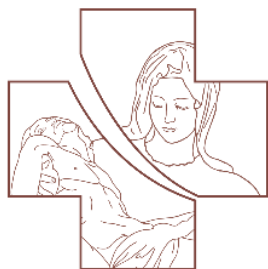


**GUÍA PRÁCTICA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN
SITUACIÓN DE PANDEMIA COVID-19.
EL SALVADOR 2020**

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

Este documento ha sido elaborado por:



Hospital Divina Providencia



Avalado por:



San Salvador, 11 de abril de 2020

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS: COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE	5
LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET) EN CASOS DE COVID-19	8
ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (AET) EN CASOS DE COVID-19	9
MANEJO DISNEA REFRACTARIA-COVID-19	10
DELIRIUM TERMINAL EN SITUACIÓN COVID-19	13
SEDACIÓN PALIATIVA-COVID-19	16
AUTOCUIDADO PARA PERSONAL DE SALUD ATENDIENDO SITUACIONES COVID - 19	20
ESPIRITUALIDAD “ANIMÁNDOTE ESPIRITUALMENTE EN EL FINAL DE VIDA”. ANTE LA DESESPERANZA DEL COVID-19	24

INTRODUCCIÓN

En una situación de crisis como la que estamos viviendo es muy probable que los profesionales de salud que atiendan a pacientes con COVID-19 avanzado, enfrenten situaciones nuevas y complejas en que se noten con limitaciones en el actuar e incapaces para toma de decisiones difíciles.

Además, los sistemas de salud pueden verse desbordados en capacidad de atención: los servicios de emergencia, las instalaciones de hospitalización y los servicios de medicina intensiva e intermedia. La limitación de instrumental de trabajo, medicamentos, equipos de protección puede llevar a tomar medidas no compasivas ni equitativas.

Las consecuencias pueden ser graves y dejar muchas heridas internas en los profesionales y en las familias de los enfermos. El fallecimiento de pacientes y profesionales de la salud, será un problema que debemos afrontar interiormente cada uno de las personas involucradas, y para ello debemos prepararnos externamente y conocer algunas recomendaciones prácticas y sencillas.

Las instituciones que trabajamos en Cuidados Paliativos, donde cada uno de los profesionales nos enfrentamos a situaciones de final de vida con enfermos crónicos avanzados y familias angustiadas, nos hemos dado cuenta que la atención paliativa planificada basada en criterios éticos, científicos aunada a una comunicación asertiva frecuentemente disminuye el sufrimiento de los pacientes la familia y el personal de salud.

Estas medidas antes mencionadas y una estructura hospitalaria bien organizada, disminuyen el riesgo de hacer acciones no éticas como la eutanasia, obstinación terapéutica o lo que es peor, un abandono terapéutico del paciente y su familia. No hay que olvidar que quizá los duelos sean patológicos, ya que la familia no podrá hacer una despedida adecuada con su familiar, y el paciente quizá no pueda a veces tomar decisiones sobre dónde y cómo quiere morir.

La Asociación Salvadoreña para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos (ASEDP), Fundación de Medicina Paliativa de El Salvador (PALIAMED), La Asociación de Bioética de El Salvador (ABIOES), Hospice La CIMA y Hospital Divina Providencia, son los responsables de esta guía clínica que esperamos sea de utilidad en estos momentos donde la unidad y el trabajo en equipo debe prevalecer.

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS: COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

Seis pasos para dar malas noticias:

Una mala noticia es una información que cambia drásticamente la perspectiva del paciente de sí mismo en relación con su entorno y el futuro. En el caso de la pandemia estas podrían ser el resultado positivo de COVID que conlleva el traslado a un centro de contención, cuarentena domiciliaria, ingreso hospitalario o a la UCI, en la cual pudiese haber necesidad de intubar. También informar de la complicación de la situación de salud, o informar de un fallecimiento, que paciente no es candidato para cuidados intensivos, quien será candidato a sedación paliativa, entre otras.

La forma en la que se comunique la información tendrá un impacto psico-emocional en el paciente y la familia. Siendo la comunicación un aspecto clave para que se sientan acompañados, seguros y confiados en el equipo asistencial.¹

NOTA: El proceso para dar malas noticias en COVID-19 se diferencia de los protocolos normales sobre todo en la búsqueda de un lugar adecuado ya que por motivos de seguridad la noticia debe de comunicarse en el mismo lugar donde se encuentra el paciente y en algunas situaciones por vía telefónica.

Pasos	Abordaje
Preparación	<ul style="list-style-type: none">• Reflexionar sobre la información a comunicar.• Presentación del médico responsable al paciente.• Procurar estar sentado en el momento de comunicar si esto no es posible, mantener un adecuado contacto ocular con el paciente.
Percepción del paciente	<ul style="list-style-type: none">• Iniciar con preguntas para establecer un adecuado rapport: <i>¿Cómo se encuentra?</i>• Indagar que sabe de la situación: <i>¿Qué es lo que comprende de su situación de salud y qué es probable que suceda?</i>• Identificar si manifiesta expectativas irreales: <i>"Desearía que las cosas fueran como usted dice"</i>• En caso de negación, abordarla: <i>"Puedo ver que es difícil para usted hablar de esto"</i>
Pedir permiso para informar	<i>¿Quiere que le explique con detalle la situación?</i>
Informar (Clayton et al., 2007)	<ul style="list-style-type: none">• Dar tiro de aviso: <i>"Lamento tener que decirle..."</i>• Informar poco a poco• Asegurarse que el paciente entienda lo que se le va explicando• EVITAR TECNICISMOS• NO dar falsas esperanzas• Abordar las preguntas o dudas que pueden surgir

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

Responder a las emociones del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Dar el tiempo necesario para las reacciones emocionales <p>Técnicas a utilizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empatía: <i>“No puedo ni imaginarme lo difícil que pueda ser esto para usted”</i> • Identificar y nombrar las emociones: <i>“Veo que esto que le he dicho le ha impactado”</i> • Normalizar las emociones: <i>“Es normal que se sienta así en esta situación”</i> • Explorar: <i>“¿En qué podríamos ayudarle?”</i>
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • No pretender que el paciente retenga toda la información • Ofrecer disponibilidad en la medida de lo posible • Dejar abierta la comunicación por si hay dudas

Comunicación con familiares y proceso de Duelo

La situación actual dificulta la adecuada resolución del duelo debido a las barreras de aislamiento que conlleva a un escaso contacto del paciente con su familia. Por lo tanto, resulta imprescindible realizar pautas concretas para facilitarle al paciente su partida y para que la familia pueda sentirse acompañada y de alguna manera expresen su sentir al paciente en situación de últimos días.

Pautas a seguirantes del fallecimiento: Retomado de (Guía clínica seguimiento del Duelo)

Comunicar pronóstico al paciente a través del protocolo de malas noticias planteado en esta guía (permitiendo la ventilación emocional)²:

- ✓ Informar al paciente del contacto de sus familiares a la distancia.
 - Motivar al paciente y a su familia a mantener contacto a través de un medio de comunicación electrónico-audiovisual siempre y cuando el nivel de conciencia lo permita.
 - Impulsar al paciente a utilizar los recursos espirituales para afrontar su situación (rituales de acuerdo a su creencia religiosa como la oración, rezo, plegarias, meditación, mindfulness etc.).
 - Si es posible, exhortar a la familia a poner en contacto al paciente con su guía espiritual (sacerdote o pastor) a través de video llamadas o llamadas telefónicas.
 - Informar a la familia sobre la evolución, posible sedación paliativa y pronóstico del paciente a través de una llamada telefónica tomando en cuenta las siguientes recomendaciones:

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

- ✓ Presentarse por nombre y profesión
- ✓ Identificar la persona responsable del paciente (mayor de edad)
- ✓ Dar la información clara y progresiva
- ✓ Comunicar situación actual del paciente, haciendo un planteamiento general de la situación
- ✓ Informar sobre la atención que va a recibir el familiar por parte del equipo de salud.
- ✓ Al comunicar bajar ligeramente el tono de voz ya que las voces agudas pueden causar un poco de molestias. Hablar despacio y con claridad
- ✓ Mostrar empatía a las reacciones emocionales del familiar “entiendo que esto puede resultarle difícil si yo fuera usted reaccionaría igual..”
- ✓ Impulsar a los familiares a utilizar los recursos espirituales para afrontar esta situación

El profesional sanitario será el mediador y transmisor de información para que ambas partes puedan sentirse informadas y acompañadas de esta forma se facilita de alguna manera el bienestar de ambos.

Pautas a seguir después del fallecimiento¹:

- Seguir el protocolo de cómo dar malas noticias por teléfono:
 - ✓ Antes de realizar la llamada al familiar del paciente se sugiere que el personal sanitario encargado se tome un momento para respirar y concentrarse en la tarea.

Pasos	Recomendaciones
Apertura	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un tono de voz bajo, hablar despacio y claro. • Identificarse (nombre y profesión) • Identificar al familiar responsable (mayor de edad). • Indagar si hay más miembros de la familia en casa (pedir que estén presentes)
Dar la noticia	<ul style="list-style-type: none"> • Ser claros al comunicar la noticia • Mencionar el nombre de la persona fallecida y el parentesco con la persona que recibe la noticia. <p><i>“Sr/sra.... lamento tener que decirle que debido a la condición grave de salud de su padre “.....” hace una hora ha fallecido. Siento mucho tener que comunicarle esta noticia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar la evolución del paciente en las últimas horas, si el paciente estuvo cómodo y si expresó algún deseo. • Es fundamental comentarle a la familia que la persona no sufrió. <p><i>“ permítame comunicarle que su ser querido no ha sufrido, ha fallecido tranquilo, ya que la sedación le ayudó”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Permitir un momento para la expresión de emociones, validándolas.
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre cuestiones técnicas o prácticas.

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET) EN CASOS DE COVID-19

- Concepto: LET es la decisión de detener o no iniciar medidas terapéuticas porque en el estado del enfermo son ya inútiles³
- Los motivos por el que se hace inútil un tratamiento pueden ser:
 - a. Que al intensivista o médico especialista a cargo del paciente, no le sorprenda que ese paciente puede fallecer en días u horas por su condición (evaluado por parámetros clínicos, de laboratorio y escalas pronósticas PapSCORE, APACHE, TRIAGE PRIORIDAD 3 Y 4 etc.)^{4,5}
 - b. Si el paciente por voluntad propia decide no continuar con tratamientos que le prolonguen la vida. Si el paciente este inconsciente y en conversación con la familia ellos deciden no continuar con manejos con intención curativa.
 - c. Problemas crónicos de salud en etapas finales: 1) Cirrosis hepática Child C 2) ICC Clase IV según la New York Heart Association 3) EPOC grave -- hipercapnia, uso domiciliario de O2, o hipertensión pulmonar o fibrosis pulmonar severa 4) en diálisis o hemodiálisis periódica dos o más veces por semana.5) paciente con cáncer con metástasis fuera de de protocolo oncológico con intención curativa 6) pacientes con enfermedad neurológica: Enfermedad de Parkinson estadio V, Alzheimer estadio III, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Infarto Cerebral maligno o que compromete un hemisferio. Cualquier tumor que provoca herniación cerebral, paciente con muerte cerebral comprobada con ROT ausentes, pupilas dilatadas no reactivas, prueba de apnea positiva (no hace falta EEG).⁶
- Medidas terapéuticas que se detienen o no se inician incluyen⁷:
 - a. Ingresos a UCI o Intermedios.
 - b. soporte ventilatorio (Ventilación mecánica invasiva y no invasiva).
 - c. No maniobras de resucitación cardiopulmonar.
 - d. Aminas vasoactivas (sobre todo cuando el paciente este en oliguria, anuria y presiones arteriales con tendencia a la baja).
 - e. Alimentación asistida (enteral o parenteral) e hidratación endovenosa (en este contexto estas dos medidas terapéuticas se consideran extraordinarias).

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

- f. Hemodialisis o diálisis peritoneal.
- g. Transfusiones.
- h. Quimioterapia o radioterapia intensidad curativa o paliativa.

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (AET) EN CASOS DE COVID-19

Concepto: AET es una actuación terapéutica proactiva que incluye añadir, modificar, no iniciar o retirar tratamientos de acuerdo a los objetivos terapéuticos del momento evolutivo del enfermo. ⁸

Otros autores dicen que es ajustar un tratamiento o sustituir una medida por otra menos invasiva, cuando el pronóstico del paciente sea limitado o buscando más confort para el enfermo.⁹

- Medidas menos invasivas en el enfermo avanzada buscando confort y calidad de vida.
 - a. Uso de vía subcutánea para hidratar o reponer electrolitos dejando de utilizar la vía venosa.¹⁰
 - b. Usar vía subcutánea para medicamentos de soporte, incluidos antibióticos si aún no se consideran extraordinarios. ⁶
 - c. Usar anticolinérgicos (N-Butilhioscina) para secar las secreciones pulmonares o estertores (ver apartado de sedación paliativa o disnea refractaria).
 - d. Usar morfina para disnea o dolor (ver sedación paliativa o disnea refractaria).
 - e. No escalar oxigenoterapia mantener oxígeno por bigotera hasta 5 litros por minuto
 - f. Cuidados esmerados de piel y mucosas por parte de enfermería.
 - g. Movilizar un paciente de UCI a hospitalización por que el pronóstico empeoro al grado de ponerlo en situación de muerte cercana.

Aunque no hay un consenso sobre cómo se debe llevar a cabo, es mejor que la adecuación se aplique escalonadamente, acompañando la sedación (si fuese necesaria) y otras medidas paliativas, terapéuticas y de cuidados. La forma en que, de manera progresiva, puede adoptar la adecuación, es la siguiente:

1. Limitación del ingreso en unidades de medicina intensiva y críticos.
2. Continuación del tratamiento, pero sin nuevas actuaciones terapéuticas.
3. Continuación del tratamiento, pero condicionada a una respuesta en un plazo determinado y, de no obtenerse, proceder a la retirada.
4. Retirada de algún tratamiento ya iniciado.
5. Retirada de todo tratamiento.⁴

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

Otras consideraciones éticas:

- Justicia distributiva: este principio se refiere a la justa asignación de distribución de recursos sanitarios limitados. Además los protocolos de triage.¹¹ deben adecuarse en el marco de situaciones de recursos escasos para ayudar a tomar decisiones de forma justa y transparente. Todas las decisiones deben ser consensuadas en equipo y quedar descritas en la historia clínica que es el documento quasi-legal para el personal de salud.
- Deber de cuidar y no abandonar. No es ético abandonar al paciente, debe de existir un espacio para el cuidado paliativo del paciente en situación final de vida.
- Responsabilidad en la calidad de trabajo, cuidando todas las normas de bioseguridad, avisar si hay fallos en el sistema. No arriesgarse ni exponerse si las condiciones del lugar no son adecuadas para trabajar.¹² Todo personal de salud que no se considera apto para atender a pacientes Covid-19 debe ser respetada su decisión de retirarse.
- Trabajo en equipo¹³, ninguna decisión debe tomarse aislada siempre debe comentarse con el médico de mayor rango o con el equipo de atención del paciente.
- Doctrina del doble efecto: este principio ético dice que todo acto médico tiene un resultado querido y un resultado no querido. En la situación de sedación paliativa con fármacos sedantes o manejo de disnea refractaria con morfina el resultado querido siempre será evitar el sufrimiento o angustia del paciente, el efecto no querido podría ser el acortamiento de la vida, en ese caso este principio bioético nos resguarda.¹⁴

MANEJO DISNEA REFRACTARIA-COVID-19

El equipo de Medicina Paliativa es pequeño y debería atender los casos más complejos. Cualquiera de nosotros podría aplicar cuidados al final de la vida para nuestros pacientes que lo necesiten.

La Disnea es la sensación subjetiva de falta de aire con “sensación de ahogo”, y debido a los problemas pulmonares descritos en la evolución del COVID-19 que van desde:

1. Enfermedad no complicada: síntomas locales de vías aéreas superior alta y síntomas inespecíficos.
2. Neumonía leve: conformado con Radiografía de tórax y sin signos de gravedad con Sat.O >90% en aire libre.
3. Neumonía Grave: Falla orgánica (más de órgano afectado) con Sat. O < 90% y/o FR > o igual a 30 respiraciones por minuto.

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

4. Distress Respiratorio: Hallazgos clínicos, hallazgos radiográfico con infiltrados bilaterales más déficit de oxigenación relacionado a la PaO₂ / FiO₂ (kirby)
(Nos tocara como paliativos interrumpirla atención intensiva a pacientes críticos que presentan pobre evolución, progresión en aquellos pacientes que no califican para tener soporte de oxígeno a través de ventilación mecánica y así recibir atención menos intensiva y más paliativa.)
5. Sepsis: definida como disfunción orgánica con o sin alteración según gravedad de los signos vitales pudiéndose manifestarse con: estado confusional agudo, insuficiencia respiratoria, disminución de la diuresis, taquicardia y coagulopatía.
6. Shock Séptico: Hipotensión arterial que persiste a pesar de líquidos , requiriendo uso de vasopresores acompañada o no de acidosis metabólica o elevación de lactato

En estas circunstancias de enfermedad altamente transmisible, intentaremos usar mediación pautada de forma continua en infusión cuando sea posible, para reducir las entradas innecesarias de enfermería en la habitación y disminuir riesgos de contagio. Si faltaran bombas de infusión, pueden utilizarse bombas elastómericas en estos pacientes.

CONSIDERACIONES EN TRATAMIENTO RESPIRATORIO DE COVID-19

1. Evitar AINES.
2. Evitar en la medida de lo posible las nebulizaciones / humidificadores, por la creación de aerosoles, y en aquellos pacientes que precisen broncodilatadores utilizar con cámara espaciadora.
3. En SDRA por neumonía grave, se puede utilizar esteroides intravenosos con metilprednisolona 0.5 mg /kg cada 12 hrs por 4 días o dexametasona 4 mg cada 6 hrs. Vía IV o subcutáneo por 4 días.

TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

1. Oxigenoterapia: Bigotera, mascarilla de Ventury, mascarilla con reservorio.
2. Ventilación mecánica No invasiva (criterios de acuerdo a UCI).

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

3. Ventilación mecánica Invasiva (criterios de acuerdo a UCI).
4. Tomando en cuenta que de los pacientes afectados con COVID-19, solo el 20% se complicara y requerirá de ventilación mecánica, a parte de las prioridades ya establecidas, lo cual es importante porque el resto serán pacientes que tendrán necesidad de atención paliativa para manejo del distress el cual es agobiante, afección emocional, causando al final sufrimiento a paciente y familia, las prioridades (triage) son:

Prioridad 1: Paciente crítico e inestable, necesitando monitoreo y tratamiento intensivo (VM).

Prioridad 2: paciente que precisa monitoreo y que pueda requerir de intervención inmediata, no ventilados, pero con gran requerimiento de oxígeno, aun, aunque hay fracaso de otro órgano.

Prioridad 3: Paciente inestable y crítico, con pocas posibilidades de recuperación.

Prioridad 4: Beneficio mínimo e improbable de recuperación, declarado como enfermedad progresiva o terminal.

TRATAMIENTO PARA CONFORT DISNEA REFRACTARIA¹⁵

SINTOMA	MEDICAMENTO	DOSIS	EFEECTO SECUNDARIO
DISNEA	Morfina	Dosis inicial: 2mg IV (en 10ml de Suero fisiológico directo) o SC /4h Infusión disnea refractaria: 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.	Vigilar: neurotoxicidad: alucinaciones, mioclonías, confusión.
	Dexametasona	Mantener 4 mg cada 12 hrs o 4 mg /dia. (o criterio médico)	
ANGUSTIA ANSIEDAD	Midazolam	Son muy efectivas las dosis muy bajas de Midazolam (alrededor de 10 o 15 mg de Midazolam en 24h). En la mayor parte de los casos, una perfusión intravenosa o subcutánea de Midazolam aliviará y evitará la sedación paliativa por síntoma refractario	No descritos
BRNCORREA / ESTERTORES	ButilHioshina	20 mg a 40 mg cada 8 horas (IV o SC)	

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

RECOMENDACIONES TRAS ALTA DOMICILIAR

1. Continuar en aislamiento por lo menos 14 días y con vigilancia sanitaria.
2. En casa debe tener cuarto de aislamiento con todas las precauciones necesarias (habitación individual, uso de mascarilla, buena ventilación, mínimo contacto con familiares adecuado lavado de manos y no actividades al aire libre).
3. Apoyo Psicológico y Espiritual.
4. Comunicación con paciente y familia.

DELIRIUM TERMINAL EN SITUACIÓN COVID-19

Definición:

Se caracteriza por alteraciones en la conciencia y la atención asociadas a trastornos cognitivos, conductuales y perceptivos.¹⁶

Otras características clínicas son las alteraciones del ciclo vigilia-sueño, los delirios, labilidad emocional y trastornos de la actividad psicomotriz.¹⁷

Delirium o síndrome confusional por fallo cerebral agudo, es un problema habitual en situaciones de alteración orgánica severa, y ha sido descrito como uno de los síntomas neurológicos presente en los pacientes que sufren infección por el COVID-19, especialmente en los cuadros más severos.¹

Clasificación clínica:¹

- Hiperactivo: confusión + agitación +/- alucinaciones +/- ilusiones +/- mioclonías +/- hiperalgesia
- Hipoactivo: confusión + somnolencia +/- retraimiento
- Mixto: alternancia de ambos

Diagnóstico:

Es un cuadro generalmente infravalorado pero que su falta de tratamiento supone sufrimiento significativo para el paciente, por lo que es imprescindible evaluar a diario utilizando una herramienta sencilla el **Confusion Assessment Method (CAM)**, descrito a continuación:

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

1. **Inicio agudo y curso fluctuante:** ¿Hay evidencia de un cambio del estado mental del paciente con respecto a su estado previo hace unos días?, ¿Ha presentado cambios de conducta el día anterior, fluctuando la gravedad?
2. **Inatención:** ¿Presenta el paciente dificultades para fijar la atención? (p. ej., se distrae fácilmente, siendo difícil mantener una conversación; las preguntas deben repetirse, persevera en una respuesta previa, contesta una por otra o tiene dificultad para saber de qué estaba hablando)
3. **Desorganización del pensamiento:** ¿Presenta el paciente un discurso desorganizado e incoherente, con una conversación irrelevante, ideas poco claras o ilógicas, con cambios de tema de forma impredecible?
4. **Alteración del nivel de conciencia:** ¿Qué nivel de conciencia (como capacidad de ser influido por el entorno) presenta el paciente? 1. Alerta (normal) 2. Vigilante (hiperalerta) 3. Letárgico (inhibido, somnoliento) 4. Estuporoso (difícil despertarlo) 5. Comatoso (no se despierta)

Para el diagnóstico de delirium utilizando el CAM, se requiere que sean afirmativas las preguntas 1 y 2, más alguna de las otras dos (3 y/o 4).¹⁸

Tratamiento

El fundamento sigue siendo el adecuado diagnóstico y el tratamiento de los factores precipitantes o perpetuantes. La prescripción de antipsicóticos debía ser usual, porque incluso en el delirium hipoactivo pueden reducir la disfunción cognitiva, minimizar el sufrimiento psicológico y evitar una forma hiperactiva. Se debe abandonar la tendencia a ignorar el uso de medidas no farmacológicas (Ambiente estructurado, apoyo psicoeducativo, transmitir seguridad a paciente y familia).

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

Protocolo de intervención.¹⁹

Medidas no farmacológicas	Oxigenoterapia	Medidas farmacológicas
<ul style="list-style-type: none"> - Identifique y gestione la posible causa subyacente o combinación de causas - Garantice una comunicación y una reorientación efectivas (por ejemplo, explique dónde está la persona, quiénes son y cuál es su función) y brinde tranquilidad a las personas diagnosticadas con delirio - Considere involucrar a familiares, amigos y cuidadores para ayudar con esto - Asegurar que las personas en riesgo de delirio sean atendidas por un equipo de profesionales de la salud que conocen a la persona en riesgo - Evitar mover a las personas dentro y entre salas o habitaciones a menos que sea absolutamente necesario - Garantizar una iluminación adecuada. (9) 	<p>Recomendamos mantenerla hasta el final, incluso en situación de últimos días, resto de medidas de tratamiento de la Insuficiencia Respiratoria emplearlas siempre que estén indicadas. (10)</p>	<p>Primera línea: (11) Haloperidol 1-2 mg (IV o SC) cada 8 horas y hasta cada 2h. (Dosis tope 20 mg en 24 hrs.)</p> <p>Segunda línea: (12) Risperidona 0.25-1 mg. 2 Vd. VO.</p> <p>Olanzapina 2.5-20 mg. Dia VO.</p> <p>Quetiapina 25-100 mg. 2 Vd. VO</p> <p>Clorpromazina, 12.5-50 mg. VO, IV. (Max 300 mg. en 24 hrs.)cada 4 ó 6 horas. No usar por vía subcutánea porque necrosa la piel.</p>

SEDACIÓN PALIATIVA-COVID-19

Definición y Presentación

Sedación Paliativa: “se entiende por sedación paliativa la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado”²⁰

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, que evolucionan desfavorablemente y tienen mal pronóstico a corto plazo.

Bajo la situación de síntoma refractario se establece por médicos expertos tras haberse aplicado los tratamientos habituales en un plazo de tiempo razonable para la situación. En los síntomas de COVID19 esos plazos pueden ser tan cortos como tan solo unas pocas horas.

Las dificultades más frecuentes en el control sintomático de pacientes COVID19 son la disnea y la ansiedad. En situación de pandemia, una dificultad añadida es que algunos profesionales trabajando con pacientes COVID19 tienen menos experiencia en el uso de opioides y sedantes mayores. Muchas veces serán personal de refuerzo de otras unidades que no manejan estos fármacos y sienten obviamente miedo de usar aunque sea dosis bajas de morfina y midazolam. Por lo cual se sugiere dedicar unos minutos a leer este protocolo para poder ayudar a adquirir rápidamente esa capacidad o al menos tener el conocimiento de poder utilizarse.

Cuando el síntoma se considera refractario y el paciente no es candidato a medidas de soporte ventilatorio con ingreso en UCI (ver guía clínica de disnea refractarias), la disnea es el síntoma más frecuente para indicar sedación paliativa en pacientes COVID-19, aunque también por su evolución puede presentar otros síntomas como son: dolor ocasionado por la tos, agitación terminal (delirium) o una hemorragia masiva por las complicaciones de CID.

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son: Por este orden, benzodiacepinas (Midazolam), neurolépticos típicos (Clorpromazina IV o IM, Haloperidol IV o SC) y anestésicos (Propofol IV) y en el contexto de insuficiencia respiratoria para proponer utilizar morfina en adyuvancia al fármaco principal en la sedación que es Midazolam, debe utilizarse N-Butilioshina para prevenir secreciones que provoquen estertores en últimas horas.

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

Condiciones para que la sedación sea considerada ética y legalmente lícita (SECPAL):

En base a los principios éticos que son aceptables, sea cual sea la referencia cultural, moral o ética de cada individuo y que deben guiar la práctica clínica son: No Maleficencia, Justicia, Autonomía y Beneficencia.

1. Existencia de un síntoma refractario, no solo ante un síntoma de difícil control.
2. Dejar constancia en la historia clínica: Etiología del síntoma, tratamientos instaurados y resistencia a éstos.
3. Intención de aliviar el sufrimiento: utilización de dosis adecuadas y proporcionadas al síntoma que queremos aliviar (dosis mínima eficaz), ajuste de la dosis para disminuir el estado de conciencia, reversibilidad y uso de fármacos de rápida metabolización y vida media corta, verificado por un monitoreo de la respuesta del paciente.
4. Obtener el consentimiento informado del paciente. Sin embargo, ante una situación de paciente inconsciente se puede considerar suficiente el consentimiento expresado por un familiar responsable.
5. Evaluación interdisciplinar, decisión conjunta del equipo médico que atiende.

Objetivo:

1. Presentar una guía rápida de sedación paliativa para utilizar en situaciones de urgencia o grave presión asistencial como la pandemia COVID 19, teniendo en cuenta que se presentan alternativas para manejo por vía subcutánea o intravenosa que permite ajustes de dosis cada hora y otra con dosis fijas, para disminuir riesgo de contagio. (Catéter SC, bombas elastómeras o BIC (bombas de infusión continua)).
2. La pandemia por Covid-19 ha generado una sobrecarga de los servicios asistenciales, muchos pacientes no podrán ser atendidos en los hospitales y nos veremos en la imperiosa necesidad de atenderlos en el domicilio. También en sus últimos días, producto de que no hay un tratamiento para el coronavirus.

Procedimiento para sedación paliativa

1. Asegurar que se han puesto las medidas de alivio básicas antes de tomar la decisión de sedar:
 - a. La sensación de dificultad para respirar se alivia eficazmente con dosis muy bajas de morfina (12-15 mg de morfina en 24 horas en perfusión intravenosa o subcutánea o

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

2-3 mg cada 4 h vía subcutánea). Se observa el paciente respira de modo más tranquilo y eficaz sin alterarse la gasometría.

- b. La angustia o la ansiedad está presente en muchos pacientes COVID-19 y, particularmente, la ansiedad provocada por el miedo a tener mucha dificultad para respirar o ahogarse, también es motivo de ansiedad el no poder contar con la presencia y el apoyo continuado de la familia son muy efectivas las dosis muy bajas de Midazolam (alrededor de 10 o 15 mg de Midazolam en 24h).
 - c. En la mayor parte de los casos, una perfusión intravenosa o subcutánea de Midazolam a esas dosis, aliviará y evitará la sedación paliativa por síntoma refractario. Será posible que algunos de esos pacientes se recuperen continuando las terapias establecidas y el soporte respiratorio.
 - d. Como alternativa, si no hubiera Midazolam disponible, podría usarse neurolépticos típicos en dosis bajas también como Clorpromacina: 25 – 50 mg cada 8-12 horas vía IV o IM o 50 mg VO cada 12 hrs. O Haloperidol 5 mg IV o SC cada 6 u 8 hrs. Según respuesta.
2. Si el médico considera que la situación es refractaria, debería proponer la sedación paliativa al paciente de un modo apropiado.
- e. Consentimiento explícito del paciente.
 - f. En el equipo debe de haber comunicación fluida y transparente sobre sedación paliativa.
3. Como inducción de la sedación: La dosis a administrar de 5mg de Midazolam + 5mg de Morfina, vía subcutánea o intravenosa lenta.
4. g. Se sugiere la administración de medicación en infusión continua de 24 horas:

Medicación	Dosis 24 hrs	Presentación	Ampolla	Volumen
MORFINA	30 mg	Amp. 10 mg/1 ml.	3	3 ml
MIDAZOLAM	45 mg	Amp. 15 mg/3ml.	3	9 ml
BUSCAPINA	60 mg	Amp. 20 mg /1ml	3	3ml
VOLUMEN TOTAL:				15 ml

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

h. Otros medicamentos asociados a Sedación Paliativa:

Medicación:	Dosis 24 hrs.	Presentación:	Ampolla:	Volumen:
CLORPROMAZINA	600 – 900 mg/día	Amp. 50mg/ml. (100mg/2ml)	6-9	6-9 ml.
HALOPERIDOL	5g cada 6 hrs (20 mg en 24 hrs.)	Amp. 5 mg / 1ml.	4	4

5. Como medir Nivel de Conciencia en la Sedación Paliativa:

NIVEL	ESCALA DE RAMSAY MODIFICADA (VALORACION SEDOANALGESIA):
I	Despierto , alerta, agitado, llanto riguroso, disneico, desorientado.
II	Letárgico , despierto al estímulo verbal, movimiento o llanto u otro síntoma débil.
III	Letárgico , solo despierta al estímulo doloroso, desorientado, más o menos confortable
IV	Ausencia de respuesta a cualquier estímulo físico, no movimientos, completamente confortable.

6. Se puede preparar en perfusor (BIC), vía intravenosa o subcutánea, diluyendo esas cantidades para hacer un total de 100ml de volumen total con suero fisiológico. Se iniciará la perfusión continua a 4 ml/h (aprox. 2 mg/h de Midazolam). Si se precisa, por sedación insuficiente, se podrá subir el ritmo de infusión +1 ó +2 ml/hora, hasta cada hora o utilizar medicación de rescate
7. Se puede preparar en infusor desechable de un solo uso, que se administrará de acuerdo al flujo y ritmo de las bombas en existencia.

AUTOCUIDADO PARA PERSONAL DE SALUD ATENDIENDO SITUACIONES COVID – 19

Atender pacientes y familiares en este ámbito genera una alta carga emocional.

Saber responder con profesionalismo y serenidad en situaciones de crisis es desafiante y a la vez gratificante.

Seremos testigos en corto espacio de tiempo, de importantes sufrimientos tanto de nosotros el personal de salud, pacientes, familiares de pacientes, nuestros familiares es decir “Todos”.

Además, nos pesará el riesgo personal de ser infectados y las jornadas de trabajo intensas. Tendremos que tomar decisiones de las que dependerá de algún modo el pronóstico inmediato de los enfermos. A lo mejor pasamos períodos separados de la familia...

Prevenir y manejar el estrés es fundamental para mantenerse bien y poder continuar ayudando.¹

Signos de riesgo de pérdida de equilibrio emocional²¹

Para establecer mecanismos de soporte adecuados, el primer paso es reconocer los posibles riesgos a los que nos enfrentamos como profesionales.

Signos de que estás experimentando estrés:

- Sensaciones físicas corporales: palpitaciones, tensión y dolores musculares, dolores de cabeza, cansancio, problemas gastrointestinales, incapacidad para relajarse, dificultades de sueño o pesadillas.
- Manifestaciones cognitivas: confusión, dificultades para concentrarse, resolver problemas o tomar decisiones. Dificultades para recordar instrucciones o para ver las situaciones con claridad.
- Manifestaciones emocionales: estado de shock, miedo, enojo, frustración, irritabilidad, tristeza intensa, culpa, desesperanza, bloqueo emocional, dificultad para expresar emociones, dificultad para mantenerse equilibrado.
- Dificultades de relación con otras personas: mayor irritabilidad, conflictos, menor capacidad de apoyar a otros y aislamiento entre otros.

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

Se trata de reacciones “normales” ante la situación que se está viviendo. Sin embargo, mantener un equilibrio psicológico es tan importante como atender la salud física, en este momento, con el fin de poder pensar con claridad para ayudar o cuidar de otros.

Prevención de ESTRÉS en el ámbito de COVID- 19

Muchos de los profesionales de salud trabajaran en equipos o servicios que desconocen y ante situaciones para las que no están formados. Por ello daremos algunas recomendaciones.

Formación específica de atención a pacientes con Coronavirus

- Fórmate e identifica claramente cuál va a ser tu rol.
- Intenta formarte en la sintomatología, la clínica, pero también en todos aquellos protocolos de prevención de contagio que te van a dar seguridad.
- Revisa los protocolos de los que dispongas antes de entrar, para ir más confiado en cuanto a qué hacer. Síntomas más frecuentes, pautas de tratamientos, comunicación en situaciones difíciles.
- Estar preparado te hará enfrentarte con mayor confianza y menor estrés.

Práctica el afrontamiento del estrés

- Intenta identificar las situaciones que te resultan más difíciles a nivel emocional(dar malas noticias, ver a alguien llorando, diferencia de opiniones con otros colegas) y piensa en cómo podrías abordarlas (formarte o pedir ayuda, por ejemplo).
- Crea equipo con un par de compañeros más cercanos con los que en un momento dado puedas hablar abiertamente de cómo estás. (ventila las emociones).
- Identifica tus señales personales de estrés. (Estar más acelerado, más irritable, más sensible, aislarte) Incluye a tus compañeros en tu plan, para que ellos puedan decirte si muestras esos signos de estrés.
- Cuídate a ti mismo en este momento: Busca momentos para intentar desconectar mentalmente de la situación. Sé que será difícil pero intenta desconectar 10 segundos y conecta con tu interior mientras te lavas las manos o te cambias de guantes. Hacerlo de manera consciente puede ser de ayuda.
- En la medida de lo posible intenta llevar una rutina que incluya maneras constructivas de reducir el estrés. (Respiraciones profundas, estiramientos, leer o escuchar música).

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

Preparar un plan en casa o para cuando sales del trabajo

- Intenta abordar de manera sencilla la situación en tu casa hablando de ella con tu pareja, hijos, padres y tranquilizándoles en la medida de lo posible, es normal que estén preocupados por tu situación.
- Crea un plan de comunicación que te permita estar conectado con los familiar esa los que no puedes ver estos días (hacer videoconferencias con tus padres, hermanos...)

Manejo del ESTRÉS mientras atiendes pacientes²²

Toma precauciones que te ayudan a reducir el estrés

- Intenta tener sensación de control.
Controla aquello que puedas hacer para reducir el estrés de la situación: Protégete empleando siempre el equipo de protección individual recomendado para la prevención de contagio de coronavirus sugerido por la OMS.
- Verifica cuál es tu tarea y la de los que están más cercanos a ti.
- Comunícate y chequea con tus compañeros de manera regular cómo estás/cómo están. Fomenta la expresión de emociones. Marca unos momentos para hacerlo. Escucha y comparte también tus experiencias (no creerás lo mucho que puede ayudar).
- Cuando acabes con una situación urgente dedica 10-15 segundos a pararte y reducir la tensión con un par de inspiraciones profundas y reflexionando sobre lo que acabas de hacer.

Técnicas de manejo del estrés:

- Reduce la tensión física haciendo algún estiramiento, tomando inspiraciones profundas.
- Intenta pensar con tranquilidad en algunos minutos libres.
- Habla con otros compañeros sobre las emociones y reacciones que estás viviendo.
- Saber dar y recibir ayuda a otros puede ser muy importante para ti y los que te rodean.
- Acostúmbrate a dar y recibir gratificación, el agradecimiento es valor intangible en este momento.
- Reconoce tus síntomas personales de distrés y acepta instrucciones de otros cuando te vean mal o con necesidad de parar un momento.
- La empatía es fundamental para ayudar a los pacientes, pero intenta evitar la sobre-identificación para reducir el impacto. Te necesitamos íntegro y lucido.

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

- Hay momentos en los que uno llega a un límite de capacidad de estar continuamente atendiendo con empatía a los pacientes. Eso se llama Fatiga de la compasión. Intenta estar atento y si te sientes así habla con alguien tu equipo para pedir apoyo.

AUTO-CUIDADO después de las intervenciones

El bienestar psicológico es tan importante como el físico.

Es fundamental tomarse un tiempo. Trabajar sin parar no supone que estés haciendo tu mejor contribución. Quizá parando un poco lo harás luego mejor. Responder a situaciones extremas puede ser gratificante y estresante. Ser consciente de que vas a tener estrés y responder afrontándolo te ayudará a estar bien y te permitirá continuar ayudando a pacientes.

Trabajar en una situación de epidemia y con falta de recursos puede aumentar mucho el estrés y hacer que cuando salgas estés agotado.

CheKList de AUTOCUIDADO²³

- Descansar es fundamental
- Hacer Ejercicio
- Alimentación Saludable
- Practicar Meditación / Relajación/ Mindfulness/ Ejercicios de Respiración
- Prácticas Espirituales/Religiosas
- Lecturas ligeras
- Ver películas o series (evitar sufrimiento)
- Estar en contacto por teléfono o video llamada con familia/ amigos
- Practicar el recuerdo positivo, recordar momentos agradables
- Practicar escritura reflexiva o cualquier otra forma de expresión que pueda ayudarte
- Escuchar música o tocar algún instrumento
- Evitar ruidos excesivos
- Fomenta emociones positivas y gratificantes
- Alcanzar por lo menos un objetivo de Autocuidado

ESPIRITUALIDAD “ANIMÁNDOTE ESPIRITUALMENTE EN EL FINAL DE VIDA”.²⁴ ANTE LA DESESPERANZA DEL COVID-19

¿Quién nos separara del amor de Cristo? ¿Acaso las pruebas, la aflicción, el hambre, los peligros, la enfermedad? De todo esto saldremos triunfadores gracias a aquel que nos amó. Yo sé que ni la muerte ni la vida, ni los ángeles ni la fuerza del Universo, ni el presente ni el futuro, ninguna otra creatura podrán apartarnos del Amor de Dios, manifestado en Cristo Jesús, nuestro señor.

(Carta de San Pablo a los Romanos cp. 8, 35-39)

Los diferentes temores que atormentan a las personas con dificultades sobre todo de salud y la separación de sus seres queridos, sabiendo que talvez los días están contados, sienten la urgencia de invertir su tiempo ante la situación de precariedad creada por la enfermedad. ¿Qué clase de ayuda puede ofrecer la comunidad cristiana para acompañar y sostener tu estado de ánimo?

Estar junto al corazón que sufre, o acompañar a otros a la otra orilla, consolar en el duelo, responder a la pregunta sobre el sentido del sufrimiento no es FACIL:

- Es importante, ante todo que seamos tratados como personas y no como enfermedades.
- Acercándonos a los enfermos de un modo diferente a lo acostumbrado.
- La presencia de rostros tristes y deprimidos no es grata, el enfermo no desea sentirse objeto de compasión, sino sentirse amado, no desea ser tratado con temor sino con respeto y comprensión.
- Hay personas que se les dificulta visitar al enfermo y envían un ramo de flores o llaman por teléfono, estos signos de amistad son oportunos pero un ramo de flores no es una mano amiga a quien pueden tomarla entre las suyas ni la presencia de alguien que los acompañe.
- El mayor consuelo que podemos ofrecer a los demás es el don de nuestra presencia: escuchando, recordando el pasado, velando su silencio y su partida a la casa del padre en ocasiones.

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

Servicios religiosos o ayudas espirituales a los pacientes:

En este contexto los pacientes en su lugar de atención no podrán recibir las ayudas espirituales que sus religiones ofrecen, ya que la llegada de un sacerdote, pastor o agente pastoral no es posible. Para ello se pueden ofrecer algunas alternativas según el estado clínico del enfermo:

1. Facilitar a los pacientes leves devocionarios, biblias, libros espirituales, favorecer que sus familiares se los puedan acercar. Por su puesto meditaciones, oraciones, videos de celebraciones religiosas en sus teléfonos. Llamadas telefónicas de voluntarios o agentes pastorales.
2. Para los pacientes delicados en cuidados intensivos, coordinar con la familia un momento de oración a través de una grabación, video conferencia, etc. Debe haber un teléfono móvil para este momento ya que el personal de UCI no tiene sus teléfonos dentro por higiene.
3. Preguntar a la familia si desean llevarles imágenes, estampas, rosarios, u otros artículos religiosos para colocarlos en las camas de los pacientes.

ANTE ESTA EMERGENCIA DEL MUNDO CON LA PANDEMIA COVID-19 LA DESPEDIDA Y DUELO DE LOS FAMILIARES RECOMENDAMOS LO SIGUIENTE.

La situación que hoy día vive la humanidad es alarmante por el COVID -19 es una nueva experiencia que debemos enfrentar con valentía poniendo la confianza en Dios que fortalece y anima, para realizar nuestras despedidas de amigos y seres queridos, víctimas de esta enfermedad que azota a el mundo y poder realizar los ritos de cierre y trabajar nuestro duelos, es necesario adaptarnos a las limitaciones que esta situación nos impone y asumir la frustración que esta nos genera, ya que muchas veces no tendremos la oportunidad de verles o visitarlos y debemos realizar la despedida en estas circunstancias.

- Son muchos los momentos de la vida en los cuales has manifestado tu amor y tu compañía, estos recuerdos deben ser en forma de un adiós y que siempre estará en tu corazón.
- Cuando estamos despidiéndonos de una persona que se encuentra en el final de su vida, aunque no nos conteste puede escucharnos, puede que este sea el último momento que estemos con nuestro ser querido podemos decirle que esté tranquilo. Que toda la familia está acompañándole, que no está solo.

Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19

- Lo más importante es ser conscientes de que el rito de la despedida es importante para el que sigue vivo por que necesita realizar cierre y despedida, no para el que fallece.
- Date la oportunidad de llorar, tomate un tiempo en el día para poder pensar en el ser que has perdido y lo que significa para Ti.
- Es normal que aparezcan sentimientos de culpa por no haber podido estar a su lado en el momento final.
- Ser consciente de las limitaciones que nos pone la crisis sanitaria, que es a nivel mundial.
- Es importante sentirte acompañado, conéctate con tus amigos, personas de confianza y exprésales tu pena y dolor.
- Pide ayuda, reconóctete vulnerable fortalece tu Credo religioso, no temas mostrar tu fragilidad, Cristo camina a tu lado te acompaña siempre.

BIBLIOGRAFÍA.

¹ UNAV. Clínica Universidad de Navarra (2020). *Guías rápidas de apoyo y control sintomático en pacientes avanzados con COVID-19*. 2, 32.

² Clayton, J. M., Hancock, K. M., Butow, P. N., Tattersall, M. H. N., & Currow, D. C. (2007). Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *The Medical Journal of Australia*, 186(12), S77. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01100.x>

³ J. Solís García del Pozo – I. Gómez Pérez, “El límite del esfuerzo terapéutico en las publicaciones médicas españolas”, cit, p. 650.

⁴ <https://www.mdcalc.com/apache-ii-score><https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-validacion-del-indice-pronostico-supervivencia-X1665920114582018>

⁵ Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos (Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (2020) https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf

⁶http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/02/doc_necpal_ccoms-ico_instrumento.pdf

⁷ ¡Doctor, no haga todo lo posible! De la Limitación a la prudencia terapéutica. Pablo Requena. Editorial Comares S.L. (2017) p.39-85

⁸ Adecuación del Esfuerzo Terapéutico. ÁREA DE SALUD DE LEÓN ESPAÑA 2017. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/experiencias.ficheros/1133891-DOCUMENTO+SOBRE+LA+ADECUACION+DEL+ESFUERZO+TERAPEUTICO.pdf><https://www.saludcastillayleon.es>

⁹ SECPAL, “Atención médica al final de la vida”: conceptos y definiciones” (2015).

¹⁰ Guía de uso del catéter de vía subcutánea en cuidados paliativos. Una opción para El Salvador. Universidad Dr. José Matías Delgado (2016) https://www.academia.edu/25163402/Gu%C3%ADa_de_uso_del_Cat%C3%A9ter_Subcut%C3%A1neo_en_Cuidados_Paliativos

¹¹ "LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA REALIZAR EL TRIAGE EN HOSPITALES DE LA RIISS" MINSAL 2012. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_triage_en_hospitales_riiss.pdf

¹² Decreto N° 620/2020 ASAMBLEA LEGISLATIVA. EL SALVADOR <https://www.asamblea.gob.sv/node/10218>

¹³ Trabajo en equipo en este contexto es necesario porque la responsabilidad se lleva mejor compartida, y el riesgo a equivocarse es menor.

¹⁴ Miranda A, **THE DOUBLE EFFECT PRINCIPLE AND ITS RELEVANCE TO JURIDICAL INTERPRETATION**. *Rev. chil. derecho* [online]. 2008, vol.35, n.3, pp.485-519. ISSN 0718-3437. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34372008000300005>.

¹⁵ The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbooks sixth edition 2019 6. Textbook of Palliative Care. 2018. Springer International Publishing

¹⁶ZJ Lipowski, Delirium (acute confusional states), JAMA 258 (1987) 1789-1792

¹⁷ American Psychiatric Association (APA), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, text revisión (DSM-IV-TR) (2000).

¹⁸SK Inouye, CH van Dyck, CA Alessi, et al., Clarifying confusión: The confusión assesment method. A new method for detection of delirium, Ann Intern Med (1990).

¹⁹ Association for Palliative medicine (APM), COVID-19 and Palliative, End of Life and Bereavement Care in Secondary Care Role of the specialty and guidance to aid care, 22 March 2020.

²⁰Guía de sedación paliativa. Organización Médica Colegial (OMC) Sociedad Española De Cuidados Paliativos (SECPAL)

²¹Martínez M, Centeno C. Equipo de cuidados paliativos y burnout. En: Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas.

²²Intervención psicológica y espiritual. 2016. Obra Social la Caixa.

²³Eduardo Bruera. Md Anderson Cancer Center. Lista de Autocuidado personal de Cuidados Paliativos.

²⁴ Tomado de: Arnaldo Pangrazzi Creatividad Pastoral al servicio del enfermo.