

CORONAVIRUS COVID-19

EL PACIENTE COVID-19 EN SITUACION DE ULTIMOS DÍAS

**RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE DE LOS CUIDADOS
PALIATIVOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

Ministerio de
Salud



GOBIERNO DE
LA PAMPA



OBJETIVOS

1

- ✓ Proporcionar una atención de calidad a pacientes y familiares de pacientes que están en **medio residencial o atención primaria, en situación de últimos días**.
- ✓ Atención en la situación de últimos días en domicilio o medio residencial manejando aquellos fármacos disponibles en Atención Primaria.
- ✓ Facilitar una despedida lo más adecuada posible en cada caso particular, facilitando el duelo y prevenir o aminorar en lo posible, problemas emocionales futuros en un contexto de elevado estrés sanitario.



POBLACIÓN DIANA

2

Pacientes en cuadro clínico por COVID-19 con pluripatología, comorbilidades o que por su situación basal no son candidatos a ser trasladados, y con sintomatología de gravedad:

- ✓ *Taquicardia*
- ✓ *hipotensión arterial <90/60*
- ✓ *taquipnea > 30 rpm*
- ✓ *Saturación de O₂ < 90 %*
- ✓ *Alteración de consciencia*



RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL MANEJO DE UN PACIENTE QUE ENTRA EN "SITUACION DE ULTIMOS DIAS"

3

- ✓ Explicar la situación de comorbilidad previa.
- ✓ Explicar la evolución de la infección.
- ✓ Informar sobre la sospecha de pronóstico limitado (horas/días).
- ✓ Ofrecer posibilidad de responder a sus preguntas.
- ✓ Para atender la soledad impuesta por el COVID19, sobre todo en el caso del medio **RESIDENCIAL** se facilitará en la medida de lo posible y de acuerdo a la evolución clínica del paciente, todas aquellas nuevas tecnologías que faciliten la comunicación y se ofrecerá específicamente la posibilidad de despedirse del paciente.



- ✓ Se debería establecer un horario fijo de visita al que acudirá en la medida de lo posible siempre la misma persona, equipada medidas de protección completa.
- ✓ La duración de la visita no deberá ser superior a 1 hora al día.
- ✓ En ese periodo el contacto estrecho no sobrepasará los 15 minutos para minimizar la posibilidad de contagio.
- ✓ El familiar que acuda a ver al paciente no debe ser un contacto de riesgo ni estar infectado por SARs Cov2.
- ✓ El Anexo 2 recoge información de ayuda para este momento de despedida. Puede ser útil que los familiares lleven algún objeto de valor para el paciente.

Se recomienda:

- **SUSPENDER TODA LA MEDICACIÓN ORAL Y EL TRATAMIENTO CON HEPARINA.**
- **NO DAR DE BEBER NI DE COMER.** Es perjudicial por el riesgo de broncoaspiración. Sólo si el paciente lo demanda, refrescar la boca.
- Está **DESACONSEJADA LA SUEROTERAPIA** ya que empeora la disnea.



SEDACIÓN PALIATIVA

4

SEDACIÓN PALIATIVA solo en caso de **SINTOMATOLOGÍA REFRACTARIA** (distrés respiratorio agudo, delirium hiperactivo): aquella no controlable con los medios disponibles (oxigenoterapia administrada a 2-3 lpm, broncodilatadores en cámara si hay asma-EPOC previo, o con bolo de morfina 5 mg s/c).

Conviene dejar registro en la historia del paciente el inicio y motivo de la sedación: *Por ejemplo: "En el día de la fecha, desde el inicio de síntomas, el paciente presenta disnea refractaria/delirium hiperactivo que no responde a medicación habitual. Ofrezco sedación paliativa y hay consentimiento verbal de paciente/familia que desea estar más dormido."*

Indicaciones:

- ✓ *Disnea refractaria: distrés respiratorio agudo (DRA) con o sin agitación asociada.*
- ✓ *Síndrome confusional agudo hiperactivo.*
- ✓ *Agonía.*

Procedimiento: Se aconseja poner un bolo inicial que deje al paciente tranquilo.

Inducción sedación vía subcutánea según fármacos disponibles:



Administrar Bolo subcutáneo sin diluir de:

- ✓ **Morfina** 5 mg (0,25 ml de ampolla de CLM al 2%/ml)
- +
- ✓ **Midazolam** 5mg (1ml de las ampollas 3ml/15mg)
- ó
- ✓ **Levomepromazina 12,5 mg** (0,5 ml de ampollas de 1ml/25mg)

Después del bolo de inducción, administrar 0,5 cc de suero fisiológico por la buter s/c para que toda la medicación llegue al tejido celular subcutáneo.

Si es necesario administrar 2 o más bolos separados 10 min para conseguir la inducción.

Tras la inducción podrá continuarse con administración de fármacos utilizando medicación en bolo de la siguiente manera:

- ✓ **Morfina** 5mg/4hs (0,25 ml de ampollas de CLM al 2%/1ml)
- +
- ✓ **Midazolam** 5mg/4h (1ml de las ampollas de 3ml/15mg)
- ó
- ✓ **Levomepromazina 12,5 mg/8hs** (0,5 ml de ampollas de 1ml/25mg)
- +
- ✓ **Hioscina** (1 ampolla de 20 mg cada 8 horas)

Importante: Después de cada bolo administrar 0,5 cc de suero fisiológico para que toda la medicación llegue al tejido celular subcutáneo.

➤ **Si persiste la disnea**

En función del fármaco utilizado se usará:

- Morfina 5 mg en bolo subcutáneo no diluido

➤ **Si agitación**

Se podrá usar una de las dos opciones:

- Midazolam 5 mg en bolo no diluido
- Levomepromazina 12,5 mg en bolo no diluido

➤ Si hay **SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO HIPERACTIVO** solo o asociado a disnea refractaria:

- Además de la morfina para la disnea, usar **LEVOMEPRMAZINA 12.5 mg ó MIDAZOLAM 5 mg.**



A las 24 horas es necesario valorar el nivel de consciencia y sedación.

NIVELES DE CONSCIENCIA Y SEDACION:

Escala de Ramsay:

- **Nivel 1:** Paciente ansioso agitado o inquieto
 - **Nivel 2:** Paciente cooperador, orientado, tranquilo
 - **Nivel 3:** Paciente dormido, responde a órdenes
 - **Nivel 4:** Paciente dormido, respuesta rápida a estímulos
 - **Nivel 5:** Paciente dormido, respuesta lenta a estímulos
 - **Nivel 6:** Paciente dormido, ausencia de respuesta
- Si el paciente está sedado y tranquilo (Escala Ramsay 5-6):
Dejar la misma dosis del día anterior bien en bolos y no olvidarse de los rescates.
 - En el caso de que el paciente no esté cómodo (Escala de Ramsay <5) se subirá la dosis de la manera indicada:
 - ✓ **Morfina 7.5mg/4hs** (0,4 ml de ampollas de CLM al 2%/1ml)
 - +
 - ✓ **Midazolam 10mg/4hs** (2ml de las ampollas de 3ml/15mg)
 - ó
 - ✓ **Levomepromazina 25 mg /8hs** (1 ml de ampollas de 1ml/25mg)
 - +
 - ✓ **Hioscina 20 mg** (1 ampolla cada 8 hs)



SUGERENCIAS DESPEDIDA EN EL COVID-19: “CUANDO EL VÍNCULO TRASCIENDE A LA PRESENCIA”

6

GUÍA PARA EL PROFESIONAL DOMICILIOS – RESIDENCIAS

✓ CON LA FAMILIA, SIEMPRE:

MENSAJES DE TRANQUILIDAD (en tono y forma), SENCILLOS/BREVES, SIN AÑADIR INFORMACIONES NO NECESARIAS para su situación/estado.

-La visita debe ser lo más breve posible, siguiendo en lo posible un orden centrándonos en el estado del paciente y su situación.

-Priorizar decisiones, explicaciones y entregar documento con indicaciones farmacológicas, sugerencias de despedidas, etc.

-La importancia del modelo de trato al paciente: con nuestra actitud, cómo nos dirigimos/actuamos hacia el paciente, podemos mostrar también el cómo se dirige el familiar (si puede estar) y/o cuidador (externo o residencial) hacia la persona así se previene bloqueos y sentimiento de abandono/soledad.

✓ PREPARACIÓN ANTE SEDACIÓN PALIATIVA:

Dirigirnos a ellos por su nombre. Si solo hay un familiar-cuidador, preguntar por el resto de familiares (los más directos).

-Comprobar si todos los familiares directos son conscientes del estado del paciente y cómo mantienen el contacto (whatsapp familiar, por llamada del cuidador principal, otros...).

-Dar garantía de soporte (dar teléfonos donde dirigirse en caso de cambios o dudas y concretar para qué tipo de actuaciones se iría a domicilio). Plantear al familiar si quiere/necesita (o si el profesional viera está muy ansioso) llamar a otro familiar para que escuche las indicaciones o planteos de cara a decisiones.

-Explorar “lo importante” con preguntas como: *“¿qué es lo más importante para ustedes...? y ¿qué creen que sería lo importante para él/ella.*

-Reforzar/empoderar a la familia: mostrarle nuestro reconocimiento explícito sobre sus cuidados y cómo lo están llevando, decirle que no están solos y fomentar que comparta lo que siente y/o piensa con el resto de sus familiares y recoja de ellos qué quieren que le transmita a su ser querido (grabaciones de audios, de alguna canción, de videos).

-En residencias/hospitales, el personal es el “TRANSMISOR” de la familia, por lo que es necesario informar a la familia por teléfono de la situación y estado del paciente, disponibilidad para que puedan llamar (concretar un horario por ejemplo). Valorar si sería posible venir a despedirse (si pudiera ser) o pudieran despedirse de alguna manera y recoger de la familia algún mensaje/deseo para trasladárselo al paciente.

✓ **UNA PROPUESTA PARA GUIAR A LA FAMILIA EN LA DESPEDIDA**

-Explicar al familiar (que aunque no pueda contestar el paciente le escucha...), que puede ser el último momento para estar con su ser querido y que cuando entre a la habitación: le hable, diciéndole con suavidad qué va a hacer (ponerle medicación por ejemplo), que puede estar tranquila/o, que toda la familia está a su lado aunque no estén...

-Hacer consciente al familiar que va a entrar a despedirse.

-El “Yo soy la familia”, recoge en él a todos, y todos son los que van a estar aunque no estén con su ser querido. Que se lo traslade a los que no pueden estar. Si fuera posible, que al familiar/representante lo acompañe otro familiar hasta el exterior y lo reciba a la salida.

-Comunicación con el ser querido (ajustándose a su lenguaje y vínculo): que le diga al paciente que imagine por ejemplo que están a su lado su nieto, su hija..., que todos le mandan saludos, que rece (si es creyente), que cante una canción preferida, y si no, recordarle al familiar que el silencio también acoge y acompaña

-En la espera hasta el final, favorecer conexión, contacto y expresión emocional entre los familiares.

-Información del fallecimiento (en residencias): clara y sentida, no utilizar eufemismos. No cortar la expresión emocional y disposición para responder lo que quieran saber.



UNIDAD FUNCIONAL DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS



Lunes a viernes -de 06 hs a 14 hs-: (02954) 437481 int. 5470



Guardia -las 24 hs-: (02954) 15713968



Hospital Evita (Santa Rosa)



Material de revisión y consenso.

(Estas recomendaciones están en continua revisión y podrán ser modificadas si la situación lo requiriese).

**Dirección de Atención Primaria de la Salud y Gestión Sanitaria.
Ministerio de Salud. Gobierno de La Pampa.**

