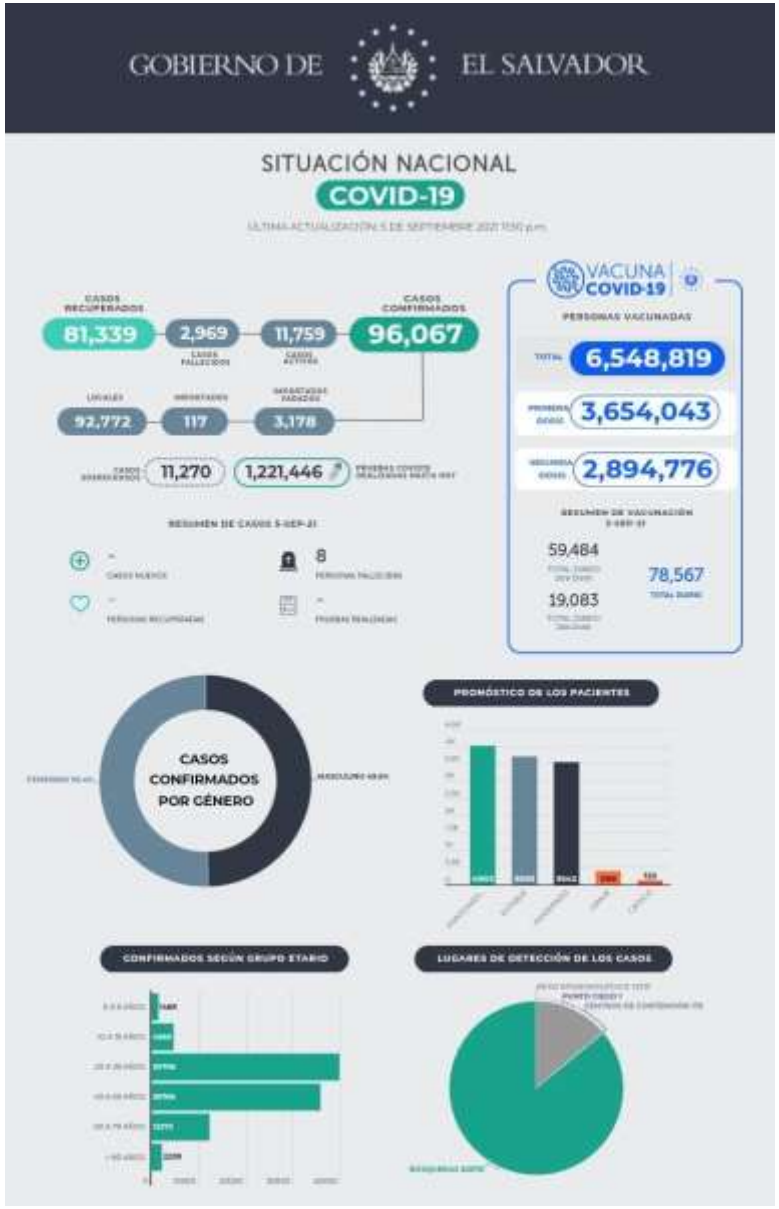
CUIDADOS PALIATIVOS COVID-19 H.N. ES

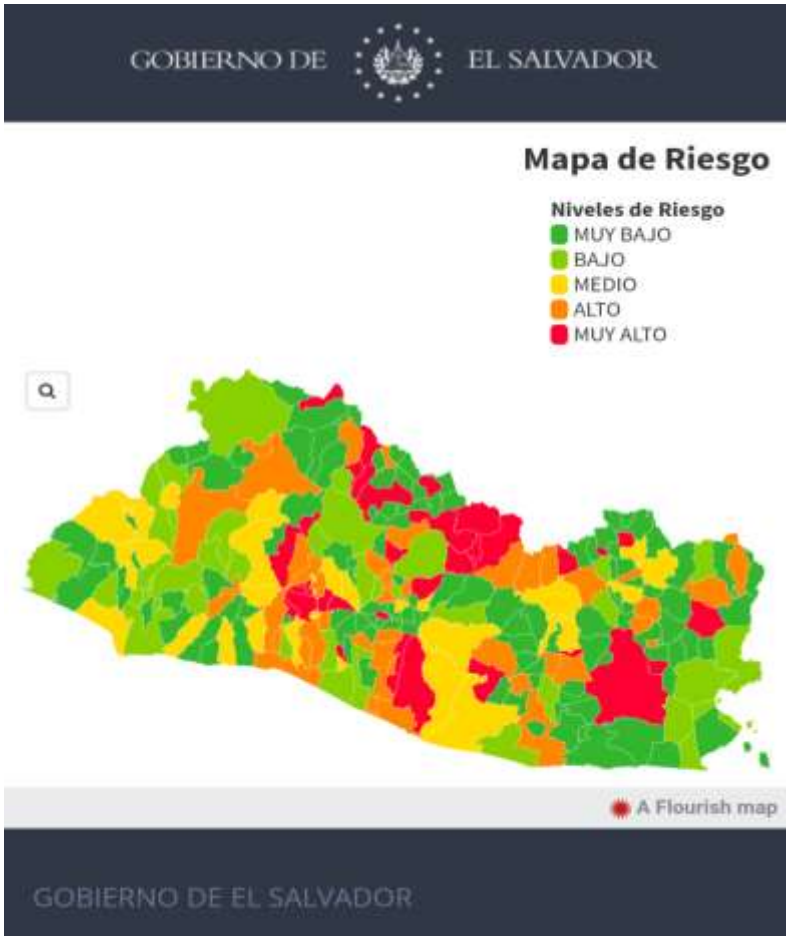
DR. CARLOS A. REYES SILVA

Jefe Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos

Sumario

- ❑ Definiciones en Cuidados Paliativos.
- ❑ Ordenamiento Jurídico.
- ❑ Principales principios de Bioética
- ❑ Cuales deberían ser los criterios de ingreso SARS COV-2.
- ❑ Plan de acción.
- ❑ Control de síntomas.
- ❑ Acompañamiento familiar.
- ❑ Duelo.
- ❑ Conclusiones
- ❑Preguntas y respuestas.





HOSPITAL NACIONAL EL SALVADOR
CUIDADOS PALIATIVOS

Nueva definición de consenso de CUIDADOS PALIATIVOS por la IAHPC En COVID 19

"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 aquellos que están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores."

Lima, l et al. Journal of Pain and Symptom Management 2020.

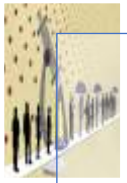
«Lo peor para una persona no es constatar que ha vivido y ahora debe morir, Lo peor es comprender que no ha vivido y ahora tienen que morir.»

Dame Cicely Saunders

Herramientas para brindar atención y apoyo a los pacientes , familiares y equipo asistencial.

Control de síntomas para confortabilidad.

Objetivo principal: **Calidad de Vida**



Brindar **atención integral de la salud:** física, psicológica y espiritual.

Apoyar en la toma de **decisiones difíciles.**

Contexto Clínico SARS CoV -2

Sintomas Moderados

2

3

Paciente Neumonía Severa FMO - SEPSIS

1

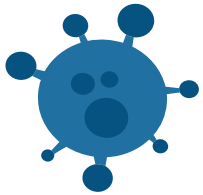
Asintomaticos o Sintomas leves.

PACIENTE CON VIRUS SARS COV-2

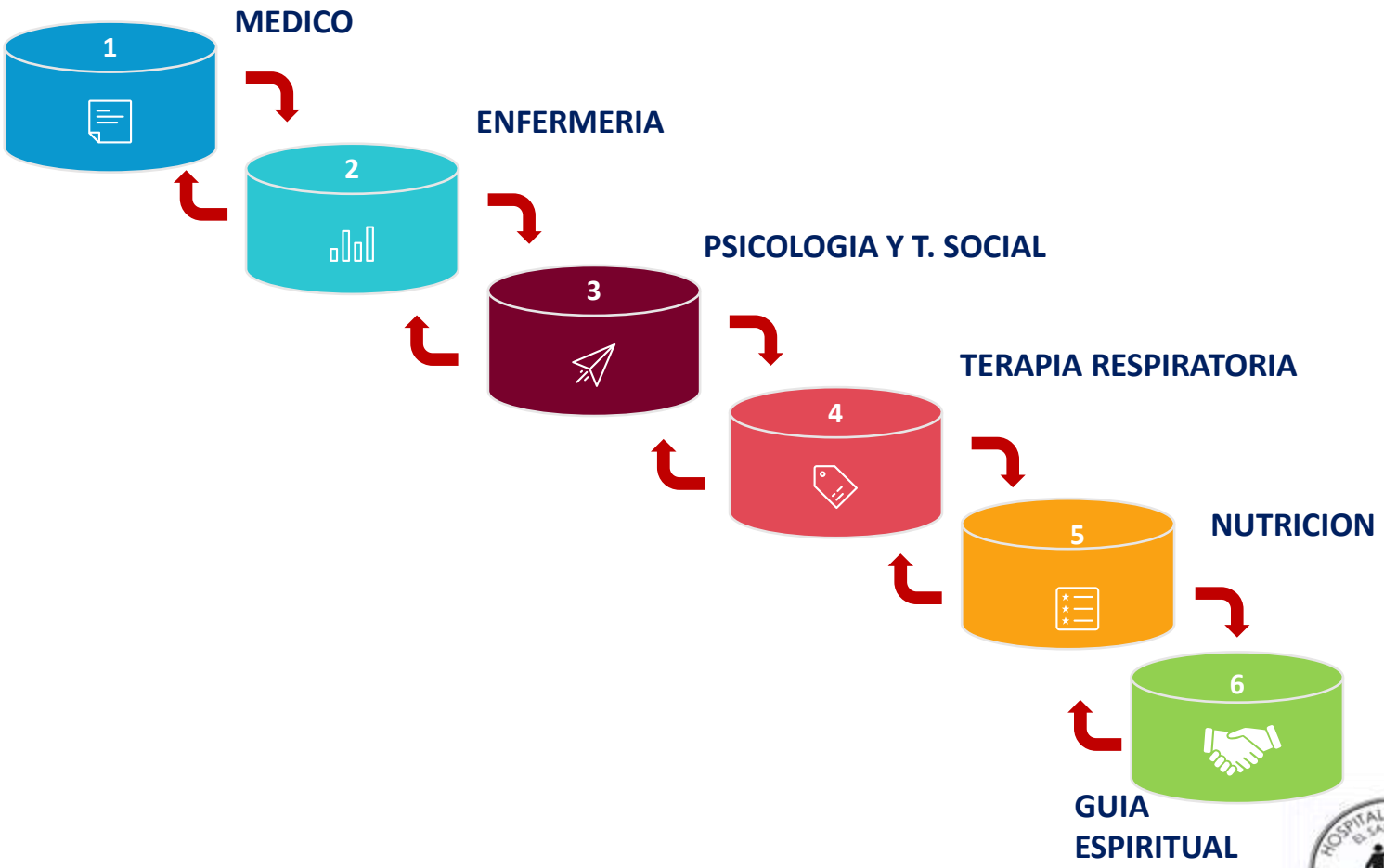
CUIDADOS PALIATIVOS

EQUIPO DE SALUD

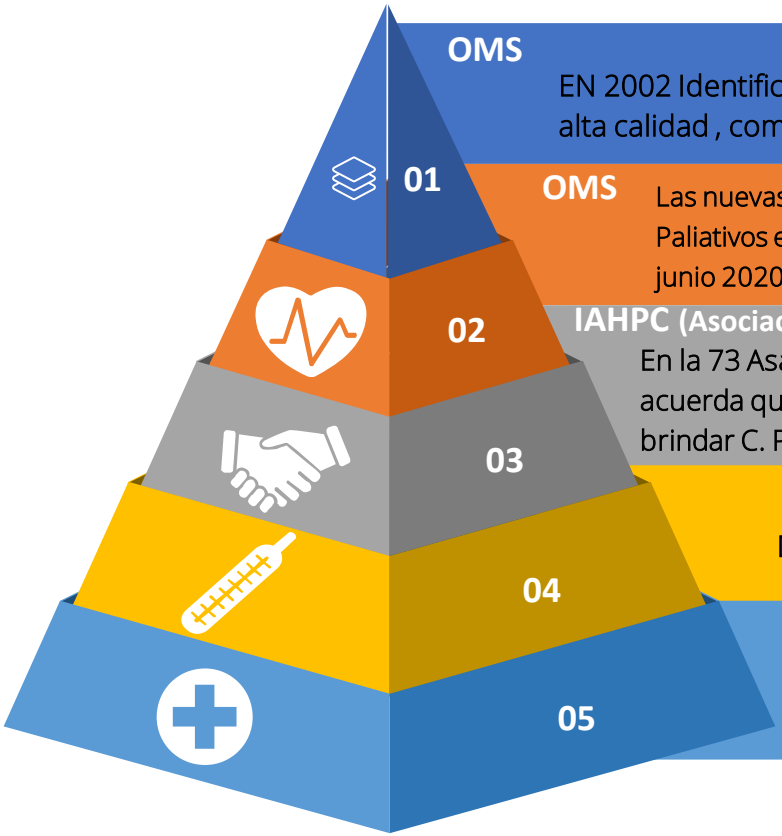
FAMILIA



Eq. Multidisciplinario



Marco Legal



OMS

EN 2002 Identifico a los cuidados paliativos de alta calidad , como un derecho humano

OMS

Las nuevas Guias para desarrollos de los Cuidados Paliativos en COVID -19 (sección 21 , asamblea en junio 2020)

IAHPC (Asociación Internacional de Hospice y C. Paliativos)

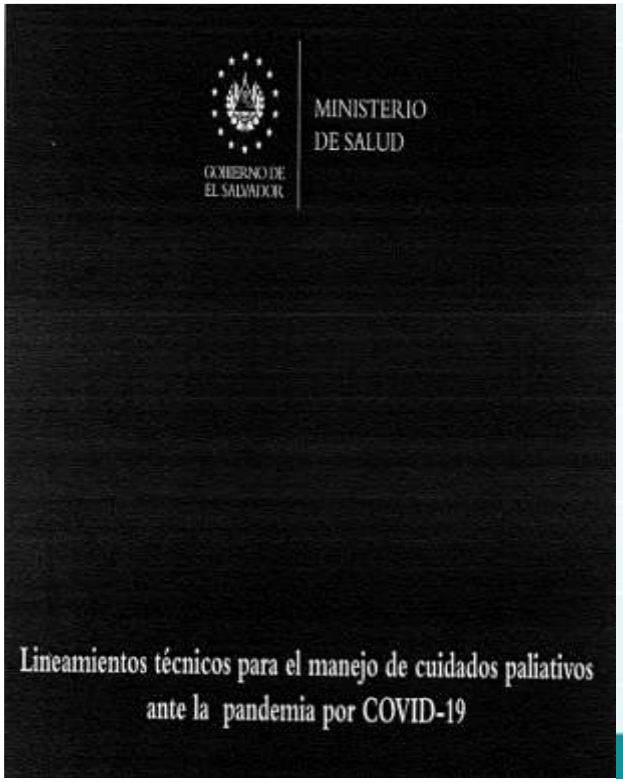
En la 73 Asamblea Mundial de la Salud en Houston, 2020, acuerda que todos los Gobiernos son los responsables de brindar C. Paliativos en COVID.19.

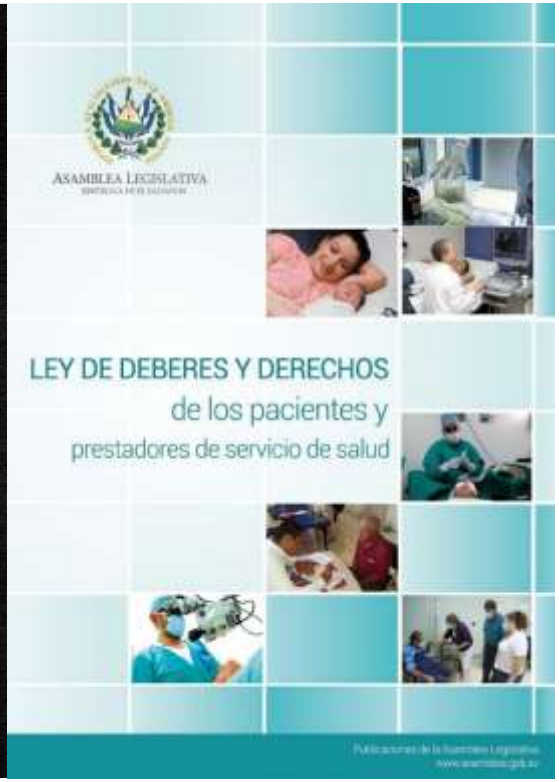
REFORMA DE DERECHOS Y DEBERES

Decreto Legislativo Marzo 2016 . Articulo 10 y 11.

LINEAMIENTOS MINSAL PACIENTE COVID

Aprobado en junio 2020: Manejo y control de síntomas COVID . Como iniciativa de ASDEP,





Este documento ha sido elaborado por profesionales de las siguientes instituciones:

ASEDP

PALIAMED

Hospital Divina Providencia

HOSPICE LA CIMA

Avalado por:

ABIOES

EQUIPO TÉCNICO QUE ELABORÓ LA GUÍA:

1. Dr. Rolando Lucio Love
2. Hermana María Julia García Vásquez CMST
3. Dr. Carlos Alfonso Reyes Silva
4. Dr. Marvin Colorado Castellanos.
5. Dr. José Mario López Sura
6. Dra. Anca Tatiana Feng Escobar
7. Lic. Marco Rodríguez Paz

San Salvador, 27 de abril de 2020

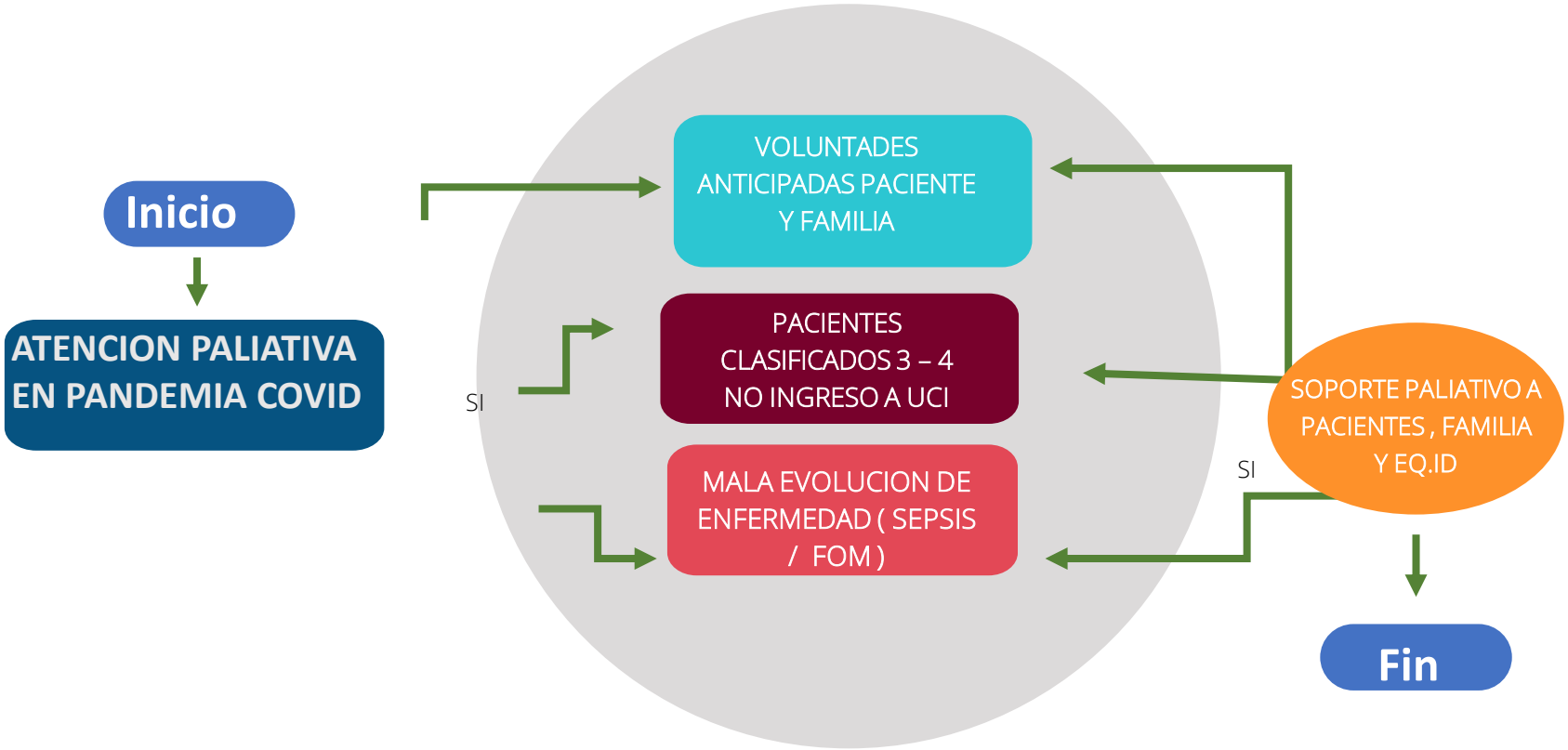
HOSPITAL NACIONAL EL SALVADOR
CUIDADOS PALIATIVOS

PROYECTO

UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES COVID -19 EN HOSPITAL NACIONAL EL SALVADOR

15 MARZO 2021

Criterios de la atención Paliativa pacientes COVID-19



Estrategias de Plan de acción Paliativo , ante la Situación Clínica de pacientes COVID-19

- ❑ **Valorar realizar triage desde su ingreso y definir cuales deberían ser los criterios de ingreso SARS COV-2.**
- ❑ **Traslado a un área de menor complejidad, a los pacientes que por una condición u otra no se benefician de VMI garantizando la atención paliativa.**
- ❑ **Toma de decisiones en conjunto: EID, medico Intensivista, paciente y familia**
- ❑ **Control de síntomas Disconfortantes.**
- ❑ **Control de síntomas refractarios (sedación paliativa).**
- ❑ **Acompañamiento familiar: emocional y psicológico.**
- ❑ **Trabajo de Duelo anticipado.**

Definición de LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS por la IAHPC en COVID 19

"Son las disposiciones que una persona **decide** estando en **buenas condiciones de salud mental**, sobre que medidas y **cuidados médicos quiere o no recibir** en presencia e una enfermedad grave."

Lima, l nex concensus based definition. J. pain symphom manaje 2020.

INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD CRONICA AVANZADA Y DETECCIÓN DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES.

Instrumento NECPAL-CCOMS

Gómez-Batiste X et al. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidades de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO. Med Clin (Bar) 2013:140(6):241-245.

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO©

(**Nec**esidades **Pal**iativas)

INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

1. LA PREGUNTA SORPRESA – una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores	
¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?	☐ No ☐ Sí

2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD[1] – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa	
Elección / demanda: ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal **han solicitado,** explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?	☐ Sí ☐ No
Necesidad: ¿considera que este paciente **requiere actualmente** medidas paliativas o tratamientos paliativos?	☐ Sí ☐ No
3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema	
Marcadores nutricionales, cualquiera de los siguientes, en los **últimos 6 meses:** ☐ Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda ☐ Progresión: pérdida de peso > 10% ☐ Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	☐ Sí ☐ No
Marcadores funcionales, cualquiera de los siguientes, en los **últimos 6 meses:** ☐ Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%) ☐ Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada ☐ Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	☐ Sí ☐ No
Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema, al menos 2 de los siguientes, en los **últimos 6 meses:** ☐ Úlceras por decúbito persistentes (estadio III – IV) ☐ Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1) ☐ Síndrome confusional agudo ☐ Disfagia persistente ☐ Caídas (> 2)	☐ Sí ☐ No
Presencia de **distress emocional** con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo	☐ Sí ☐ No
Factores adicionales de uso de recursos, cualquiera de los siguientes: ☐ 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios por enfermedad crónica en el último año ☐ Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio	☐ Sí ☐ No
Comorbilidad: ≥ 2 patologías concomitantes	☐ Sí ☐ No

ECOG		KARNOFSKY
Actividad completa, puede cumplir tareas como antes enfermedad	0	**100** Normal, sin signos enfermedad **90** Capaz de actividades normales pero con síntomas leves
Sólo actividades que no requieren esfuerzos, sigue siendo ambulatorio y haciendo trabajos ligeros	1	**80** Actividad normal con esfuerzo, algunos síntomas mórbidos **70** Capaz de cuidarse pero no de realizar actividad normal o trabajo
Ambulatorio y capaz de cuidarse pero no de realizar cualquier trabajo. Encamado menos del 50 % del día	2	**60** Requiere atención ocasional, pero puede cuidar de sí mismo **50** Requiere gran atención, incluso médica
Sólo puede cuidarse en parte, encamado durante más del 50 % del día	3	**40** Inválido, necesita cuidados y atenciones especiales. **30** Inválido grave, hospitalización y tratamiento de soporte activo
Totalmente inválido e incapaz de cuidarse, encamado por completo	4	**20** Muy enfermo, necesita hospitalización y tratamiento activo **10** Moribundo
Muerto	5	**0** Muerto

Predicción del riesgo de progresión en pacientes con neumonía por COVID-19: Score CALL

	Puntos
Comorbilidad	
Sin	1
Con	4
Edad (años)	
≤60	1
>60	3
Linfocitos mil/mm³	
>1.0	1
≤1.0	3
LDH (U/L)	
≤250	1
250-500	2
>500	3

Se clasificaron en 3 niveles de riesgo de acuerdo con las probabilidades de progresión:

1) **Clase A** aquellos con 4-6 puntos tuvieron menos del 10% de probabilidades de progesión y fueron considerados de bajo riesgo.

2) **Clase B** aquellos con 7-9 puntos tuvieron 10%-40% de probabilidades de progresión y fueron considerados de riesgo intermedio

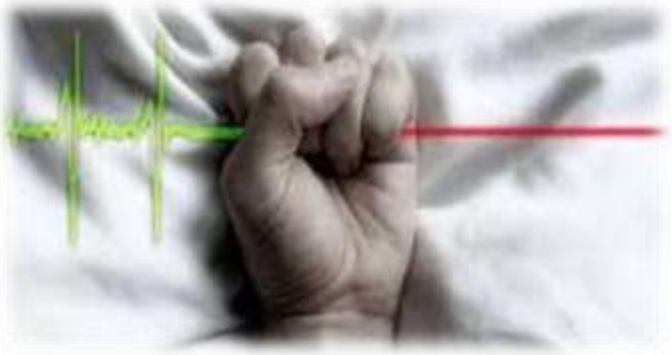
3) **Clase C** aquellos con 10-13 puntos tuvieron 50% de probabilidades de progesion y fueron considerados de alto riesgo.

Ji D et al. Clin Infect Dis. 2020 Apr 9. pii: ciaa414. doi: 10.1093/cid/ciaa414.

HOSPITAL NACIONAL EL SALVADOR CUIDADOS PALIATIVOS

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

- Uso de vía subcutánea
- Uso de anticolinérgicos para disminuir secreciones pulmonares.
- Mover al paciente de UCI a intermedios / Hospitalización.



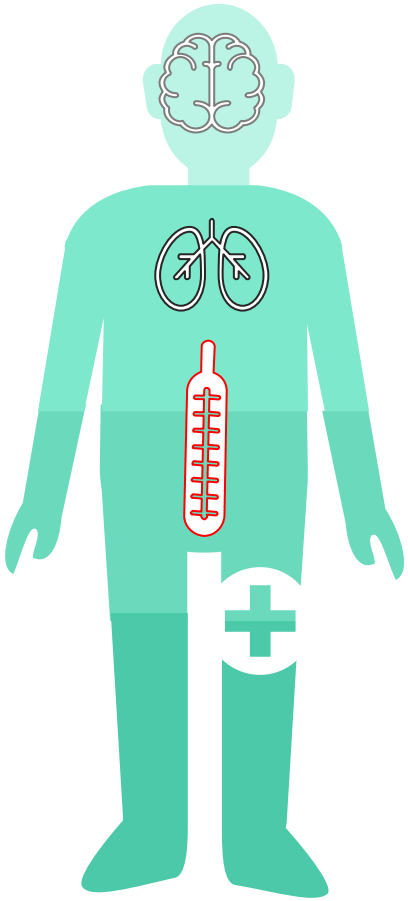
LIMITAR EL ESFUERZO TERAPÉUTICO

- Tener claros lo motivos porque detener la terapéutica.
- UCI/ Soporte ventilatorio invasivo, No RCP
- Aminas /alimentación / hidratación /antibióticos /transfusiones

Respeten mis principios éticos: no-maleficencia, autonomía y justicia,

beneficencia.

SINTOMAS MAS FRECUENTES



DESASOSIEGO
DELIRIO

TOS Y DISNEA

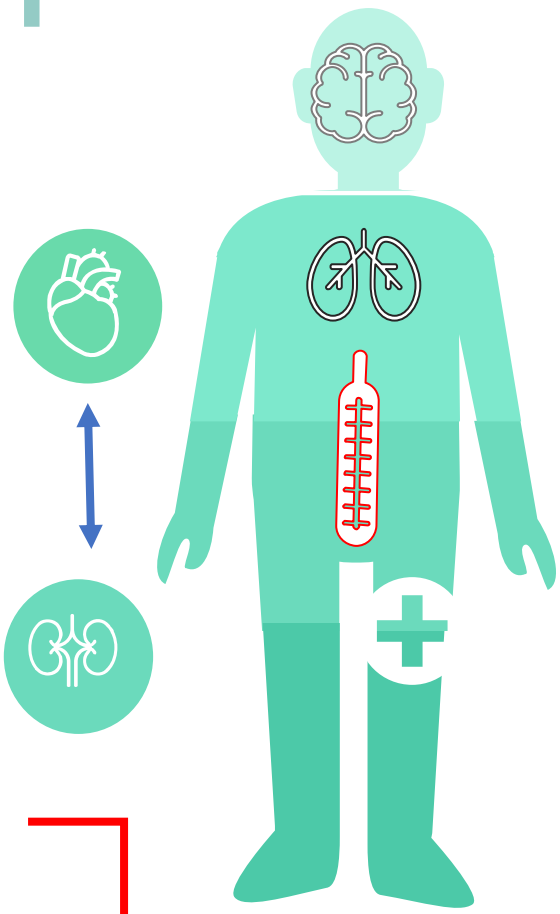
FIEBRE

DOLOR

LEVE A MODERADO

SUFRIMIENTO DE LA FAMILIA

SINTOMAS FRECUENTES



DESASOSIEGO
DELIRIO

TOS Y DISNEA

FIEBRE

DOLOR

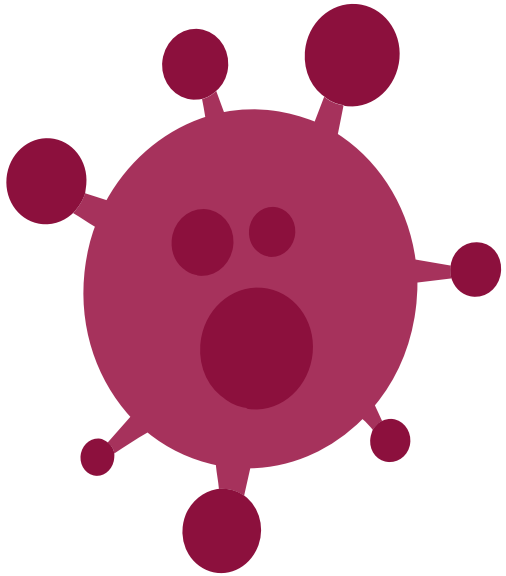
DE MODERADO A MUY SEVERO

SUFRIMIENTO DE LA FAMILIA

SHOCK SEPTICO / FOM

SÍNTOMAS PACIENTE (COVID)

SINTOMAS UCI / UCIN:	FRECUENCIA:
DISNEA (falta de aire)	100 %
DOLOR (dolor muscular)	60 %
DESASOSIEGO O AGITACION	70%
DELIRIO	80 %
DIATESIS HEMORRAGICA / ISQUEMICA	15-20 %
SEPSIS	80 %
FALLA CARDIACA	60%
FALLA RENAL	80%



Nuestra Experiencia

EL SUFRIMIENTO DEL PACIENTE AUN CONCIENTE Y MAS O MENOS ESTABLE, AL VER DIFERENTES ESCENAS DE OTROS ENFERMOS.

HOSPITAL NACIONAL EL SALVADOR
CUIDADOS PALIATIVOS

Tratamiento

PASO 1

POSICION PRONO EXPLICAR LA CONDICION Y TRATAMIENTO COVID

PASO 2

DIFERENTES SISTEMAS DE SOPORTE VENTILATORIO

PASO 3

USO DE OPIOIDES PARA MENEJO DE DISNEA Y DISMINUIR LA FATIGA MUSCULAR RESPIT.

PASO 4

USO DE BENZODIAZEPINA ACCION RAPIDA PARA RETRASAR O EVITAR LA VMI.
SEDACION PALIATIVA

Tratamiento Sintomatico: Disnea – Dolor - Angustia

SINTOMA:	MEDICAMENTO	DOSIS:	EFECTO SECUNDARIO:
DISNEA / DOLOR	**MORFINA** **DEXAMETASONA**	**- Dosis inicial: 2.5mg** Via **SC cada 4h o cada 6 hrs. (modificado en horario)** - En disnea refractaria: **Infusión 15-30 mg/24h** (a completar 100 ml con suero fisiológico). - Pautar **"rescates"** el **10 %** de la dosis en 24 hrs y ajustar dosis según respuesta. Mantener 8 mg /día.	Vigilar: neurotoxicidad: alucinaciones, mioclonías, confusión.
ANGUSTIA ANSIEDAD	**MIDAZOLAM**	- Son muy efectivas usar a bajas de tipo intermitente a **dosis de 2.5 - 5 mg. Via SC cada 4 hrs.** - En perfusión intravenosa a **dosis de 30 a 45 mg** (MAX. 160 – 200 mg / 24 horas). **"El objetivo será aliviar y evitar la sedación paliativa por síntoma refractario o llegar a VMI".**	No descritos
BRONCORREA / ESTERTORES	**BUTILHIOSHINA**	- **Dosis de 20 mg a 40** mg cada 8 horas (IV o SC) Su uso esta sugerido para disminuir la secreciones.	

Tratamiento Sintomatico: Delirio

Medicación:	Dosis 24 hrs.	Presentación:	Ampolla:	Volumen:
CLORPROMAZINA	600 – 1200 mg/día	Amp. 100mg/2ml.	6 - 12	6-12 ml.
HALOPERIDOL	5 mg cada 6 hr. (20-40 mg en 24 hrs.)	Amp. 5 mg / 1ml.	4 - 6	4 – 6 ml.

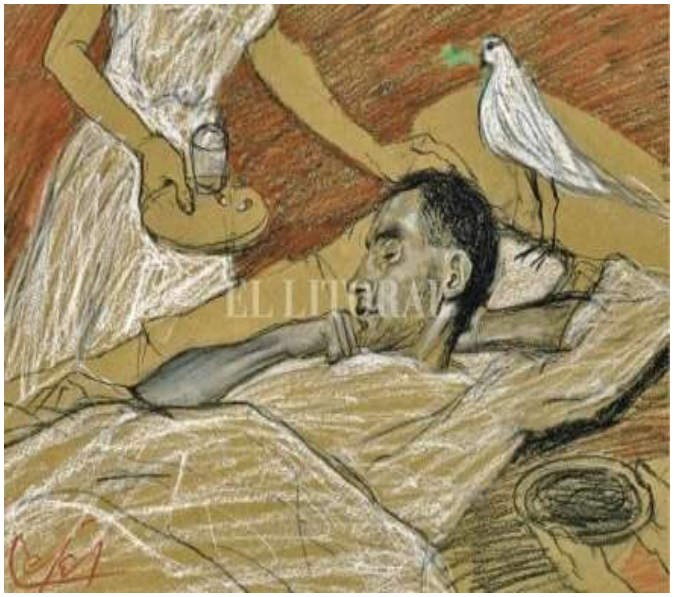
Cuidados sintomáticos

CUIDADOS EN RELACIÓN A:

- Dolor
- Disnea
- Delirium y agitación
- Estertores
- Ansiedad y/o depresion

- **FÁRMACOS MÁS UTILIZADOS**
  - Morfina
  - Haloperidol
  - Metoclopramida
  - Hioscina
  - Midazolam

La sedación paliativa será la maniobra terapéutica que se utilizará en pacientes no recuperables y que no son candidatos a cuidados intensivos por COVID-19, y que evolucionan desfavorablemente con mal pronóstico a corto plazo.



Como medir nivel de conciencia en Sedación

TABLA 1. **Valoración de la sedoanalgesia (escala de Ramsay modificada)**

I. Despierto, alerta y orientado. Rechazo del PI con movimientos o llanto vigoroso
II. Letárgico. Despierto y orientado cuando se le habla. Rechazo del PI con movimientos o llanto débiles
III. Letárgico. Sólo despierta con la estimulación física. Desorientado. No rechazo del PI. Movimientos o llanto muy leves
IV. Ausencia de respuesta a estímulos físicos. No movimientos ni llanto durante el PI

Adaptada de: Ramsay M et al[1] y Hansen J, et al[2].
PI: procedimiento invasivo.

Intervenciones Paliativas en H. N. ES

INTERCONSULTAS FORMALES

Intervenciones Multidisciplinarias en UCI / UCINT.

937

INTERVENCIONES A FAMILIARES

Realizadas a grupo familiar para apoyo en la toma de desiciones.

650

INTERVENCIONES EN CRISIS

En familias que su familiar , con estado cognitive estable, ha denegado VMI.

750

SEGUIMIENTO A NIÑOS

Detectar sufrimiento total por afeccion de COVID a sus papas, en apoyo CON HNBB y T.S. H.N ES.

2

875

PRESENCIA Y APOYO EN COMUNICACION

Por medio de videollamadas, cartas, mensajes de vos, audios, fotografias, articulos religiosos.

785

INTERVENCION DIRECTA AL PACIENTE EN CRISIS

Manejo de Estress, de Disnea, Dolor, ansiedad, acoplamiento de CPAP

3

EDUCACION MEDICO CONTINUA

Educacion Medica local. Programa De Geriatria. Capacitacion intermedia en CP.. MINSAL – HDP.

ALTO

RECONOCIMEINTO AL EQ. UDCP H.N.ES

Entrega de Diplomas. Capacitaciones. Agradecimiento de Familiares y pacientes.

APOYO EN EL SUFRIMIENTO, MEJORANDO LA COMUNICACION

A PESAR DE LO **COMPLICADO** DEL CASO Y DE **LA DESESPERANZA**……. NUNCA DEBEMOS QUITARLE **LA FE** AL PACIENTE Y SU FAMILIA.

NUESTRA HISTORIA

EVITANDO EL BORNAUT

LLEVANDO ALEGRIA Y UNA LUZ A NUESTROS PACIENTES.

Autocuidado

- Los profesionales afrontan situaciones de alta carga emocional.
- Somos testigos de importantes sufrimientos.
- Es desafiante y gratificante a la vez
- Se tomaran decisiones que afectaran directamente al paciente
- Profesionales alejados de la familia.
- El deber de cuidarnos

(autoprotección, temor a contagiarnos)

Conclusiones

- Las intervenciones paliativas deben integrarse con el tratamiento curativo.

- Todos los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, terapistas respiratorios, psicólogos y otras personas que atiendan a pacientes con COVID 19, deben brindar cuidados paliativos básicos a través de educación continua, sensibilización y humanización.

SECPAL 2020

Conclusiones

Una secuencia breve centrada en cuidados paliativos y principios éticos fundamentales, puede disminuir el riesgo de **realizar acciones no éticas como: la eutanasia, la obstinación terapéutica o un abandono terapéutico del paciente y su familia**.

Muy seguramente los pacientes con COVID-19 muy severo, junto a su familiar, quizá no puedan a veces tomar decisiones sobre dónde y cómo quiere morir.

LO IDEAL PARA TRABAJAR EN EQUIPO:

Velar por la calidad de vida del paciente y su familia y del Eq. de trabajo

01 Permitir tomar decisiones

02 facilitar intervención en crisis, durante visita medica.

03 **Facilitar recursos:**

Psicólogo

fisioterapista o función de t. respiratoria

Finalidad de la predicción de sobrevida en cuidados paliativos

- **Equilibrar la información realista sin aumentar la ansiedad ni reducir la confianza.**

- **Permitir la esperanza y el optimismo sin crear expectativas poco realistas.**

EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL H. N. ES.

HOSPITAL NACIONAL EL SALVADOR
CUIDADOS PALIATIVOS

"En la lucha contra el COVID-19 Nadie lucha solo, porque nosotros le acompañamos"
Muchas Gracias
HOSPITAL NACIONAL EL SALVADOR
CUIDADOS PALIATIVOS