapina</u>: 25 mg VO en las noches, hasta 600 mg día, con administración cada 8 a 24 horas.</p> <p><u>Levomepromazina</u>: 5 a 10 mg (gotas) en las noches, dosis máxima 100 mg noche, 50 mg noche en adulto mayor o frágil.</p> <p><u>Midazolam</u>: 3 a 5 mg SC o IV cada 6 a 8 horas. 1 a 3 mg en adulto mayor o frágil cada 8 a 12 horas.</p> <p><u>Lorazepam</u>: 0.5 a 2 mg VO cada 8 horas.</p>	<p>-Cabecera a 30° si su situación clínica lo permite</p> <p>-Orientación temporo-espacial cuantas veces sea posible por parte del personal asistencial y/o acompañantes, si esto no genera mayor ansiedad.</p> <p>-Deambulacion asistida, una vez su condición clínica lo permita</p> <p>-Promover exposición a luz solar durante el día (persianas elevadas, cortinas abiertas, etc)</p> <p>-Evitar exposición a luz artificial durante las noches</p> <p>-Evitar ruidos ambientales en las noches</p> <p>-Evitar uso de medicamentos prodelirogenicos.</p> <p>-Evite inmovilizar al paciente, solo se debe restringir en caso de agitación, por riesgo de auto y/o heteroagresión y por el mínimo periodo de tiempo posible.</p> <p>-Adecuada analgesia cuando esté indicada; en adulto mayor evite opioides, pero de requerirlo prefiera moléculas como hidromorfona y evite tramadol.</p> <p>-Garantice en la medida de lo posible un adecuado estado de hidratación y oxigenación.</p> <p>-Promueva un adecuado hábito intestinal.</p> <p>-Evite líneas de acceso venoso no necesarias, así como otros restrictores de movimiento sin indicación (monitoreo continuo de SV, oxígeno, líquidos en infusión continua, etc).</p>
Xerostomía	<p>Higiene oral regular.</p>	<p>Los cristaloides no ayudan, evite hiperhidratar.</p>
Secreciones	<p>Bromuro de hioscina 20 a 40 mg IV, IM o SC cada 6 a 8 horas.</p>	

ORIENTACIONES SOBRE LA SEDACIÓN PALIATIVA DE ENFERMOS GRAVES AFECTADOS POR COVID 19

La sedación paliativa, cuando está bien indicada, autorizada por el paciente o la familia y bien realizada, constituye una buena práctica médica, y es ética y deontológicamente obligatoria. La sedación paliativa implica, para el enfermo, una decisión de profundo significado antropológico: la de renunciar a experimentar conscientemente la propia muerte. Tiene también para su familia importantes efectos psicológicos y afectivos. Tal decisión ha de ser resultado de una deliberación sopesada y una reflexión compartida acerca de la necesidad de disminuir el nivel de conciencia del enfermo como estrategia terapéutica ante la inevitabilidad de la muerte, que se sabe próxima y donde el objetivo principal es el alivio del sufrimiento físico y emocional, garantizar la comodidad del paciente y contribuir así a “una buena muerte”.

Se considerará la sedación paliativa cuando estemos frente a un paciente no recuperable, en el cual no hay posibilidad o indicación de medidas de manejo curativo, y cuyo fallecimiento se prevé ocurra en las próximas horas a días, y que presentan un sufrimiento intolerable y refractario al tratamiento realizado en un tiempo razonable. Se consideran síntomas refractarios aquellos que no pueden ser adecuadamente controlados con los tratamientos disponibles en un periodo de tiempo razonable, el cual en estos pacientes puede ser mucho menor, que en los pacientes que habitualmente se manejan en cuidado paliativo, teniendo en cuenta que los pacientes con esta enfermedad pueden desarrollar con rapidez una dificultad respiratoria intensa y progresiva y fallecer en horas.

En la medida de lo posible se debe obtener consentimiento por parte del paciente o de su representante, con la firma del mismo, que se anexara a la historia clínica pero de no ser esto posible bastará con el registro en la historia clínica en donde siempre debe documentarse la indicación que justifica esta decisión y las circunstancias específicas del paciente en la historia clínica.

La sedación paliativa es un procedimiento que produce una disminución deliberada de la conciencia, debe seguir siempre el principio de proporcionalidad, siendo el objetivo alcanzar un nivel de sedación suficientemente profundo como para aliviar el sufrimiento y siempre teniendo en consideración los deseos del paciente en cuanto a nivel de profundidad (más despierto versus más dormido).

En todos aquellos pacientes con sintomatología refractaria a los tratamientos recomendados y en los que esté indicada una sedación paliativa se debe en lo posible proceder a informar al paciente (en el caso que éste esté consciente y competente para la toma de decisiones) y a la familia antes de realizar tal procedimiento.

Es de gran importancia que la familia esté adecuadamente informada y teniendo en cuenta que es altamente probable que no puedan visitar al paciente, que se establezca esta probabilidad de requerimiento de manejo desde el ingreso del paciente, solicitando la aceptación del mismo por parte del paciente y su familia anticipadamente, en lo posible permitir con los adecuados elementos de protección, poder despedirse de su familiar enfermo una vez dado el consentimiento y dejar especificadas líneas de comunicación para informar oportunamente de la evolución del paciente y la necesidad de manejo específico, así como la adecuación de esfuerzo terapéutico, cuando esto esté indicado.

Es importante considerar la atención psicológica a las familias, durante este proceso, organizando con el servicio de salud mental, el seguimiento telefónico para brindar apoyo de manera oportuna.

Reflejar en la historia clínica el motivo de sedación y consentimiento verbal por parte del paciente o familia, o en ausencia de esto la indicación específica en la historia clínica que justifique esta medida.

Procedimiento:

En el caso de los pacientes COVID 19, los síntomas más frecuentes que pueden motivar sedación paliativa serán probablemente disnea, inquietud por un cuadro confusional agudo (Delirium) y hemorragias pulmonares con hemoptisis severa y choque hipovolémico.

Al decidir si un paciente tiene indicación de sedación paliativa pregúntese:

1. ¿Existe uno o varios síntomas refractarios en este paciente?
2. ¿Estos síntomas generaran que el paciente probablemente padezca una muerte con sufrimiento?

3. ¿Está el paciente en capacidad de decidir, si no ha decidido previamente al respecto? De no ser así, ¿hay tiempo de preguntarle a la familia?
4. ¿Un colega contestaría estas preguntas de manera diferente?

Si usted responde positivamente 2 de las 3 primeras preguntas y la cuarta negativamente, es altamente probable que este frente a un paciente con indicación de sedación paliativa.

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son:

- MIDAZOLAM (primera línea)

Dosis de inducción:

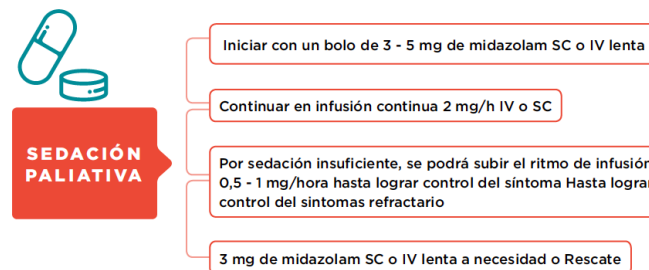
- Intravenosa (IV): La dosis de inducción se calcula administrando entre 1,5 y 3 mg en bolo lento, repitiendo la dosis cada 5 minutos hasta alcanzar el nivel de sedación mínimo con el que se logre el control del síntoma refractario. Diluir 5 mg de midazolam en 4cc de SSN.
- Subcutánea (SC): es de 2,5 a 5 mg (1cc), administrada en bolo.
- Las dosis para administrar se individualizarán, dentro de ese rango, en función del estado de conciencia del que se inicia la fragilidad del paciente. Pacientes con exposición previa a benzodicepinas necesitaran dosis mayores.
- Si tras la dosis de inducción el paciente presenta agitación, o mantiene el síntoma refractario, se administrará una dosis de rescate extra igual a la dosis de inducción inicial. Repitiendo la dosis de rescate tantas veces como sea necesario hasta alcanzar la sedación, siempre teniendo en cuenta que el inicio de la acción por vía endovenosa es de 3-5 minutos y por vía subcutánea requiere de 10 a 15 minutos, y que la vida media del midazolam puede fluctuar entre 1 y 4 horas.

Dosis de Mantenimiento:

- Se recomienda iniciar una infusión continua de 2mg/h midazolam IV o SC, con un aumento de 0.5 a 1mg/h hasta lograr control del síntoma. Con rescates de 3 mg SC o IV.
- Se pueden requerir dosis de hasta 60-90 mg/día dada la gravedad del cuadro respiratorio, la rapidez de instauración del mismo y el estado de aislamiento que requieren estos pacientes.
- Se debe ajustar la dosis de mantenimiento diariamente añadiendo la medicación de rescate utilizada cada 24h y hasta conseguir una sedación adecuada.

Medicación de Rescate:

- Los rescates son una dosis igual a la dosis de inducción inicial, los cuales se podrán repetir cada 4h o incluso antes según las necesidades para alcanzar una sedación adecuada.
- La dosis máxima de Midazolam es de 200 mg/24h. Si con esta dosis no se alcanza la sedación adecuada o sin llegar a ese techo la escalada de dosis necesarias para conseguir la disminución del nivel de conciencia está siendo muy rápida, habrá que pasar a un segundo escalón.



PROCEDIMIENTO TECNICO

PROCESO

ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

NOMBRE:

CUIDADO PALIATIVO Y SEDACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES CON COVID-19

CÓDIGO DEL DOCUMENTO:

06PH13-V1



05GC04-V2

- **DIAZEPAM:**

Dosis de Inducción: 1 mg diazepam cada minuto hasta conseguir sedación (ojo max 10 mg) + morfina 5 mg en bolo.

Dosis de Mantenimiento: 30 mg diazepam para 24 horas.

En el caso de Diazepam se recomienda adicionar 30 mg morfina.

- **CLONAZEPAM:**

Dosis de Inducción: 1mg Clonazepam (Rivotril®) IV o SC diluido lento + morfina 5 mg en bolo.

Dosis de Mantenimiento: 30 mg morfina + 4mg Clonazepam + 6 ampollas de Buscapina para 24 horas + 2 amp de Haloperidol.

En caso de no respuesta, se deben retirar benzodicepinas y neurolépticos.

- **PROPOFOL:** (segunda línea): Riesgo de convulsiones en paciente con antecedente de epilepsia.

Dosis de Inducción: tras 1 bolo de 1mg/kg, aproximadamente 60-70mg, se obtiene una sedación correcta

Dosis de Mantenimiento: 1mg/kg/hora es decir 60-70 mg/h. Incrementar 1-2mg/Kg/hora cuando la sedación es insuficiente.

- **FENOBARBITAL:** (segunda línea):

Dosis de Inducción: tras 1 bolo de 200 MG IM O SC.

Dosis de Mantenimiento: Infusión continua subcutánea 800 mg/24 horas. Dosis máxima 1200 mg/día.

- **MORFINA:** (tercera línea)

Bolo inicial de 5 mg, se recomienda preparar una mezcla para infusión por 24 horas con 80 mg de morfina.

En caso de nauseas, agregar haloperidol.

- **HIDROMOFONA:** (tercera línea)

Bolo inicial de 0.4 a 0.6 mg, con una infusión para 24 horas con 5 mg de Hidromorfona.

En caso de nauseas, agregar haloperidol.

En caso de refractariedad agregar Midazolam 2 mg/h IV.

- Se recomienda mantener durante la sedación algunos fármacos esenciales, como los anticolinérgicos: N-BUTIL BROMURO DE HIOSCINA (20mg), se utilizan para prevenir/tratar las secreciones bronquiales con dosis variable entre 60 mg – 120 mg. Se pueden agregar 6 ampollas de BUTIL BROMURO DE HIOSCINA a la infusión para 24 horas.
- En las infusiones de 24 horas se recomiendan agregar 10 mg haloperidol si hay nauseas o estas aparecen al iniciar la morfina.
- En caso de que el paciente estuviera recibiendo manejo con algún opioide, no se recomienda retirarlo, ya que estos fármacos tienen capacidad sedante, aunque no se usa con esa intención.

En pacientes en manejo con SEDACIÓN PALIATIVA, se deben desprescribir en caso de tenerlos ordenados y evitar nuevas prescripciones de:

- Antibióticoterapia

PROCEDIMIENTO TECNICO

PROCESO	ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO
NOMBRE:	CUIDADO PALIATIVO Y SEDACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES CON COVID-19
CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	06PH13-V1



05GC04-V2

- Soporte metabólico, nutrición y/o cristaloides adicionales
- Reposición de electrolitos
- Transfusiones
- Heparina de bajo peso molecular
- Hidratación
- Medicación antiviral específica
- Inhaladores
- Oxigenoterapia
- Glucometrias

Esto evita una carga adicional para el personal médico, disminuye el riesgo de exposición, RECUERDE SOLO SE DEBEN MANTENER LAS MEDIDAS QUE GENERARAN CONFORT.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Tras el inicio de la sedación, se debe:

- Revisar periódicamente el nivel de sedación según la Escala de Ramsay modificada.
- Evaluar y dejar constancia en la historia clínica de la evolución
- Mantener informados a todos los turnos de enfermería y la familia del paciente de su estado y plan de manejo.
- Proporcionar siempre presencia, comprensión, disponibilidad y privacidad en la medida de las posibilidades.
- Articular el acompañamiento familiar si es posible, y si no lo es por las circunstancias epidemiológicas, hacerlo constar de alguna manera.

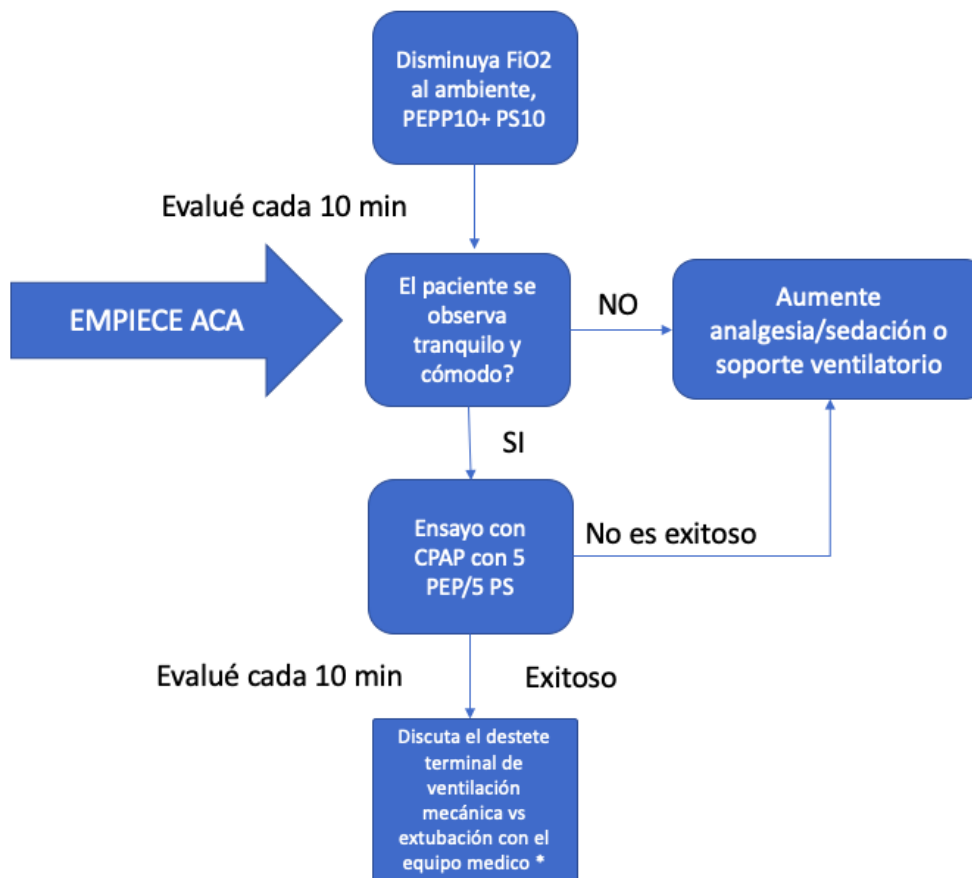
RETIRADA DE MEDIDAS DE MANEJO DE SOPORTE VITAL:

Dado que la extubación se considera un procedimiento generador de aerosoles y, por lo tanto, puede ser de alto riesgo para los trabajadores de la salud y los miembros de la familia presentes en la sala, **se recomienda no extubar** al paciente, sino disminuir el apoyo ventilatorio y garantizar la comodidad durante todo el proceso, retirando el soporte inotrópico e iniciando sedación paliativa.

Si se considera la extubación, el paciente debería estar en una sala de presión negativa y todos los miembros del equipo deben estar preparados con equipo de protección personal, se relaciona un algoritmo recomendado para la extubación (ver anexos).

ANEXOS:

**ENFOQUE PARA EL RETIRO DE VENTILACIÓN MECANICA EN LOS PACIENTES CON
SOSPECHA E INFECCION POR COVID-19**



* Con equipo de UCI si se encuentra en otro servicio o entre el equipo tratante si se encuentra en UCI

Modificado de: *End-of-life care in the emergency department for the patient imminently dying of a highly transmissible acute respiratory infection (such as COVID-19).*

ESCALA CAM:

1. Comienzo agudo y curso fluctuante ¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente? Sí/NO (si es NO, no seguir el test)
2. Alteración de la atención El paciente ¿se distrae con facilidad y/o tiene dificultad para seguir una conversación? SI/NO (si es NO, no seguir el test)
3. Pensamiento desorganizado ¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas que le rodean? SI/NO.
4. Alteración del nivel de conciencia. ¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente? (Nota: nivel de conciencia: vigilante, letárgico, estuporoso) SI/NO Para el diagnóstico de delirium son necesarios los dos primeros criterios y por lo menos uno de los dos últimos.

Adaptado de: Evaluation of the confusion assessment method (CAM) as a screening tool for delirium in the emergency room.

PROCEDIMIENTO TECNICO

PROCESO	ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO
NOMBRE:	CUIDADO PALIATIVO Y SEDACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES CON COVID-19
CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	06PH13-V1



05GC04-V2

ESCALA DE RAMSAY MODIFICADA:

Nivel	Observación
Nivel I	Paciente agitado, angustiado
Nivel II	Paciente tranquilo, orientado y colaborador
Nivel III	Paciente con respuesta a estímulos verbales
Nivel IV	Paciente con respuesta rápida a la presión glabellar o estímulo doloroso
Nivel V	Paciente con respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulo doloroso
Nivel VI	Paciente sin respuesta

8. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica para la atención del Cuidado Paliativo (adopción). Guía No GPC 2016 – 58. Bogotá Colombia, Junio 2016.
2. Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos para la Atención clínica de paciente durante la Pandemia por SARS CoV-2 /COVID-19. Abril 15/2020
3. Curtis JR, Kross EK, Stapleton RD. The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). JAMA. Published online March 27, 2020. doi:10.1001/jama.2020.4894
4. Borasio Gian Domenicoa, Gamondi Claudiab, Obrist Monikac, Jox Ralf. For the COVID-19 task force of palliative ch. COVID-19: decision making and palliative care. Published 24 March 2020 | doi:10.4414/smw.2020.20233.
5. Kunz Rolanda, Minder Markus, COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. Published 24 March 2020 | doi:10.4414/smw.2020.20235.
6. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: Validity and reliability in adult intensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med. 2002;166(10):1338-1344. doi:10.1164/rccm.2107138
7. Kanji S, MacPhee H, Singh A, et al. Validation of the Critical Care Pain Observation Tool in Critically Ill Patients With Delirium. Crit Care Med. 2016;44(5):943-947. doi:10.1097/CCM.0000000000001522
8. Campbell ML, Templin T, Walch J. A Respiratory Distress Observation Scale for Patients Unable To Self-Report Dyspnea. J Palliat Med. 2010;13(3):285-290. doi:10.1089/jpm.2009.0229
9. Baillie J, Anagnostou D, Sivell S, Godwin J Van, Byrne A, Nelson A. Symptom management, nutrition and hydration at end-of-life: a qualitative exploration of patients, carers and health professionals experiences and further research questions. BMC Palliat Care. 2018;17(60):1-13. doi:10.1186/s12904-018-0314-4
10. Gillespie L, Raftery A-M. Nutrition in palliative and end-of-life care. Nutrition. 2014;6(5):380-386. doi:10.1007/s11377-011-0548-7

PROCEDIMIENTO TECNICO

PROCESO

ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

NOMBRE:

CUIDADO PALIATIVO Y SEDACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES CON COVID-19

CÓDIGO DEL DOCUMENTO:

06PH13-V1



05GC04-V2

11. Cheung JC-H, Ho LT, Cheng JV, Cham EYK, Lam KN. Staff safety during emergency airway management for COVID-19 in Hong Kong. *Lancet Respir Med.* 2020;2600(20):30084. doi:10.1016/S2213-2600(20)30084-9
12. Tran K, Cimon K, Severn M, Pessoa-Silva CL, Conly J. Aerosol generating procedures and risk of transmission of acute respiratory infections to healthcare workers: A systematic review. *PLoS One.* 2012;7(4). doi:10.1371/journal.pone.0035797
13. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers [published online ahead of print, 2020 Apr 13]. *J Pain Symptom Manage.* 2020;doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012
14. Amit Arya MD, Sandy Buchman MD, Bruno Gagnon MD MSc, James Downar MDCM MHSc (Bioethics). Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives. *CMAJ* 2020 April 14;192:E400-4. doi: 10.1503/cmaj.200465; early-released March 31, 2020.
15. Hendin A, La Rivière CG, Williscroft DM, O'Connor E, Hughes J, Fischer LM. End-of-life care in the emergency department for the patient imminently dying of a highly transmissible acute respiratory infection (such as COVID-19). *CJEM.* 2020 Mar 26:1-4. doi: 10.1017/cem.2020.352.
16. Mentzelopoulos SD, Slowther AM, Fritz Z, Sandroni C, Xanthos T, Callaway C, Perkins GD, Newgard C, Ischaki E, Greif R, Kompanje E, Bossaert L. Ethical challenges in resuscitation. *Intensive Care Med.* 2018 Jun;44(6):703-716. doi: 10.1007/s00134-018-5202-0. Epub 2018 May 10. Review.
17. Cohen IG, Crespo AM, White DB. Potential Legal Liability for Withdrawing or Withholding Ventilators During COVID-19: Assessing the Risks and Identifying Needed Reforms. *JAMA.* 2020 Apr 1. doi: 10.1001/jama.2020.5442.
18. Rodriguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Gutiérrez-Ocampo E, Villamizar-Peña R, Holguin-Rivera Y, Escalera-Antezana JP, Alvarado-Arnez LE, Bonilla-Aldana DK, Franco-Paredes C, Henao-Martínez AF, Paniz-Mondolfi A, Lagos-Grisales GJ, Ramírez-Vallejo E, Suárez JA, Zambrano LI, Villamil-Gómez WE, Balbin-Ramón GJ, Rabaan AA, Harapan H, Dhama K, Nishiura H, Kataoka H, Ahmad T, Sah R; Latin American Network of Coronavirus Disease 2019-COVID-19 Research (LANCOVID-19). Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis.* 2020 Mar 13:101623. doi: 10.1016/j.tmaid.2020.101623. Electronic address: <https://www.lancovid.org>.
19. Lawrie, L, Murphy, F. COVID-19 and Palliative, End of Life and Bereavement Care in Secondary Care. Northern Care Alliance NHS Group and the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. March 2020.
20. Ferguson L, Barham D, Palliative Care Pandemic Pack: a Specialist Palliative Care Service response to planning the COVID-19 pandemic., *Journal of Pain and Symptom Management* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.026>.
21. European Medicines Agency. EMA gives advice on the use of non-steroidal anti-inflammatories for COVID-19 <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-gives-advice-use-non-steroidal-anti-inflammatories-covid-19> (Accessed on March 19, 2020)
22. FDA advises patients on use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for COVID-19. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-advises-patients-use-non-steroidal-anti-inflammatory-drugs-nsaids-covid-19>.
23. Coronavirus managing delirium in confirmed and suspected cases. Good practice guide. British geriatric society. https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/attachment/2020-03-26/BGS%20Coronavirus%20-%20Managing%20delirium%20in%20confirmed%20and%20suspected%20cases_0.pdf
24. Lambiase PD, de Bono JP, Schilling RJ, Lowe M, Turley A, Slade A, Collinson J, Rajappan K, Harris S, Collison J, Carpenter V, Daw H, Hall A, Roberts E, Holding S, Paisley J, Sopher M, Wright I, Wiles
25. B, Murgatroyd F, Taylor D. British Heart Rhythm Society Clinical Practice Guidelines on the Management of Patients Developing QT Prolongation on Antipsychotic Medication. *Arrhythm Electrophysiol Rev.* 2019 Jul;8(3):161-165. doi:10.15420/aer.2019.8.3.G1.
26. Esquema terapéutico para sedación paliativa en distres respiratorio agudo refractario COVID 19. Sociedad Española de Medicina Geriátrica. <http://www.semeg.es/profesionales/actualidad/ /esquema-terapeutico-para-sedacion-paliativa-en-distres-respiratorio-agudo-refractario-covid-19.html>. 18 de abril 2020.
27. Monette, J., Galbaud du Fort, G., Fung, S. H., Massoud, F., Moride, Y., Arsenault, L., & Afilalo, M. (2001). Evaluation of the confusion assessment method (CAM) as a screening tool for delirium in the emergency room. *General Hospital Psychiatry*, 23(1), 20–25. doi:10.1016/s0163-8343(00)00116-x
28. Mencía Santiago. Escala de Sedoanalgesia en UCIP, grupo de sedoanalgesia de la SECIP. (s.f.)
29. Ministerio de salud y protección social. Resolución 2665 de 2018. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202665%20de%202018.pdf

PROCEDIMIENTO TECNICO

PROCESO	ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO
NOMBRE:	CUIDADO PALIATIVO Y SEDACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES CON COVID-19
CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	06PH13-V1



05GC04-V2

9. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA	ITEM MODIFICADO	JUSTIFICACION
1	30/04/2020	NA	Primera vez