



RESOLUCION DIRECTORAL

Comas, 22 DIC. 2020

Vistos: El Expediente N°008184-2020, con el Informe N° 551-2020-DEyCC-HNSEB del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, el Informe N° 014-OGC-HNSEB-2020 de la Oficina de Gestión de la Calidad y Nota Informativa N° 121-2020-OEPE-HSEB de la Dirección Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley General de Salud, Ley N° 26842, establece que: *"La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla"*; asimismo, el artículo VI del Título Preliminar de la acotada norma, señala que: *"(...) Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. (...)";*

Que, mediante Decreto Supremo N° 008-2020-SA se declara Emergencia Sanitaria a Nivel Nacional por el plazo de noventa (90) días calendario, dictando medidas de Prevención y Control del COVID-19; prorrogado por Decretos Supremos N° 020-2020-SA, N° 027-2020-SA y N° 031-2020-SA;

Que, mediante Decreto de Urgencia N° 025-2020, se dicta medidas de urgencia destinadas a reforzar el sistema de vigilancia y respuesta sanitaria frente al grave peligro de la propagación de la enfermedad causada por un nuevo coronavirus (COVID – 19) en el territorio nacional, a efectos de establecer mecanismos inmediatos para la protección de la salud de la población y minimizar el impacto sanitario de situaciones de afectación;

Que, por Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, se declara el Estado de Emergencia nacional por la grave circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19, y ha dictado medidas dirigidas a reforzar el Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional precisando, que Todas las entidades públicas, privadas y mixtas sanitarias del territorio nacional, así como los demás funcionarios y trabajadores al servicio de las mismas, quedan bajo la dirección del Ministerio de Salud para la protección de personas, bienes y etc.;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 254-2020/MINSA, se aprueba el Documento Técnico Manejo de Personas afectadas por COVID-19 en áreas de atención crítica, cuya finalidad es contribuir con la reducción de la mortalidad asociada a la infección por COVID-19, en áreas de atención crítica;

Que, mediante Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, se aprobó la NTS N°117 -MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuyo objetivo es establecer el marco normativo vigente para estandarizar los procesos de elaboración y el uso de guías;

Que, con Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA de fecha 01.JUN.2015, se aprueba el Documento Técnico "Metodología para la elaboración de Guía de Práctica Clínica";

Que, con la Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA de fecha 28.OCT.2016, se aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud";



J. ZUÑIGA 2

Que, mediante Memorando N° 551-2020-DEyCC-HNSEB, la Jefa del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, con el objetivo, entre otros, de dar tratamiento adecuado para pacientes que requieren cuidados paliativos y/o sedación paliativa con diagnóstico de coronavirus y síntomas que generan malestar o sufrimiento, sin respuesta al tratamiento específico, en el área de paliativos; ha formulado la Guía de Práctica Clínica Manejo Paliativo de Pacientes COVID 19, el mismo que ha remitido a la Oficina de Gestión de Calidad;

Que, mediante Informe N° 014-OGC-HNSEB-2020 de fecha 25.NOV.2020, la Oficina de Gestión de la Calidad, sostiene que el Proyecto de "Guía de Práctica Clínica Manejo Paliativo de Pacientes COVID 19" del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del HNSEB, cuenta con la estructura de la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA;

Que, mediante Nota Informativa N° 121-2020-OEPE-HSEB de fecha 03.DIC.2020, pone a conocimiento de la Dirección General del HNSEB que el Jefe de Equipo de Organización, mediante Informe N° 0039-ETORG.OEPE-2020-HSEB de fecha 02.DIC.2020 emite opinión favorable, señalando que la Guía de Práctica Clínica Manejo Paliativo de Pacientes COVID 19, cumple con los lineamientos establecidos en la normativa vigente;

Que, con la finalidad de la Guía es una referencia para el manejo de soporte paliativo de pacientes COVID – 19, que ingresen al HNSEB a fin de aminorar síntomas dependientes de la enfermedad; y con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos y contando con los informes técnicos favorable para su aprobación, resulta pertinente la aprobación de la "**Guía de Práctica Clínica Manejo Paliativo de Pacientes COVID-19**", solicitado por el Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos;

En uso de las atribuciones conferidas por el Art. 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Sergio E. Bernales", Aprobado mediante R.M. N° 795-2003-SA-DM, modificado por R.M. N° 512-2004-MINSA, R.M. N° 343-2007-MINSA y R.M. N° 124-2008-MINSA; y, con la visación de la Dirección Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Asesoría Jurídica.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la "**Guía de Práctica Clínica Manejo Paliativo de Pacientes COVID-19**" del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, por las consideraciones expuestas en la parte considerativa, que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR, al Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del HNSEB, la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión de la mencionada Guía.

Artículo 3°.- ENCARGAR, a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales".

Regístrese y Comuníquese.

JASR/MVRR/YEC/JLZB/mrst

DISTRIBUCIÓN:

- | | |
|-------|------|
| -OEPE | -OEA |
| -OAJ | -OL |
| -OGC | -OC |
- Departamento Emergencia ()
 - Archivo

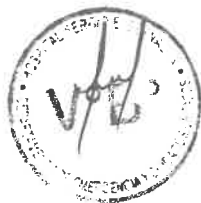
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
.....
Mg. JULIO ANTONIO SILVA RAMOS
DIRECTOR GENERAL
CMP. 19373



GUIA DE PRACTICA CLINICA MANEJO PALIATIVO DE PACIENTES COVID-19



**DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y
CUIDADOS CRITICOS**



- **YUKIKO TAKAYAMA ASCURRA**
Medico Anestesiólogo. Asistente
 - **CLAUDIA ROSADO CHILPA**
Medico Anestesiólogo. Asistente
-

I. FINALIDAD

Esta guía es una referencia para el manejo de pacientes que ingresan al Hospital Nacional Sergio E. Bernal por el área COVID-19 y que luego de evaluación y siendo de gravedad, requiere de manejo de soporte paliativo, a fin de aminorar síntomas dependientes de la enfermedad.

Logramos disminuir el sufrimiento de los pacientes, también disminuimos el riesgo de acciones no éticas como la eutanasia o por el contrario encarnizamiento terapéutico del paciente, protegiéndonos como profesionales de salud y dándole a la familia el consuelo necesario de saber que su paciente terminal no sufrió al fallecer.

II. OBJETIVO

Se establece los siguientes objetivos:

- Dar tratamiento adecuado para pacientes que requieren cuidados paliativos y/o sedación paliativa con diagnóstico de coronavirus y síntomas que generan malestar o sufrimiento, sin respuesta al tratamiento específico, en el área de paliativos.
- Brindar recomendaciones para pacientes que requieren cuidados paliativos con COVID 19 fuera del área de paliativos y de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Apoyar a los profesionales médicos en la toma de decisiones difíciles y aliviar a los médicos de una parte de responsabilidad en cuanto a elecciones, que pueden ser emocionalmente estresantes cuando se toman en forma individual.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Clínica se aplicará a pacientes con diagnóstico COVID 19 hospitalizados que requieran cuidados paliativos y/o sedación paliativa, en el área de paliativos o fuera de ella.

IV. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PALIATIVO COVID-19:

4.1 NOMBRE Y CODIGO

- COVID 19 SEVERO
- NEUMONIA SEVERA POR COVID
- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

CIE 10: U071- U07.2- J960- J129

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICION

Se denomina así a la infección causada por coronavirus sarscOv2 (COVID 19) Se incluyen todas las alteraciones secundarias a dicha



infección siendo principalmente a nivel del aparato respiratorio, sin embargo además se evidencia síntomas gastrointestinales, neurológica, ente otros.

Muchas de las manifestaciones de la enfermedad, denominada **COVID-19**, pueden ser manejados clínicamente con facilidad. El tratamiento se debe individualizar en base al estado del paciente y debe asegurar el soporte vital en caso de complicaciones. Por el momento, las tasas de mortalidad descritas son bajas (2-4%) y la mayoría de pacientes superan la enfermedad con sintomatología leve.

5.2 ETIOLOGIA

Los coronavirus son una extensa familia de virus, algunos de los cuales puede ser causa de diversas enfermedades humanas, que van desde el resfriado común hasta el SRAS (síndrome respiratorio agudo severo). Los virus de esta familia también pueden causar varias enfermedades en los animales. El nuevo coronavirus es una cepa particular de coronavirus que no había sido identificada previamente en humanos.

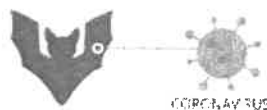
5.3 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Una persona puede contraer la COVID-19 por contacto con otra que esté infectada por el virus. La enfermedad se propaga principalmente de persona a persona a través de las gotículas que salen despedidas de la nariz o la boca de una persona infectada al toser, estornudar o hablar. Una persona puede contraer la COVID-19 si inhala las gotículas procedentes de una persona infectada por el virus.



EL ORIGEN

El nuevo coronavirus proviene de los murciélagos



Posiblemente utilizó un animal vendido en el mercado de mariscos de Wuhan, en China, como huésped para pasar a los humanos



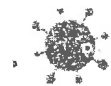
Contagio humano

CÓMO ES LA TRANSMISIÓN

- 1 Las proteínas exteriores del virus se adhieren a las células en el aparato respiratorio del huésped
- 2 Los genes del virus sufren mutaciones que alteran las proteínas de su superficie
- 3 Entonces se adhieren a las células del huésped y se desarrolla la enfermedad



SISTEMA RESPIRATORIO



LA PROTEÍNA



CELULAS HUMANAS

5.4 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

El riesgo de desarrollar síntomas peligrosos de COVID-19 puede aumentar en las personas mayores y también en las personas de cualquier edad que tengan otros problemas de salud graves, como afecciones cardíacas o pulmonares, sistemas inmunitarios debilitados, obesidad grave o diabetes. Esto es similar a lo que sucede con otras enfermedades respiratorias, como la influenza.

5.4.1 MEDIO AMBIENTE

No aplicable.

5.4.2 ESTILOS DE VIDA

5.4.2.1 Tabaquismo

5.4.2.2 Alcoholismo

5.4.2.3 Obesidad

5.4.2.4 Sedentarismo

5.4.3 HEREDITARIOS

No aplicable.

4. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 CUADRO CLINICO

6.1.1 SIGNOS Y SINTOMAS

Los signos y síntomas de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) pueden aparecer entre dos y 14 días después de la exposición al virus. Este período entre la exposición y antes de la aparición de los síntomas se llama el período de incubación. Los signos y los síntomas más comunes pueden incluir:

- fiebre
- tos
- cansancio

Los primeros síntomas de la COVID-19 pueden incluir pérdida del gusto o del olfato.

Otros síntomas pueden incluir:

- falta de aire o dificultad para respirar



- dolores en los músculos
- escalofríos
- dolor de garganta
- goteo de la nariz
- dolor de cabeza
- dolor en el pecho
- conjuntivitis

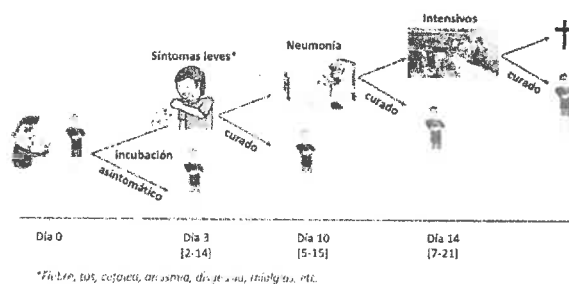
Esta lista no incluye todos los signos y síntomas posibles. Se han reportado otros síntomas menos comunes, como erupción en la piel, náuseas, vómitos, y diarrea. Los niños presentan síntomas similares a los de los adultos, y generalmente tienen una enfermedad leve.

La gravedad de los síntomas de la COVID-19 puede ser de muy leve a extrema. Algunas personas pueden tener solo unos pocos síntomas, y otras quizás no tengan ninguno.

6.1.2 INTERACCION CRONOLOGICA

El inicio de síntomas ocurre en promedio entre 5 a 6 días después de la infección (rango 1 a 14 días)

Curso evolutivo de COVID-19



Periodo de transmisibilidad: En la mayoría de casos Sintomáticos desde 2 días antes de inicio de enfermedad hasta 14 días de iniciada la enfermedad.

En pacientes graves y críticos el periodo de transmisibilidad puede prolongarse a más de 30 días.

6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1 CRITERIO DIAGNOSTICO.

El criterio es clínico epidemiológico. Aunado a ello el uso de exámenes auxiliares que dan diagnóstico definitivo: **RT-PCR SARS CoV-2, Serológico de anticuerpos, antigénico.**

6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 DE PATOLOGIA CLINICA

NINGUN EXAMEN DEBE RETRASAR DEL INICIO DEL TRATAMIENTO.

6.3.1.1 Perfil COVID-19 (ANEXO N° 01)

6.3.2 DE IMÁGENES

6.3.2.1 Tomografía pulmonar

6.3.2.2 Radiografía de Tórax.

6.3.3 DE EXAMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS.

Para descarte de complicaciones.

6.3.3.1 Electrocardiograma

6.4 MANEJO

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

6.4.1.1 Estratificación rápida de la severidad para decidir manejo a seguir.

6.4.1.2 Identificar factores de riesgo.

6.4.2 CUIDADOS PALIATIVOS

Según la International Association for Hospice & Palliative Care “Los cuidados paliativos son la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud, debido a una enfermedad grave, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores”



6.4.3 CRITERIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

El criterio médico individualizado y consensuado de cada paciente está por encima de estas recomendaciones generales.

Si bien, aún no existe un estándar para definir quiénes deben recibir cuidados paliativos y en qué momento, no solo los pacientes en situación de agonía o últimos días de enfermedad son los únicos candidatos; si no, también aquellos que experimentan sufrimiento intenso por síntomas causado por COVID 19 que no responden a los tratamientos habituales, independientemente del pronóstico de cada paciente.

6.4.4 TERAPEUTICA

Presencia de síntomas de difícil control con tratamientos convencionales que generen malestar o sufrimiento

Categoría 1a-2a Triage de emergencias humanitarias y crisis OMS (ver ANEXO 2)

Pacientes no candidatos a pasar a la UCI.

Pacientes adultos mayores con fragilidad clínica >5 (ver ANEXO 3)

Deterioro clínico severo e irreversible y respuesta clínica refractaria con escasas o nulas posibilidades de recuperación a pesar de recibir tratamiento.

Baja probabilidad de supervivencia por otra causa o enfermedades previas en estadio final o avanzado.

Escala de Menten > de 4 criterios (ver ANEXO N° 4)

Síntomas emocionales difíciles de controlar (angustia, agitación)

El siguiente cuadro detalla el manejo farmacológico como el no farmacológico:

SÍNTOMA	MEDIDA NO FARMACOLÓGICA	MEDIDA FARMACOLÓGICA	DOSIS	CONSIDERACIONES
---------	-------------------------	----------------------	-------	-----------------

6.4.5 ADECUACION TERAPEUTICA

DOLOR	Mantener un ambiente de confort en lo que sea posible	Tramadol Amp.100mg – 50mg / 2ml Morfina Amp.20 -10mg/ml	25 a 50 mg EV/SC PRN en casos de dolor leve a moderado más dosis rescate con un máximo 400mg /día 2.5 – 5mg EV /SC Cada 4hrs más PRN	Evaluar efectividad en 20min. O pasar a morfina. Dosis máxima 400mg. Dosis máxima tasa de filtración glomerular menos de 30ml/min dosis máxima 200 mg. Filtración glomerular 15ml/min dosis máxima 100mg Filtración glomerular menor 15ml/min desaconsejable uso. Evaluar efectividad en 20min, posibilidad de nueva dosis. Morfina no tiene techo terapéutico. Paciente con Tasa de filtración glomerular menor 30ml/min mayor sensibilidad a morfina. Considerar uso de laxante en caso de constipación.
TOS	Hidratación oral Posición sentada, elevación de la cabeza.	Codeína jarabe 15mg/ml, tabletas 15-30mg Amp. 60mg/2ml Morfina 20mg-10mg/ml Dextrometorfano Jarabe 15mg/5ml	15-30 mg VO cada 4 horas, más PRN máximo 4 dosis en 24horas. Rescate 30-60mg SC 2.5-5mg EV/SC cada 4 horas, más rescate 5-10ml c/6-8hrs VO	Evitar supresores de la tos en casos de bronquitis crónica, bronquiectasias. Considerar uso de laxante en caso de constipación. Morfina no tiene techo terapéutico. Considerar en pacientes con filtración glomerular menor 30ml/min uso de opioides menores. Si no es eficaz suspenderlo, pasar a uso de morfina.
DISNEA	Posición sentada y elevación de la cabeza.	Oxígeno suplementario	Dar oxígeno suplementario CBN no mayor a 4ml/min.	

	A tolerancia del paciente posición prona máximo 2 horas.	Morfina 20mg-10mg/ml	2mg EV/SC c/4hrs más PRN Si el paciente es usuario de opioide dar el 25% más dosis.	Considerar uso de laxante en caso de constipación.
FIEBRE	Medios físicos Uso de ropa suelta Hidratación vía oral/EV/SC. Evitar uso directo de alcohol.	Paracetamol tab.500mg Metamizol 1g/2ml	500mg – 1 g c/4-6 hrs. Máximo 4g/día 1g PRN máximo 5-6 g/día	Verificar función hepática Usar si la fiebre no cede con uso de paracetamol, monitoreo de la presión arterial por riesgo de hipotensión.
ANSIEDAD	Resolver dudas al paciente acerca de la enfermedad. Mantener un ambiente calmado en tanto sea posible. Considerar disminuir cantidad de personas alrededor del paciente. Soporte espiritual (respetar creencias de pacientes, en lo posible cumplir sus últimas voluntades)	Clonazepam tab. 0.5mg Midazolam amp 5mg/5ml	0.5mg VO PRN y/o insomnio, dosis máxima 4mg/día 2.5 a 5 mg SC PRN agitación psicomotriz	Evaluación a los 10 minutos, en caso de no haber efecto considerar nueva dosis. Paciente con filtración glomerular menor de 30ml/min 5mg dosis máxima. Evaluar efectividad en 10min, considerar repetir dosis para obtener Efecto.
DELIRIO	Asegurar comunicación y reorientación efectiva. Mantener un ambiente calmado en tanto sea posible. Considerar disminuir cantidad de personas	Haloperidol Amp. 5g/ml	1-2.5mg EV/SC cada 2hrs por la noche más PRN Aumentar dosis de 0.5 a 1mg, dosis máxima de 5mg/día	Contraindicado en uso de azitromicina, hidroxiclороquina, antivirales. En caso de delirio pre-mortem, retirar azitromicina, hidroxiclороquina, antivirales e iniciar su uso.



	alrededor del paciente. Evitar movilización entre ambientes de forma innecesaria	Midazolam Amp.5mg/5ml	2.5-5mg SC PRN agitación psicomotriz	Disminuir dosis a 5mg/día en pacientes con filtrado glomerular menor 30ml/min.
NÁUSEAS/ VÓMITOS	Considerar causas farmacológicas, trastornos hidroelectrolíticos (hiponatremia, hipercalemia) Comidas no copiosas y fraccionadas	Metoclopramida Amp 10mg/ml. Haloperidol Amp 5mg/ml (sospecha causa metabólica o inducida por fármacos o refractario a metoclopramida.	10mg SC/EV c/8hrs. 1-2.5mg SC por las noches c/2hrs. más PRN. Dosis máxima 5mg/día.	Contraindicado en casos de uso de azitromicina, hidroxiclороquina, antivirales.
SECRECIÓN VÍAS RESPIRATORIAS	Considerar disminuir los fluidos SC y/o EV. Cambiar posición de paciente para favorecer movilización de secreciones por gravedad. Considerar riesgo beneficio de aspiración de secreciones o cambio de posición.	Bromuro de escopolamina Amp.20mg/ml	10-20mg SC/EV c/6-8hrs. (Dosis máxima 120mg/día)	



La adecuación terapéutica implica la limitación del ingreso del paciente a áreas de mayor complejidad y/o derivarlo a áreas de menor complejidad donde pueda estar más cómodo y quizá acompañado. También implica limitar y retirar el tratamiento recuperativo, y simultáneamente continuar o implementar las medidas paliativas para el alivio de síntomas que causen malestar o sufrimiento. Todo este proceso debe ir acompañado de una correcta y continua comunicación con los familiares, acompañando su proceso de aceptación y duelo anticipado. Una forma de evaluar el bienestar del paciente es con sus expresiones faciales, especialmente durante la situación de últimos días del paciente.

Recomendaciones generales sobre elementos a considerar retirar en la adecuación terapéutica

RECOMENDACIÓN	ELEMENTO A CONSIDERAR RETIRAR
Suspender fármacos que no contribuyan a la recuperación del paciente y que exponga al personal de salud.	Insulina Antihipertensivos Tratamiento por COVID 19 Antibióticos Profilaxis antitrombótica Transfusiones Alimentación enteral y/o parenteral Disminuir hidratación
Suspender los elementos invasivos y no invasivos que no sean necesarios para la comodidad o la administración de medicamentos	Vía Subcutánea (en caso de difícil acceso y no conseguir vía endovenosa) Monitores Sonda nasogástrica Sonda Foley (permanece si es necesario)
Evitar uso de aparatos e intervenciones que puedan generar aerosol o infectar a personas cercanas con SARS-COV-2	Evitar ventiladores de uso domiciliario en la habitación Flujo de oxígeno no superior de 4L/min a CBN de bajo flujo, manteniendo atención a disnea e hipoxemia. Evitar CBN de alto flujo Todos los tratamientos con nebulizaciones estarán proscritos.
Limitar el monitoreo constante	Disminuir y/o evitar el monitoreo de las funciones vitales, especialmente en caso de sedación paliativa. Evitar monitoreo de glucosa capilar. No realizar exámenes de laboratorio. No realizar exámenes imagenológicos

6.4.6 SEDACION PALIATIVA

Este procedimiento médico busca conseguir una disminución de la conciencia hasta alcanzar un puntaje mayor o igual a 4 en la escala de Ramsay, no respondiendo al estímulo verbal. Tiene como objetivo hacer control sintomático en aquellos pacientes que presentan un sufrimiento intolerable debido a la presencia de síntoma(s) refractario(s) al tratamiento durante un tiempo razonable, a pesar de recibir un manejo paliativo correcto, utilizando diversos fármacos y dosis adecuadas.

Se deberá registrar, de manera explícita, el procedimiento en la historia clínica, el motivo de sedación paliativa, y plan de sedación. Además, se deberá considerar consentimiento verbal (explícito, implícito o delegado) por parte del paciente o familia. En caso de situación de abandono del paciente e incapacidad del paciente para tomar decisiones, la decisión



de iniciar sedación paliativa deberá ser respaldada por una junta médica o por el comité de ética asistencial. En ningún caso se debe aplicar sedación paliativa en contra de los deseos consientes del paciente, aun cuando el equipo médico observe sufrimiento.

El procedimiento de explicación al paciente, la familia o cuidador idealmente debería realizarse personalmente por el médico que aplicará el procedimiento. Sin embargo, debido a la situación actual de aislamiento social, muchas veces se realizará vía telefónica. Para esta comunicación, se sugiere mencionar los siguientes puntos:

- Explicar el objetivo, intención y proporcionalidad de la sedación.
- Explicar la expectativa de vida desde el inicio de la sedación (horas a días).
- Informar a la familia que se adecuará la medicación con el objetivo de reducir el sufrimiento y permitir que el paciente fallezca tranquilo sin molestias.
- Informar que, una vez iniciada la sedación paliativa, no está recomendado continuar la hidratación o nutrición artificial al paciente. Esto es porque puede empeorar los estertores y dar la impresión de disnea o falta de aire del paciente.
- Establecer que la sedación paliativa en ningún caso es equivalente a eutanasia (o muerte asistida), porque se respeta el proceso natural de la muerte, y sólo se pretende aliviar el sufrimiento.

Una vez decidida la realización de sedación paliativa, se iniciará midazolam y morfina (ambos fármacos pueden estar acompañados de otros según la necesidad) hasta alcanzar un puntaje mayor o igual a 4 en la escala de Ramsay. Se reevaluará cada 6, 12, 24 horas, o dependiendo de la respuesta a la medicación y la disponibilidad de personal de salud.



6.4.7 SITUACION DE LOS ULTIMOS DIAS

En pacientes en situación de últimos días – agonía, se realizará adecuación terapéutica, es decir, priorizar el manejo sintomático sobre el terapéutico con el objetivo de disminuir el malestar del paciente. Esto implica en lo

ETAPAS	OPCIÓN 1 INICIO CON BOLO+TITULACIÓN+DOSIS DE MANTENIMIENTO	OPCIÓN 2 INICIO CON INFUSIÓN + DOSIS DE MANTENIMIENTO
INDUCCIÓN	-Midazolam: 2-2.5 mg cada 4 horas + dosis rescate (mínimas). -Morfina: SC 2-2.5mg cada 4 horas + dosis rescate (misma dosis) EV 2 mg en bolo cada 4 horas. Uso de escopolamina es opcional de acuerdo a necesidad. Consideraciones: -Objetivo puntaje Ramsay mayor o igual a 4 -Evaluar cada 10-15min SC / 3-5min EV. -De no lograr objetivo indicar dosis extra de rescate evaluar en 10-15min.hasta lograr objetivo. -Luego de lograr objetivo indicar dosis de cada 4 horas, durante las primeras horas.	Infusión SC/EV en 24 horas en 100 cc de NaCl 0.9% que contiene: -Midazolam 10 mg -Morfina 10 mg -Escopolamina 60 mg (opcional) Consideraciones: Objetivo: puntaje en la escala de Ramsay ≥ 4 • Luego de inicio de infusión, reevaluar cada 10-15 minutos (si es IV, 3 a 5 minutos). • De no lograr objetivo, indicar dosis extra de rescate de midazolam y morfina, y reevaluar cada 10-15 minutos, hasta lograr objetivo.
REEVALUACIÓN 12 -24 HRS	Cada 12-24 horas reevaluar y recalcular la dosis siguiente, en base a las dosis horario y rescate usadas. Reevaluar objetivo puntaje en la escala Ramsay mayor o igual a 4.	
DOSIS DE MANTENIMIENTO	La dosis total tanto de midazolam como de morfina se colocará en 100cc de NaCl 0.9%, se pondrá en infusión EV/SC en 12 – 24 hr. según lo evaluación. Dosis de rescate continúa según demanda: Las dosis van aumentando o disminuyendo de acuerdo al paciente y nivel de conciencia que se pretenda alcanzar.	
ESCALA SEDACIÓN DE RAMSAY	Nivel 1: Agitado Nivel2: Tranquilo, orientado, colaborador Nivel3: Respuesta a estímulos verbales Nivel4: Respuesta a presión glabellar Nivel5: Respuesta a estímulos dolorosos Nivel6: No respuesta	



posible, y pensando en el bienestar y dignidad del paciente, retirar las medidas fútiles (farmacológicas o no farmacológicas) que no genere beneficio en el paciente o que expongan de manera innecesaria al personal de salud. Asimismo, incluye considerar derivar al paciente a

un área de menor complejidad, como un área de hospitalización general, para su mayor comodidad y bienestar.

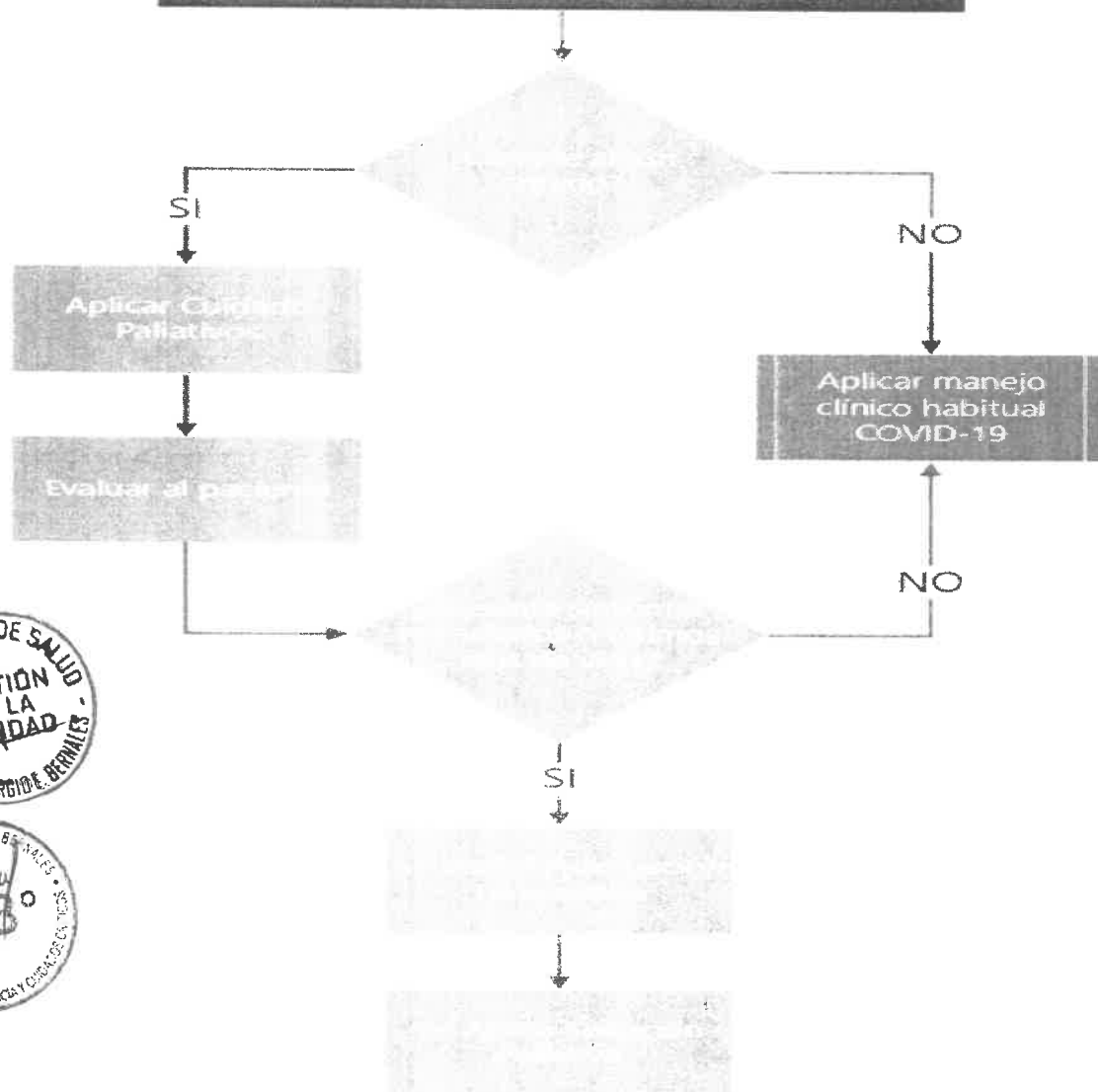
La propuesta de iniciar la adecuación terapéutica deberá ser comunicada al paciente, o a sus familiares en caso el estado clínico del paciente no lo permita. La decisión final del inicio de la adecuación terapéutica deberá considerar consentimiento verbal (explícito, implícito o delegado) por parte del paciente o su familia. Este procedimiento debe registrarse en la historia clínica.



6.5 FLUXOGRAMA

CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON COVID-19

- CRITERIOS**
- Síntomas que generan malestar o sufrimiento.
 - Cat 1a – 2a triaje de emergencia humana y crisis OMS
 - No candidato UCI
 - > 60 años con fragilidad clínica > 5
 - Deterioro clínico severo e irreversible con respuesta refractaria a tratamiento
 - Baja probabilidad de supervivencia por otra causa o enfermedad
 - Escala Menten > 4 criterios



VII. ANEXOS:

ANEXO N° 1
PANEL COVID- 19

EXAMENES	INGRESO	CONTROL
RT-PCR SARS CoV-2	X	Solo si al ingreso fue negativa
Prueba Rápida COVID-19	Si ≥ 7 días de enfermedad	Solo si al ingreso fue no reactiva
AGA lactato y electrolitos (Na,K,Cl)	X	Cambio de dispositivo, inicio VM, deterioro respiratorio. Utilizar SAFI (SaO2/FiO2)
Hemograma completo	X	c/48 horas
Urea	X	c/48 horas
Creatinina	X	c/48 horas
Glucosa	X	Según criterio clínico
Electrolitos séricos: Ca, Mg	X	Según criterio clínico
DHL	X	c/48 horas
Dímero D	X	c/48 horas
Proteína C reactiva	x	c/48 horas
Ferritina	X	c/48 horas
Bilirrubina total, Transaminasas (TGO, TGP)	X	c/48 horas
TP, TPT, Fibrinógeno	X	c/48 horas
Troponina I, CPK total	X	Según criterio clínico
Serológicos (VIH, AntiVHC, HBsAg)	X	-
Procalcitonina	X	Según criterio clínico
Hemocultivo x 2 (solo en sospecha de infección bacteriana)	X	Según criterio clínico
Prueba diagnóstica para Influenza A (H1N1)	X	Según criterio medico



ANEXO N° 2

CATEGORÍAS DE TRIAJE RECOMENDADAS EN EMERGENCIAS HUMANITARIAS Y CRISIS. OMS

Categoría	Color código	Descripción
1a. Inmediata	Rojo	Supervivencia posible con tratamiento inmediato. Los cuidados paliativos deben integrarse con el tratamiento de soporte vital tanto como sea posible.
2a. Expectante	Azul	La supervivencia no es posible dada la atención disponible. Se requiere cuidados paliativos.
	Amarillo	No está en peligro inmediato de muerte, pero el tratamiento se necesita pronto. Sin embargo, los cuidados paliativos y el alivio de los síntomas pueden ser necesarios de inmediato.
3. Mínima	Verde	Necesitará atención médica en algún momento, después de que los pacientes con afecciones más críticas hayan sido tratados. El alivio de los síntomas puede ser necesario.

Categorías de triaje recomendadas en emergencias humanitarias y crisis.
OMS



ANEXO N° 3

ESCALA DE FRAGILIDAD CLÍNICA EN ADULTOS MAYORES

Recomendada por la guía NICE de Cuidados Críticos en adultos en contexto de p

	1 En muy buena forma. Personas que están fuertes, activas, vigorosas y motivadas. Son personas que suelen practicar ejercicio con regularidad. Son de los que están en mejor forma para su edad.		7 Con fragilidad grave. Dependen totalmente para el cuidado personal, sea cual fuere la causa (física o cognitiva). Aun así, parecen estables y sin riesgo de muerte (en los siguientes 6 meses).
	2 En forma. Personas sin síntomas de enfermedad activa, pero que están menos en forma que las de la categoría 1. Suele ocurrir que se ejercitan o están muy activas por temporadas, por ejemplo, según la estación.		8 Con fragilidad muy grave. Totalmente dependientes, se acercan al final de la vida. Es típico que ni siquiera se recuperen de afecciones menores.
	3 En buen estado. Personas que tienen bien controlados sus problemas médicos, pero que no llevan actividad física regular más allá de los paseos habituales.		9 Enfermo terminal. Se aproximan al final de la vida. Esta categoría se aplica a personas con esperanza de vida < 6 meses y sin otros signos de fragilidad.
	4 Vulnerables. Aunque no dependen de otros que les ayuden en la vida diaria, a menudo los síntomas limitan sus actividades. Suelen quejarse de estar «lentos» o cansados durante el día.	En personas con demencia El grado de fragilidad se corresponde con el grado de demencia. Son síntomas comunes de demencia leve olvidar los detalles de un acontecimiento reciente aun recordando el evento en sí, la repetición de una misma pregunta o relato y el aislamiento social. En la demencia moderada, la memoria reciente está muy afectada, aunque parezca que recuerdan bien los acontecimientos de su pasado. Con pautas, pueden cuidarse solos. En la demencia grave, no son posibles los cuidados personales sin ayuda.	
	5 Levemente frágiles. Estas personas a menudo tienen un enlentecimiento más evidente y necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria importantes (economía, transporte, labores domésticas, medicación). Es típico que la fragilidad leve vaya dificultando salir solos de compras o a pasear y hacer la comida o las tareas del hogar.		
	6 Moderadamente frágiles. Personas que necesitan ayuda para todas las actividades en el exterior y para realizar las tareas domésticas. En casa, suelen tener problemas con las escaleras y necesitan ayuda con el baño y pueden requerir alguna asistencia para vestirse (guía y acompañamiento).		

La guía Nice sugiere:

Puntaje CFS de menos de 5: NO FRÁGIL	Hay probabilidad de beneficio con cuidados críticos.
Puntaje CFS de 5 o más: FRÁGIL	Existe incertidumbre con respecto al beneficio de cuidados críticos. Tener en cuenta el impacto de las patologías subyacentes, las comorbilidades y la gravedad de la enfermedad aguda.

Guía de atención al adulto en COVID-19 NICE 2020



ANEXO N° 4
ESCALA DE MENTEN

Escala de Menten
1. Frialdad o palidez nasal
2. Frialdad en extremidades
3. Livideces
4. Cianosis de Labios
5. Anuria(300cc/día)
6. Estertores premortem
7. Apneas mayores a 15 segundos en un minuto
8. Somnolencia(>15 h de sueño por día)
<i>≥ 4 signos paciente fallecerá en las próximas 96 h</i>

Nos apoya en la definición de un paciente en agonía, cuyo fallecimiento es inminente.



VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Palliative Care Definition - International Association for Hospice & Palliative Care [Internet]. [citado 8 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
2. Recomendaciones generales relacionadas con la toma de decisiones y adecuación de la intensidad asistencial durante la crisis de epidemia de COVID-19 [Internet]. SEMEG. [citado 8 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://www.semeg.es/profesionales/actualidad/ /recomendaciones-generales-relacionadas-con-la-toma-de-decisiones-yadecuacion-de-la-intensidad-asistencial-durante-la-crisis-de-epidemia-de-covid-19.html?fbclid=IwAR21gwPtXhhTOR98PujQ5SaMaJS0Sk16TALWCNz4WUQ5LG0Dyi-efAqFHAo>
3. Atención en Cuidados Paliativos ante la situación de COVID 19. New Health Foundation. Marzo 2020
4. RECOMENDACIONES ÉTICAS PARA LA TOMA DE DECISIONES COVID-19. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias www.semicvuc.org

