



# Resolución Directoral

Lima, 13 de NOVIEMBRE de 2020

Visto, el Expediente Nº 20-024545-001 conteniendo el Memorando Nº 775-2020-JDEM/HNHU del Departamento de Especialidades Médicas, solicitando la aprobación del proyecto de la Guía Técnica del manejo de pacientes en situación de últimos días de vida durante la Pandemia COVID -19 del Servicio de Geriatría del Departamento de Especialidades Médicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue;

## CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, los artículos 76° y 79° de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establecen que la Autoridad de Salud de nivel nacional es responsable de dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional, ejerciendo la vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria y dictando las disposiciones correspondientes, estando asimismo facultada a dictar las medidas de prevención y control para evitar la aparición y propagación de enfermedades transmisibles, quedando todas las personas naturales o jurídicas obligadas al cumplimiento de dichas medidas;

Que, mediante Decreto de Urgencia Nº 025-2020 y sus modificatorias, dictan medidas urgentes y excepcionales destinadas a reforzar el Sistema de Vigilancia y Respuesta Sanitaria frente al COVID -19 en el territorio nacional, disponiendo que el Ministerio de Salud, en cumplimiento de su función rectora, es el encargado de planificar, dictar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar todas las acciones orientadas a la prevención, protección y control de la enfermedad producida por el COVID -19, con todas las instituciones públicas y privadas, personas jurídicas y naturales que se encuentren en el territorio nacional;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA, se aprobó el Documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, siendo de observancia obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud;

Que, mediante Memorando Nº 775-2020-JDEM/HNHU la Jefa del Departamento de Especialidades Médicas propone el proyecto de Guía Técnica del manejo de pacientes en situación de últimos días de vida durante la Pandemia COVID -19 del Servicio de Geriatría del Departamento de Especialidades Médicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, para su aprobación;



Que, con Nota Informativa N° 490-2020-OGC/HNHU de fecha 3 de noviembre de 2020, la Jefa (e) de la Oficina de Gestión de la Calidad informa que el proyecto de guía técnica ha sido evaluada y aprobada, por lo que solicita la aprobación mediante acto resolutivo del proyecto presentado;

Que, con Memorando N° 604-2020-OPE/HNHU la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico informa que de acuerdo al Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad tiene entre sus funciones "Asesorar en la formulación de Directivas, Guías y Procedimientos de atención", señalando además que la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización del Ministerio de Salud ha indicado que es factible que el Hospital formule guías técnicas para su aplicación en la Entidad proponente;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe N° 445-2020-OAJ/HNHU;

Con el visado de la Jefa del Departamento de Especialidades Médicas, del Jefe del Departamento de Medicina Interna, de la Jefa (e) de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De acuerdo a las facultades establecidas en la Ley N° 26842, Ley General de Salud y en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA;



#### SE RESUELVE:

**Artículo 1.-** Aprobar la "Guía Técnica del manejo de pacientes en situación de últimos días de vida durante la Pandemia COVID -19" de la Unidad Funcional de Cuidados Paliativos Oncológicos y No Oncológicos del Hospital Nacional Hipólito Unanue, la misma que forma parte integrante de la presente Resolución y por las razones expuestas en la parte considerativa.

**Artículo 2.-** Encargar a la Jefa del Departamento de Especialidades Médicas, la difusión, seguimiento y monitoreo de la Guía Técnica aprobada por el artículo 1 de la presente Resolución.

**Artículo 3.-** Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital.

#### Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Nacional "Hipólito Unanue"

-----  
Dr. Luis W. MIRANDA MOLINA  
DIRECTOR GENERAL (e)  
CMP N°27423

LWMM/OHACH/Marlene G

#### DISTRIBUCIÓN

- ( ) Dirección Adjunta
- ( ) Ofic. Asesoría Jurídica
- ( ) OPE
- ( ) Dptos Asistenciales
- ( ) OCI
- ( ) Archivo.

---

---

# HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

---

---



*Handwritten signature or initials.*

**GUIA TÉCNICA DEL MANEJO DE PACIENTES EN  
SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA DURANTE LA  
PANDEMIA COVID-19**



## EQUIPO DE GESTIÓN

M.C. Luis Miranda Molina

Director General

M.C. Yudy Miluska Roldán Concha

Directora Adjunta

Econ. Ruth Rocío Moreno Galarreta

Directora Administrativa

M.C. Vargas Chugo Silvia Paola

Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad

## EQUIPO TÉCNICO

M.C. María Alba Rodríguez: Jefa del Departamento de Especialidades Médicas

M.C. Andrés Alcantara Diaz: Jefe del Departamento de Medicina Interna

M.C. Rubén Sánchez Ruiz: Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos

M.C. Reynaldo Carazas Chavarry: Médico Asistente Departamento de Emergencia

M.C. Sofía del Carpio Calderón: Médico Asistente de la Unidad de Cuidados Paliativos

M.C. Rodrigo Rodríguez del Pozo: Médico Asistente del Servicio de Geriatria

M.C. Rosa Irene Shimabukuro Maeki: Médico Asistente del Servicio de Geriatria

M.C. Augusto Cruz Chereque: Jefe de Servicio del Departamento de Emergencia



## INDICE

### GUÍA TÉCNICA DEL MANEJO DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

I. FINALIDAD .....	5
II. OBJETIVOS.....	6
III. AMBITO DE APLICACIÓN.....	6
IV. BASE LEGAL .....	7
V. DISPOSICIONES GENERALES .....	7
5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS .....	7
5.2 POBLACIÓN DIANA .....	8
VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	8
6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO .....	10
a) INGRESO A CUIDADOS CRÍTICOS.....	10
b) CONTROL DE SINTOMAS DEL PACIENTE ENFERMO CON .....	
COVID-19 .....	10
c) REQUISITOS.....	10
d) SEDACIÓN PALIATIVA (CPT 99489) .....	10
e) EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO .....	10
f) CUANDO EL PACIENTE FALLEZCA.....	10
g) CONSIDERACIONES BIOÉTICAS .....	10
h) INDICADOR .....	10
6.2 RECOMENDACIONES.....	10
6.2.1 RECOMENDACIONES GENERALES .....	10
a) CUIDADOS PARA LOS PROFESIONALES.....	10
b) RECOMENDACIONES DE BUENA COMUNICACIÓN .....	10



VII. RESPONSABILIDADES ..... 15

VIII. DISPOSICIÓN FINAL ..... 16

IX. ANEXOS.....

    ANEXO N°01 .....27

    ANEXO N°02 .....28

    ANEXO N°03 .....29

    ANEXO N°04 .....30

    ANEXO N°05 .....31

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....32

*[Handwritten signature]*



## I. FINALIDAD:

A medida que la propagación del COVID-19, continúa con el aumento de las tasas de mortalidad y los casos confirmados; los proveedores de salud se encuentran en mal estado emocional por el impacto de los pacientes. Con los adultos mayores y aquellos con afecciones médicas graves en mayor riesgo, los Cuidados Paliativos (CP) desempeñan un papel importante durante el brote de coronavirus.

Según los centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)<sup>12</sup> de EE. UU.1, Las personas con mayor riesgo de enfermedad grave y complicaciones por COVID-19 son adultos mayores y personas con afecciones médicas y comórbidas subyacentes graves como enfermedades cardíacas, cáncer, insuficiencia cardíaca congestiva, y enfermedad pulmonar. Con tales diagnósticos comunes entre los pacientes que necesitan Cuidados Paliativos (CP), los proveedores están evaluando el alcance potencial del coronavirus y cómo pueden responder a él.

Estas son las principales razones y objetivos de los Cuidados Paliativos (CP) en crisis y emergencias humanitarias:

- 1.- El objetivo fundamental de los CP y de la medicina en sí, es aliviar el sufrimiento humano.
- 2.- Las respuestas que no incluyan los CP son médicamente deficientes y éticamente indefendibles.
- 3.- Los CP nunca aceleran la muerte intencionalmente, sino que brindan el tratamiento necesario para lograr un nivel adecuado de comodidad para el paciente, en el contexto de los *valores del paciente* (principio ético del doble efecto).
- 4.- Los CP y los tratamientos que ~~salvan~~ *salvan* vidas no deben considerarse diferentes (integración).



Los recursos limitados y las restricciones necesarias para reducir la propagación del virus, como el distanciamiento social, están llevando a conversaciones difíciles con los pacientes con COVID-19 y sus familias. Los proveedores de cuidados paliativos sobresalen en la interacción de conversaciones desafiantes sobre los objetivos y la expectativa de vida de los pacientes, y pueden desempeñar un papel en el apoyo al personal de primera línea a medida que atienden a pacientes con coronavirus prestando experiencia y orientación en tiempos difíciles.

Las conversaciones difíciles con pacientes de cuidados paliativos también pueden estar en aumento, ya que se necesita más atención de emergencia para tratar los casos de COVID-19. Abordar las inquietudes de pacientes y familiares podría ser más difícil a medida que los recursos disminuyen y la demanda aumenta. Con una gran necesidad médica de equipos —como ventiladores—, los pacientes que requieren atención paliativa, entre otros, pueden estar en riesgo de no recibir el nivel de tratamiento y atención que necesitan.

El acompañamiento a pacientes y familiares en situaciones de gravedad en los últimos días de vida y en el duelo, es fundamental; y la pandemia actual puede impedir o dificultar, en muchos casos, un proceso natural emocionalmente saludable. Esto es válido también para los profesionales de la salud. Por tal razón, es que elaboramos estas recomendaciones sobre la base de la bibliografía consultada.

## II. OBJETIVO

Proporcionar una atención de calidad a pacientes y sus familiares en situación de últimos días de vida o en duelo, para llevar a cabo una despedida y prevenir o aminorar —en lo posible—, el sufrimiento emocional en un contexto de elevado estrés.

## III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El protocolo está orientado a la atención de pacientes en los últimos días de vida en la crisis de COVID-19, la cual deberá aplicarse en las unidades de cuidados intensivos, Unidad crítica de emergencia (UCE), unidad de cuidados intermedios y salas de hospitalización diferenciadas para pacientes COVID 19 del Hospital Nacional Hipólito Unanue.



#### IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias
- Ley N° 30846, Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas.
- Decreto de Urgencia N° 025-2020 dictan medidas urgentes y excepcionales destinadas a reforzar el Sistema de Vigilancia y Respuesta Sanitaria frente al COVID -19 en el territorio nacional
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSPV.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 145-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19).

#### V. DISPOSICIONES GENERALES

##### 5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

**Covid-19.-** Es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019.

**Cuidados paliativos.** - Son los cuidados para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o que pone la vida en peligro, como el cáncer. Los cuidados paliativos son un planteamiento de los cuidados que responde a la persona en su totalidad, no solo a su enfermedad. El objetivo de los cuidados paliativos es evitar o tratar, lo más pronto posible, los síntomas y los efectos secundarios de una enfermedad y de su tratamiento, y los problemas psicológicos, sociales y espirituales correspondientes.

**Fuente de infección.** - Es la persona, animal, objeto o sustancia de la cual el agente infeccioso pasa a un huésped.

**Población de estudio.** - Se refiere a un grupo limitado de personas de la población diana/referencia, a los cuales los investigadores sí tienen acceso gracias al marco muestral (censo, registro de altas, tarjeta sanitaria, ...). Se determina por los criterios de elegibilidad/selección (inclusión, exclusión y eliminación) y el sistema de reclutamiento utilizado.



**Población diana.** - Se refiere a la población a la que pretendemos generalizar las conclusiones del estudio, es decir, a la población a la que se hace referencia en el objetivo principal del estudio. Esta población es inaccesible en su totalidad para el investigador.

**Propagación del virus Covid-19.**- 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. Estas gotículas son relativamente pesadas, no llegan muy lejos y caen rápidamente al suelo. Una persona puede contraer la COVID-19 si inhala las gotículas procedentes de una persona infectada por el virus.

## 5.2. POBLACIÓN DIANA

- **Población Diana:**

En estos momentos de emergencia nacional, nuestra población objetivo abarca no solo a nuestra población natural, sino a nivel de Lima Metropolitana.

- **Criterios de Exclusión para UTI (Ver Anexo N°03):**

- Pacientes con mal pronóstico a pesar de admisión en UTI.
- Pacientes que requieren recursos que no se pueden proporcionar.
- Pacientes en buen estado general y que no cumplen de forma estricta criterios de gravedad

- **Criterios específicos de exclusión de ingreso en caso de: situación de eventos de víctimas en masa que pueden aplicarse a la situación de pandemia con sobrecapacidad de los recursos:**

- Paro cardiorrespiratorio (PCR) no presenciado, recurrente o un segundo PCR en menos de 72h del primero.
- Deterioro cognitivo severo de base.
- Enfermedad neuromuscular avanzada sin posibilidad de tratamiento.
- Enfermedad maligna metastásica.
- Paciente con inmunodepresión avanzada e irreversible.
- Evento neurológico severo e irreversible.
- Insuficiencia orgánica en estado avanzado o final; o insuficiencia cardíaca NYHA clase III o IV, o EPOC con FEV1<25 %, hipertensión pulmonar secundaria, fibrosis quística con FEV1<30 % post broncodilatador, fibrosis



pulmonar con TLC < 60 %, hipertensión pulmonar primaria con NYHS clase III o IV, necesidad de oxigenoterapia domiciliaria o fracaso hepático con Child-Pugh score > 7, o cirugía electiva paliativa.

## VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### 6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

#### a) Ingreso a Cuidados Críticos: Vea el algoritmo de referencia de cuidados críticos (anexo 1)

-Discuta los riesgos, los beneficios y los posibles resultados probables de las diferentes opciones de tratamiento con los pacientes, las familias y los cuidadores, utilizando herramientas de apoyo para la toma de decisiones (cuando estén disponibles) para que puedan tomar decisiones informadas sobre su tratamiento, siempre que sea posible.

Para lo cual las preguntas clave a considerar son:

¿Cómo ayudarán los tratamientos de cuidados críticos a la persona a corto y largo plazo?

¿Podrían los tratamientos de cuidados críticos ofrecer una calidad de vida aceptable para la persona?

¿Podrían los tratamientos de cuidados críticos ayudar a alcanzar los objetivos de un paciente para una buena calidad de vida?

¿Existen tratamientos de cuidados no críticos que puedan ayudar a la persona y ser más cómodo para ellos?

-Involucrar a los equipos de cuidados críticos en las discusiones sobre la admisión para un paciente donde:

- La evaluación sugiere que la persona es menos frágil (por ejemplo, un puntaje CFS de menos de 5), es probable que se beneficien del apoyo de cuidados críticos y requieran un tratamiento de cuidados críticos.

- La evaluación sugiere que la persona es más frágil (por ejemplo, un puntaje CFS de 5 o más), existe incertidumbre con respecto al beneficio probable del apoyo de cuidados críticos, y se necesitan consejos de este equipo para ayudar a la decisión sobre el tratamiento. CFS (ver anexo 2).



- Tener en cuenta el impacto de las patologías subyacentes, las comorbilidades y la gravedad de la enfermedad aguda, en la probabilidad de que el tratamiento de cuidados críticos logre el resultado deseado.

-Apoyar a los profesionales de la salud de cuidados no críticos, con el fin de discutir planes de tratamiento con pacientes que no se beneficiarían del tratamiento de cuidados críticos o que no desean ser admitidos en este servicio.

-Discuta con sensibilidad una posible decisión de «no intentar la reanimación cardiopulmonar» en todos los adultos con capacidad y una evaluación que sugiera un aumento de la fragilidad (por ejemplo, una puntuación CFS de 5 o más). Incluir en la discusión:

- Los posibles beneficios de cualquier opción de tratamiento de cuidados críticos.
- Los posibles riesgos de las opciones de tratamiento de cuidados críticos.

Los posibles resultados probables involucren a un miembro del equipo de cuidados críticos si el paciente o el equipo necesita asesoramiento sobre estos cuidados con el fin de tomar decisiones sobre el tratamiento.

#### b) Control de Síntomas del paciente enfermo con COVID-19<sup>1,5,10</sup>

Las dosis de fármacos que se muestran son orientativas y el aumento o disminución de la dosificación dependerá de la situación clínica del enfermo siendo el objetivo garantizar y priorizar el bienestar y confort del mismo.

Los síntomas más frecuentes que suelen presentarse en aquellas personas afectadas de la enfermedad COVID 19 y que suelen revestir gravedad son:



<b>DISNEA</b>	La morfina es el fármaco de elección para el tratamiento de la disnea severa cuando se han descartado otras medidas de intervención terapéutica (UTI) o se prevé una muerte inminente.
En personas gravemente enfermas que estén hospitalizadas:	<p>Morfina 20mg (amp 1 ml/20 mg): Poner entre 10-20 mg cada 24h (1/2- 1 amp/24h) en función de la gravedad de la disnea.</p> <p><b>Disnea leve-Moderada</b>, Si paciente puede tolerar vía oral y presentara disnea a pesar de uso de oxígeno, morfina sulfato 30mg 7.5mg (1/4 de tableta) c/ 6horas vo, si no tolera la vía oral iniciar:</p> <p>En Bolos de morfina 2.5 mg ev/sc cada 6 horas</p> <p><b>Disnea severa</b>, infusión continua de 100 ml de suero fisiológico a pasar a 4 ml/h con la siguiente medicación: Morfina 20mg /ml/amp.): Poner entre 10-20 mg cada 24h (1/2 - 1 amp/24h) en función de la gravedad de la disnea.</p> <p>Evaluar efectividad cada 20 minutos, si no se obtiene respuesta, considerar una nueva dosis.</p> <p>En caso que el paciente fuese usuario de opioides, aumentar dosis en 25 %</p>
En <b>todos</b> los casos se dejará <i>medicación de rescate</i> para cuando la sintomatología no está controlada	Morfina 10 mg por vía subcutánea o intravenosa, según proceda a una dosis correspondiente al 10 % de la dosis diaria total de morfina pautada (si la dosis de morfina es de 20mg/d el rescate será de 2mg sc; y a una frecuencia de hasta cada 4h, o incluso antes, si precisara para el control sintomático.
<b>TOS SECA PERSISTENTE</b>	<p>2.5 mg (inicio) a 5 mg SC/EV cada 4 horas más PRN. Aumentar hasta 5 mg a 10 mg cada 4 horas cuando se requiera.</p> <p>Dextrometorfano en jarabe: 15 mg/5mL, entre 5 y 10 cc cada 6 u 8 horas vo.</p>
<b>FIEBRE</b>	<p>Paracetamol 1 gr cada 6-8h en caso de conservar la vía oral, o metamizol 1mg /2ml ampolla entre 0,5 gr a 1 gr cada 8-12 horas (en bolo) o ev.</p>
<b>SECRECIONES RESPIRATORIAS</b>	Hiosina Butil Bromuro ampolla: 20 mg/mL 10-20 mg SC/IV cada 6-8 horas (Dosis máxima 120mg/día).

*Handwritten signature*



<p><b>NÁUSEAS O VÓMITOS</b></p>	<p>Primera opción, Metoclopramida 10 mg/mL ampolla: 10 mg SC/IV c/8 horas (Dosis máxima recomendable 30-40 mg/día).</p> <p>Haloperidol 2mg/ml gotas orales, 1 a 2.5 mg VO en las noches, cada 2 horas más PRN.</p> <p>o</p> <p>Haloperidol 5mg/ml ampolla, 2.5-5mg sc en las noches, cada 2 horas más PRN.</p> <p>Aumentar dosis en 0.5 a 1 mg según se necesite (Dosis máxima 10 mg/día).</p>
<p><b>Ansiedad</b></p>	<p>Clonazepam tableta: 0.5 mg 0.5 mg VO PRN ansiedad y/o insomnio (Dosis máxima: 4 mg/día). debe de evaluar síntomas a los 10 minutos de no ceder administra una nueva dosis.</p> <p>o</p> <p>Midazolam ampolla: 5 mg/5mL 2.5 a 5 mg SC PRN agitación psicomotriz. Disminuir dosis a 5 mg en 24 horas si tasa de filtración glomerular &lt;30 ml/min., o adulto mayor.</p>
<p><b>DELIRIUM HIPERACTIVO</b></p>	<p><b>Corregir las causas reversibles del delirium.</b> El medicamento de elección es el haloperidol.</p> <p>Haloperidol en el hospital viene de 5 mg / 1 mL</p> <p>Podemos utilizar 2.5 mg a 5 mg ev stat, luego PRN</p> <p>Puede ser cada c/8 –12 h, si se requiere una administración programada.</p> <p><b>Como segunda elección:</b></p> <p><b>Levomepromazina</b> vía subcutánea (sc) o intravenosa (iv):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosis de inducción en bolo: 12.5-25 mg (1/2 o 1 amp de 25 mg).</li> <li>- Infusión continua: levomepromazina 50 mg-75mg mg/24 h sc o ev, puede optarse por dosis en bolo de 12,5 mg a 25 mg cada 4-8 horas, sc o iv.</li> <li>- Dosis de rescate: 12.5 mg-25 mg cada 4-8 h si fuera necesario hasta control de sintomatología.</li> </ul>

FUENTE: COVID-19 and Palliative, End of Life and Bereavement Care in Secondary Care Role of the specialty and guidance to aid care Sociedad Española de Cuidados Paliativos

*Handwritten signature*



Ejemplo práctico del uso de morfina en infusión continua en paciente con disnea severa, asociado a ansiedad y secreciones respiratorias: usamos morfina de 20mg ya que es la principal presentación con la que contamos en el hospital.

MORFINA CLORHIDRATO 20mg/ml	10mg	1/2 ampolla	=	0.5ml
MIDAZOLAM 5mg/5ml	5mg	1 ampolla	=	5ml
HIOSINA BUTIL BROMURO 20mg/1ml	40mg	2ampolla	=	2ml
CLORURO DE SODIO AL 9%			=	92.5ml

---

TOTAL 100cc

Pasar en bomba de infusión a 4 cc / hora EV/SC regular dosis de acuerdo a situación del paciente. Los rescates corresponden al 10 % de la dosis total del opioide.

Si por motivos de la demanda no se cuenta con bombas de infusión podría utilizarse en bolos de la siguiente manera:

MORFINA CLORHIDRATO 20mg/ml	10mg	1/2 ampolla	=	0.5ml
MIDAZOLAM 5mg/5ml	5mg	1 ampolla	=	5ml
METOCLOPRAMIDA 10mg/2ml	10mg	1ampolla	=	2ml
CLORURO DE SODIO AL 9 %			=	2.5ml

---

TOTAL 10 cc

Pasar en bolos 2.5 cc cada 6 horas EV/SC, los rescates corresponden al 10 % de la dosis total de morfina por lo cual se deberá indicar 2 mg lo cual corresponde 2 cc del preparado EV/SC.

### c) Requisitos

- Hoja de consentimiento informado (CI) para tratamiento de COVID – 19<sup>11</sup>

En medicina, el Consentimiento Informado (CI) es el procedimiento médico formal, una exigencia ética y un derecho reconocido por las legislaciones de todos los países, cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, es decir, la obligación de respetar a los pacientes como individuos y hacer



honor a sus preferencias en cuidados médicos. En palabras más simples, es un proceso mediante el cual se respeta el principio de autonomía del paciente. Es la autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales para que las o los profesionales de la salud puedan realizar un procedimiento diagnóstico o terapéutico luego de haber comprendido la información proporcionada sobre los mismos<sup>11</sup>.

El CI es un proceso basado en una doctrina surgida en la segunda mitad Siglo XX, cuando a principios de este siglo aparecieron las primeras sentencias judiciales que exigían un consentimiento simple, comenzando así la primera etapa del CI.

Al momento, no existe tratamiento específico aprobado contra el COVID 19. Sin embargo, hay estudios que sugieren un efecto positivo en la evolución de algunos pacientes al usar ivermectina, hidroxiclороquina, azitromicina o la combinación de ellos. Se considera que estos medicamentos tienen dos efectos sobre el virus: impide la entrada del virus a la célula y reduce su multiplicación. Es posible que estas recomendaciones cambien cuando se cuente con mayor evidencia científica.

Por esa razón, el médico tratante y el equipo multidisciplinario le explicará detalladamente los beneficios y riesgos del tratamiento. Como todo procedimiento, los medicamentos pueden producir eventos adversos que pueden ser leves y en algunos casos severos, como, por ejemplo: náuseas, vómitos y dolor abdominal; anemia, leucopenia, trombocitopenia y hemólisis; cardiotoxicidad, anormalidades mentales o depresión, toxicidad corneal, purpura, erupciones cutáneas, dermatitis entre otros.

Una vez que hayan resuelto sus dudas y acepta iniciar tratamiento para COVID 19, deberá firmar este consentimiento informado.

#### - Excepciones para la obtención de un CI<sup>11</sup>

En principio, el CI es necesario siempre. Y la obligación de obtenerlo explícitamente es mayor o menor dependiendo de las circunstancias del caso. Por el contrario, existen ciertas situaciones en las que se puede prescindir del CI. Los casos en los que la obtención del CI no es necesaria, o no es recomendable, constituyen las excepciones siguientes:

1. Urgencia real y grave para el enfermo, que obliga a actuar sin tiempo para obtener un CI. El tiempo que demandaría suministrar la información y obtener el CI provocaría irremediabilmente un daño grave a la integridad, salud o vida del paciente. El paciente necesita asistencia urgente por la gravedad del cuadro,



permanece inconsciente y no hay familiares, ni allegados que puedan representarlo.

2. Grave riesgo para la salud pública, donde se puede omitir el CI para la internación, cuarentena u hospitalización. Existen supuestos en donde el derecho a participar del CI cede por intereses vinculados a la comunidad y a la salud pública.

3. Imperativo legal o judicial. En los casos que representan un peligro para la salud pública. Así se justifica la obligatoriedad para ciertas pruebas diagnósticas, vacunaciones y tratamientos forzosos.

4. Pacientes incapaces para decidir, que no pueden otorgar un CI válido. Sin embargo, la capacidad admite grados. Un mismo paciente puede ser capaz para decidir ciertas cosas y no serlo para otras. De modo que, cuanto más trascendente o delicada sea una decisión, mayor debe ser el nivel de capacidad exigible. Cuando el paciente no esté capacitado, corresponde a sus familiares, personas allegadas o responsable legal para conceder el CI.

5. Privilegio terapéutico. Cuando ajuicio del médico, la información puede resultar perjudicial para el curso de la enfermedad. Tradicionalmente, este privilegio abarcaba a la inmensa mayoría de los enfermos; pero en la actualidad, ha quedado muy restringido, y solo debe ser invocado en situaciones muy especiales. El privilegio terapéutico (un médico puede ocultarle información a un paciente si tiene la firme certeza de que su revelación le produciría un daño psicológico grave), está en tela de juicio ya que deben ser rigurosamente justificadas para no caer en arbitrariedades difíciles de demostrar.

6. Renuncia expresa del paciente. El paciente puede, si quiere, renunciar a la información y dejar voluntariamente que otros decidan por él. En este caso debe existir algún familiar o sustituto legal dispuesto a asumir la responsabilidad de las decisiones. Aunque el paciente también podría designar para ello al propio médico. En la medida en que el paciente actúe en forma autónoma y competente, debe respetarse su derecho a la renuncia.

7. Posibilidad de corregir de corregir una alteración inesperada en el seno de otra intervención programada. Como, por ejemplo, un tumor o malformación que se encuentra en el curso de una laparotomía que había sido indicada por otras razones.



8. En las prácticas que sean programadas, y no necesariamente urgentes, puede prescindirse del CI en aquellos pacientes incompetentes que no posean representantes que los subroguen y que exista amplio consenso sobre la necesidad médica de realizar el procedimiento, y al mismo tiempo, los riesgos sean manifiestamente menores a los beneficios esperados; en caso contrario deberá preverse la autorización judicial.

**d) Sedación Paliativa (CPT 99489)<sup>1,5,10</sup>**

La sedación paliativa es un procedimiento que produce una disminución deliberada de la conciencia con el objetivo de alcanzar un nivel de sedación suficientemente profundo como para aliviar el sufrimiento. Se podrá emplear en pacientes con COVID 19 ingresados con síndrome de distrés respiratorio agudo sin respuesta al tratamiento específico y sin criterios de UTI (cuya muerte se prevé próxima), que presentan un sufrimiento intolerable por síntomas refractarios al tratamiento implementado en un periodo de tiempo razonable, teniendo en cuenta que los pacientes con esta enfermedad pueden desarrollar con rapidez un distrés respiratorio y fallecer en horas.

En estos casos:

- Se debe proceder a informar al paciente (en el caso que esté consciente y competente para la toma de decisiones) y a la familia antes de realizar tal procedimiento.
- Reflejar en la historia clínica el motivo de sedación y consentimiento verbal por parte del paciente o familia, cuando se inicia.
- Determinar y registrar fármacos, dosis, combinaciones y vías de administración, siguiendo siempre el principio de proporcionalidad. Es decir, para alcanzar un nivel de sedación suficientemente profundo como para aliviar el sufrimiento. Esto facilitará a los diferentes dispositivos asistenciales el seguimiento y ajuste del tratamiento pautado.

En el caso de los pacientes COVID 19, los síntomas más frecuentes que pueden motivar sedación paliativa serán probablemente: disnea e inquietud por cuadro confusional (*Delirium*) refractarios.

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son:

- Midazolam (como primera opción).
- Levomepromazina (si el síntoma refractario es el *Delirium*).
- Fenobarbital y Propofol estarían como opción en caso de no responder a las medidas anteriores, (para manejo con dicha medicación, debería llamarse al equipo especializado).



## Sedación con Midazolam

Dosis de inducción: la dosis de inducción por vía intravenosa (iv) se calcula administrando entre 1,5 y 3,5 mg en bolo lento, repitiendo la dosis cada 5 minutos hasta alcanzar el nivel de sedación mínimo con el que se logre el control del síntoma refractario. Usualmente iniciamos con dosis de 2.5 mg.

Si tras la dosis de inducción el paciente presenta agitación o mantiene el síntoma refractario, se administra una dosis de rescate extra igual a la dosis de inducción inicial. Puede repetirse la dosis de rescate tantas veces como se precise hasta alcanzar la sedación, siempre teniendo en cuenta que el inicio de la acción por vía endovenosa es de 3-5 minutos y por vía subcutánea requiere de 10 a 15 minutos, y que la vida media del midazolam puede fluctuar entre 1 y 4 horas.

## Dosis de mantenimiento

Se recomienda iniciar una perfusión continua de entre 30 mg - 45 mg de midazolam iv o sc, e incluso en pacientes hospitalizados valorar dosis mayores entre 60-90 mg dada la gravedad del cuadro respiratorio, la rapidez de instauración del mismo y el estado de aislamiento que requieren estos pacientes.

Ajustar la dosis de mantenimiento diariamente añadiendo la medicación de rescate

utilizada cada 24h, hasta conseguir una sedación adecuada.

En la institución contamos con Midazolam de 50mg en 10 ml, la que es utilizada de la siguiente manera:

Midazolam 50 mg ,	=	6 cc
Haloperidol 5mg	1 amp	= 1cc.
Hiosina butil bromuro 20 ug	2 amp	= 2cc
CINa al 0.9 %	=	91cc
<b>TOTAL</b>		<b>100 cc</b>

Pasar en bomba de infusión a 4 cc / hora EV/SC; regular dosis de acuerdo a la situación del paciente.

## Medicación de rescate:

Se aplicará una dosis de rescate extra igual a la dosis de inducción inicial, la cual se podría repetir cada 4h o incluso antes, según las necesidades, para



FO

alcanzar una sedación adecuada. La dosis máxima de midazolam es de 240 mg/24h. Si con esta dosis no se alcanza la sedación adecuada o sin llegar a ese techo, la escalada de dosis necesarias para conseguir la disminución del nivel de conciencia está siendo muy rápida, habrá que pasar a un segundo escalón con levomepromazina.

### **Sedación con Levomepromazina**

En caso de que el síntoma refractario sea el Delirium, el fármaco de elección será la Levomepromazina. Si el paciente está bajo intento de sedación previa con midazolam, debe reducirse la dosis de este fármaco en un 50 % el día de la inducción con levomepromazina, intentamos rebajar la dosis de midazolam progresivamente en los días posteriores, de acuerdo con la respuesta clínica.

### **Dosis de inducción:**

Se calcula la dosis de inducción de forma similar a la descrita para el midazolam, pero con dosis iniciales de 12,5 a 25 mg, y utilizando mayor intervalo de tiempo (6 a 8 horas), puesto que la vida media de este fármaco es mayor (de 15 a 30 horas). Si luego de estas dosis de inducción el paciente presenta agitación o mantiene el síntoma refractario, se administrará una dosis de rescate extra igual a la dosis de inducción inicial. Puede repetirse esta dosis de rescate tantas veces como se precise hasta alcanzar la sedación. Las dosis a administrarse se individualizarán dentro de ese rango, en función del estado de conciencia de partida y de la fragilidad del paciente.

### **Dosis de mantenimiento**

Se recomienda iniciar una perfusión continua de entre 50 mg - 75 mg de Levomepromazina iv o sc, luego ir ajustando en función de las necesidades de medicación de rescate con el objetivo de alcanzar una sedación adecuada. Al igual que con el Midazolam, dependiendo de la gravedad de la sintomatología y de la rapidez de instauración podría empezarse con dosis más elevadas (entre 100 mg - 150 mg/24h). Ajustar la dosis de mantenimiento diariamente añadiendo la medicación de rescate utilizada cada 24h y hasta conseguir una sedación adecuada.



*[Handwritten signature]*



Se recomienda mantener durante la sedación algunos fármacos esenciales, entre ellos los anticolinérgicos (indicados como antisecretores bronquiales) o los opioides, que no deben ser retirados durante la sedación.

N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA (BUSCAPINA): (amp 1ml/20mg). Se utilizan para prevenir/tratar las secreciones bronquiales (estertores premortem). La dosis puede variar entre 60 mg – 120 mg. (**GRADE: Nivel de Evidencia I, Grado de recomendación “a”**)

MORFINA. No retirar nunca si el enfermo ya la estaba recibiendo por dolor o disnea

### Medicación de rescate

Se aplicará una dosis de rescate extra igual a la dosis de inducción inicial, la cual se podría repetir cada 4h – 8h, o incluso antes, de acuerdo a las necesidades para alcanzar una sedación adecuada. La dosis máxima de Levomepromazina es de 300 mg/24h. Si no se alcanza la sedación adecuada con esta dosis habrá que pasar a un tercer escalón con FENOBARBITAL o PROPOFOL, ante estas situaciones se recomienda contactar con profesionales de Cuidados Paliativos o Anestesia.

### Medidas a de prescribir:

- Antibioterapia
- Transfusiones
- Heparina de bajo peso molecular
- Hidratación
- Medicación antiviral específica
- Aerosoles.
- Reservorio de O<sub>2</sub>. Se puede cambiar por unas cánulas nasales con O<sub>2</sub> entre 1-3 Lpm.
- Glucotest e insulina.

### e) Evaluación y Seguimiento

Tras el inicio de la sedación, las recomendaciones a seguir son:

1. Revisar periódicamente el nivel de sedación según la Escala de Ramsay modificada



1	Despierto, alerta. Mínima o ninguna alteración cognitiva
2	Despierto, tranquilo. Responde a órdenes verbales (volumen de voz normal)
3	Parece dormido. Responde a órdenes verbales y conversa normal
4	Parece dormido. Responde a órdenes verbales con volumen alto o a ligero. Estímulo táctil.
5	Dormido. Respuesta lenta a órdenes verbales en tono alto o a fuerte estímulo táctil.
6	Dormido. Solo respuesta a estímulos dolorosos.
7	Dormido. Solo presenta retirada al dolor.
8	No responde a estímulos externos, incluido el dolor.

SECPAL. (12 de agosto de 2019). Guía de cuidados paliativos.

2. Evaluar y dejar constancia en la historia clínica de la evolución.
3. En cada Reporte de enfermería se debe informar la escala de sedación que presenta el paciente.
4. Mantener informada a la familia. Proporcionar siempre presencia, comprensión, disponibilidad y privacidad en la medida de las posibilidades. Articular el acompañamiento familiar si es posible, y si no lo es por las circunstancias epidemiológicas, hacerlo constar de alguna manera.

Si se observa dificultad en la sedación, no olvidar descartar otras causas corregibles. Ej.: globo vesical, bolo fecal.

#### f) Cuando el paciente fallezca<sup>6</sup>

1.- Avisar telefónicamente a la familia: la despedida es un proceso, que va más allá del último momento en el que nuestro ser querido está dejando de respirar. Durante la conversación se le informará de que la familia podrá elegir un/a portavoz familiar que vaya a hacer el acompañamiento del cadáver.

2.- El cadáver debe introducirse en una bolsa sanitaria biodegradable y de traslado, con ataúd que reúna las características técnicas sanitarias de resistencia a la presión de los gases en su interior, estanqueidad e impermeabilidad. La introducción en la bolsa se debe realizar dentro de la propia habitación de aislamiento. Se deben notificar todos los fallecimientos a la autoridad sanitaria.



*[Handwritten signature]*



3.- Firmar el certificado de defunción.

4.- El familiar no debe establecer contacto físico con el cadáver ni con las superficies u otros enseres de su entorno o cualquier otro material que pudiera estar contaminado. Se acepta que acudan dos familiares como máximo para la identificación del cadáver a no menos de dos metros de distancia. Se deben tomar las precauciones de transmisión por contacto.

5.- Al familiar se le transmitirá que incluso en esta situación de separación, ante la imposibilidad de abrazarlo físicamente a través del tacto, sí puede abrazarlo con la mirada, con el sonido o con la mente, imaginando ese abrazo que es una muestra de amor igualmente.

6.- Facilitar la información y comunicación a la familia.

7.- Con respecto al punto 4 y 5 va a depender de los ambientes con que cuente el establecimiento de salud y las directivas de nuestra institución en la disposición de los cadáveres.

### g) Consideraciones Bioéticas

#### Valores éticos guía en el racionamiento de recursos de salud absolutamente escasos en una pandemia de COVID 19

Valores éticos y principios rectores	Aplicabilidad en la pandemia de COVID 19
<p><b>Maximizar beneficios</b>                      Salvar el mayor número de vidas                      Maximizar el pronóstico (la mayor cantidad de años de vida)</p>	<p>Alta prioridad</p> <p>Alta prioridad</p>
<p><b>Tratar a todos equitativamente</b>                      Primera llega-Primero se atiende                      Prioridad de atención aleatoria</p>	<p>No se recomienda su uso en pacientes con pronóstico similar</p>



<b>Promover el beneficio para otros</b>	Priorizar al personal sanitario para dar continuidad a la atención
<b>Priorizar la atención a los más vulnerables</b> Los más graves Los más Jóvenes	Usar cuando se alinea para maximizar beneficios

## h) Indicador

### 1.- PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RECIBEN MANEJO SINTOMATICO CON OPIOIDES

$$\frac{\text{Nº DE PACIENTES QUE RECIBEN MANEJO SINTOMATICO CON OPIOIDES X 100}}{\text{Nº TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS}}$$

### 2.- PORCENTAJE DE PACIENTES EN SITUACION DE ULTIMOS DIAS QUE RECIBEN MANEJO SINTOMATICO CON OPIOIDES.

$$\frac{\text{Nº DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS QUE RESIBEN MANEJO SINTOMÁTICO CON OPIOIDES X 100}}{\text{Nº TOTAL DE PACIENTES FALLECIDOS}}$$

### 3.- PORCENTAJE DE PACIENTE QUE RECIBEN SEDACION PALITIVA.

$$\frac{\text{Nº DE PACIENTES QUE RECIBEN SEDACIÓN PALIATIVA X 100}}{\text{Nº TOTAL DE PACIENTES FALLECIDOS}}$$

### 4.- PORCENTAJE DE FAMILIARES QUE RECIBEN INFORMACION SOBRE SITUACION FINAL DE VIDA DEL PACIENTE.

$$\frac{\text{Nº DE FAMILIARES QUE RECIBEN INFORMACIÓN SOBRE SITUACIÓN FINAL DE VIDA DEL PACIENTE X 100}}{\text{Nº TOTAL DE PACIENTES FALLECIDOS}}$$



*[Handwritten signature]*

## 6.2. RECOMENDACIONES

### 6.2.1 Recomendaciones Generales

Proporcionar una Cualquier persona, independientemente de su edad y enfermedad, tiene derecho a recibir asistencia sanitaria adecuada y la intensidad de esta se determinará, según criterios objetivos y expectativas de resolución del proceso, con buena calidad de vida y funcionalidad.

La edad biológica no debería ser un criterio para la limitación del esfuerzo terapéutico.



## a) Cuidados para los Profesionales

Los cuidados en salud deben contemplar diversas dimensiones: las relativas a la ejecución instrumental del cuidado, los saberes específicos/técnicos para el desempeño de tareas de cuidados, las etapas evolutivas y transiciones vitales que requieren cuidados, los gestos de afecto en el cuidado, los cuidados de larga duración y sus desgastes, los descuidos y sus consecuencias, los diferentes actores sociales del cuidado, el cuidado de los que cuidan, etc. *Todos somos potenciales sujetos requirentes y proveedores de cuidados*, por lo cual, son de fundamental importancia las relaciones sociales que lo apuntalen. Ante situaciones disruptivas como las actuales, frente a una pandemia globalizada que impone un aislamiento social obligatorio, las personas reaccionamos de maneras diversas, vivenciamos sensaciones nuevas e intensas, intentamos dar respuestas a las exigencias de los roles sociales que ocupamos con estilos de afrontamientos singulares y colectivos. Influenciados por los mecanismos de sobre conectividad e información instantánea, nuestras emociones también se suceden ininterrumpidamente sin espacio reflexivo. Como trabajadores de la salud *el primer eslabón de cuidado debería ser "el cuidado de sí"*.

Foucault dirá que «el cuidado de sí es una mirada sobre uno mismo, de tal suerte que solo puedo cuidar al otro en tanto logro el cuidado de sí mismo [...]»<sup>7</sup>, la inquietud de sí debe consistir en el autoconocimiento. Cuidarse a sí mismo es ir al encuentro de uno mismo en contexto. Es decir, que en situaciones como las que atravesamos en nuestra actualidad para poder cuidar al otro, vulnerable, con miedo, con incertidumbre, debemos conocer esas experiencias en nosotros mismos para lograr aproximarnos a una respuesta que brinde subjetivación al cuidado y al cuidador.

- En contextos de pandemia poder ensayar preguntarnos por el proceso del final de la vida, la muerte, el aislamiento social/importancia de nuestros afectos y la discontinuidad del contacto físico.
- Proponernos revisar las cargas de trabajo, las condiciones y medio ambiente de trabajo, el impacto sobre el propio cuerpo y el malestar laboral.
- Reconocer algunos de los factores que propician el síndrome de Burnout como: sensación de tedio - desinterés/desatención en la tarea - dificultades en la organización - despersonalización - cansancio emocional - falta de realización personal.

## b) Recomendaciones de Buena Comunicación

La manera en la que debemos comunicar será clave para que el paciente o la familia se sientan acompañados y seguros con el equipo asistencial. El contexto de pandemia impone presión por: falta de tiempo, falta de espacio o de un lugar más privado. Igualmente, notaremos que las medidas de protección son barreras

*JLP*



para la comunicación no verbal, tan importante para confortar a quien está recibiendo la noticia. Podemos señalar 4 consejos del modelo de comunicación paliativa a ser considerados por el profesional de la salud en momentos de dar malas noticias:

- **Atención al impacto propio impacto emocional del profesional:** es importante registrar la incomodidad que nos genera afrontar esa comunicación, con qué vivencias personales nos confrontamos frente al contenido de la información a brindar y, con qué elementos dentro del intercambio con el paciente y sus familiares nos sentimos más seguros.

- **Escucha activa, práctica reflexiva:** disponer una actitud de escucha, dar lugar al otro para desplegar sus inquietudes y retomar las mismas como parte del proceso reflexivo y de revisión de las decisiones que se están tomando de manera compartida. ¡Escuchar antes que hablar!

- **Silencios:** permitir que el espacio de silencio puede ser necesario a modo de pausa y jerarquización de la información transmitida. Habilita a quien está siendo anoticiado a que se inicien los procesos internos de aceptación y adaptación a la situación. Nos da permiso a no llenar los vacíos y poder legitimar que no contamos con todas las respuestas.

- **Nombrar la emoción:** es de importancia para quien está recibiendo una mala noticia percibir contención y respeto por parte del equipo de salud. Una forma de manifestarlo es a través de la compasión, registrar el sentir del otro, nombrar esas emociones que se perciben para ofrecerle espacio donde desplegar y aliviar lo más posible su sufrimiento.

**Pasos claves para informar a la familia que la muerte es inminente y establecer un plan de atención:**

Inicie la conversación presentándose y pidiendo permiso para continuar:  
*«¿Puedo hablar con usted sobre lo que le está sucediendo a su ser querido?»*

1. Evalúe la comprensión de la familia sobre la enfermedad: *«¿Cómo comprende la situación de su ser querido con respecto a esta enfermedad?»*

2. Comparta el pronóstico: *«desearía que fuera diferente, pero me preocupa que don (doña), (intentar poner el nombre del paciente) esté muy enfermo.*

3. *y no pueda recuperarse de esta enfermedad. A la fecha no tenemos ningún tratamiento que pueda curar esto, y es posible que no nos acompañe por mucho tiempo».*



4. Evalúe las expectativas y deseos: *«¿cuáles son sus objetivos, después de la información que he compartido con usted?»*
5. Establezca un plan: *«nuestra recomendación es que nos centremos en brindarle atención que garantice que su familiar se sienta cómodo y pueda estar con sus seres queridos de alguna forma, aunque no se pueda estar en contacto físico directo debido al aislamiento de contacto».*
6. Asegure empáticamente que: *«vamos a hacer todo lo posible para que esté aliviado en todo momento y no sufra.»*
7. Una vez que el familiar ha entendido la situación real del estado de salud de su paciente —y los médicos tratantes hayan realizado una evaluación adecuada y determinado que el paciente no es tributario para acceder a UTI— o, en su defecto, no hay recursos disponibles en nuestro hospital y en otras instituciones de salud, se hará firmar el consentimiento informado para manejo paliativo. (anexo 4)
8. Cierre la conversación: *«estaremos aquí para tratar y apoyar al paciente y su familia.»*

**Algunas sugerencias para el cuidado colectivo de los trabajadores de la salud:**

- Fortalecer el trabajo en equipo, no quedar a solas en la atención, comunicación y toma de decisiones.
- Consolidar el trabajo colaborativo y en red, de no ser posible presencialmente, contactarse con referentes y colegas que puedan favorecer la praxis.
- Reconocer los propios límites, ya sea del profesional, del equipo de salud, del sistema de salud, de la situación de enfermedad, de la finitud.
- Saber aceptar cuando es el momento de delegar, de replegarse para recuperar fuerzas y retomar la práctica con más claridad. Colaborar en el monitoreo de los compañeros de trabajo.
- No perder de vista las diferentes dimensiones de las personas que requieren atención, inclusive de nosotros mismos: física, psicológica, social, espiritual, etc. Favorecer la interdisciplina. Promover espacios cotidianos de intercambio y reflexión entre pares. Habilitarse a compartir las emociones.



- No perder la brújula que proporciona una práctica sanitaria desde la perspectiva de los derechos humanos, la ética del cuidado y la humanización del modelo de atención.

## VII. RESPONSABILIDADES

El Director del establecimiento de salud y el Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos, de nuestra institución, están obligados bajo responsabilidad a dar cumplimiento a la presente Guía Técnica, en lo que corresponda; así mismo el responsable de iniciar, revisar y aprobar el manejo paliativo del paciente es el médico tratante conjuntamente con los médicos de la unidad de cuidados paliativos.

## VIII. DISPOSICIÓN FINAL

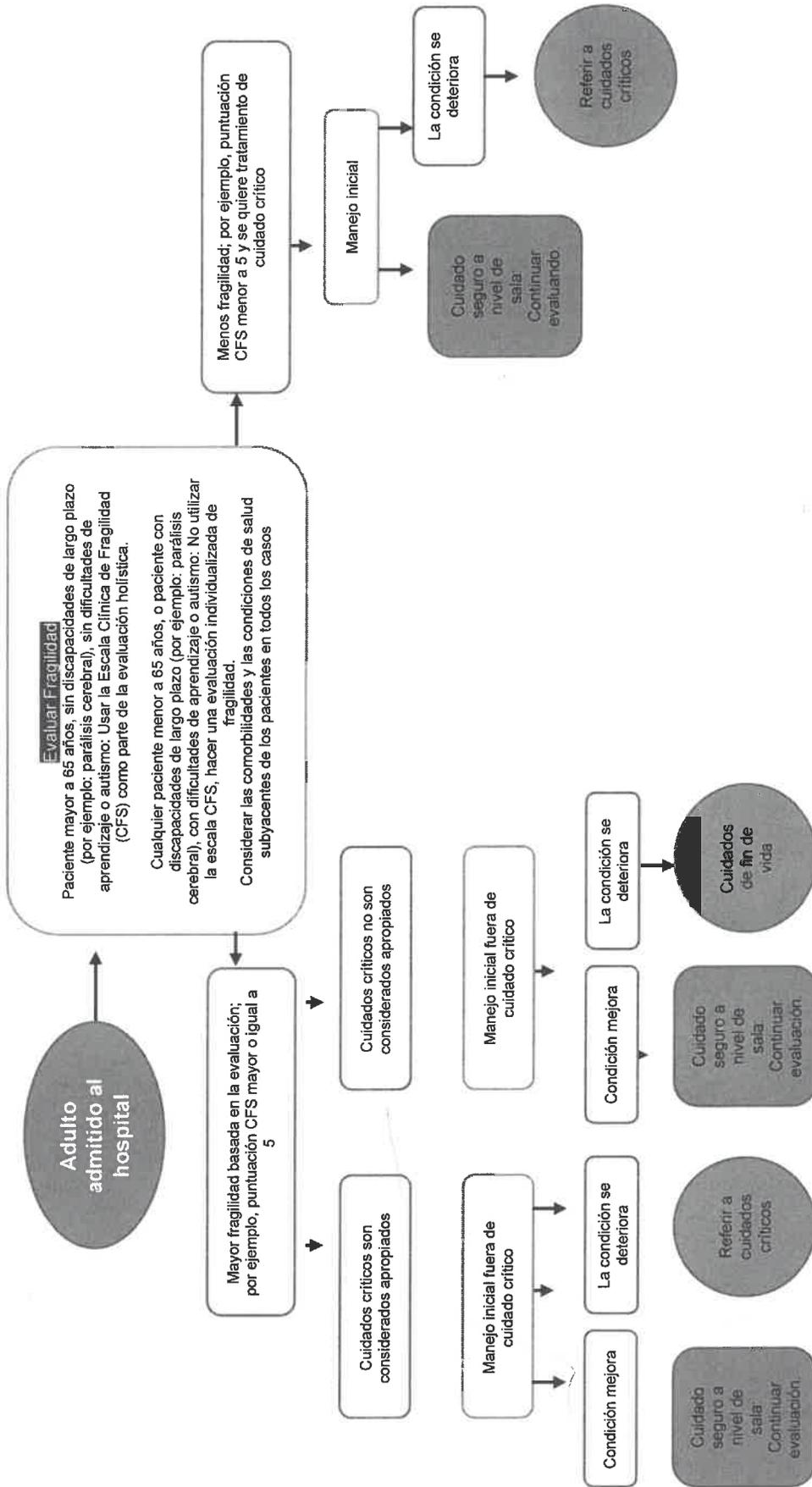
La información contenida en el presente Documento se encuentra sujeta a modificaciones en tanto nueva información a nivel internacional esté disponible y por cambios en el escenario epidemiológico de nuestro país.



A handwritten signature in black ink, located to the left of the official stamp.



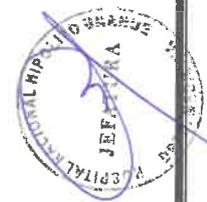
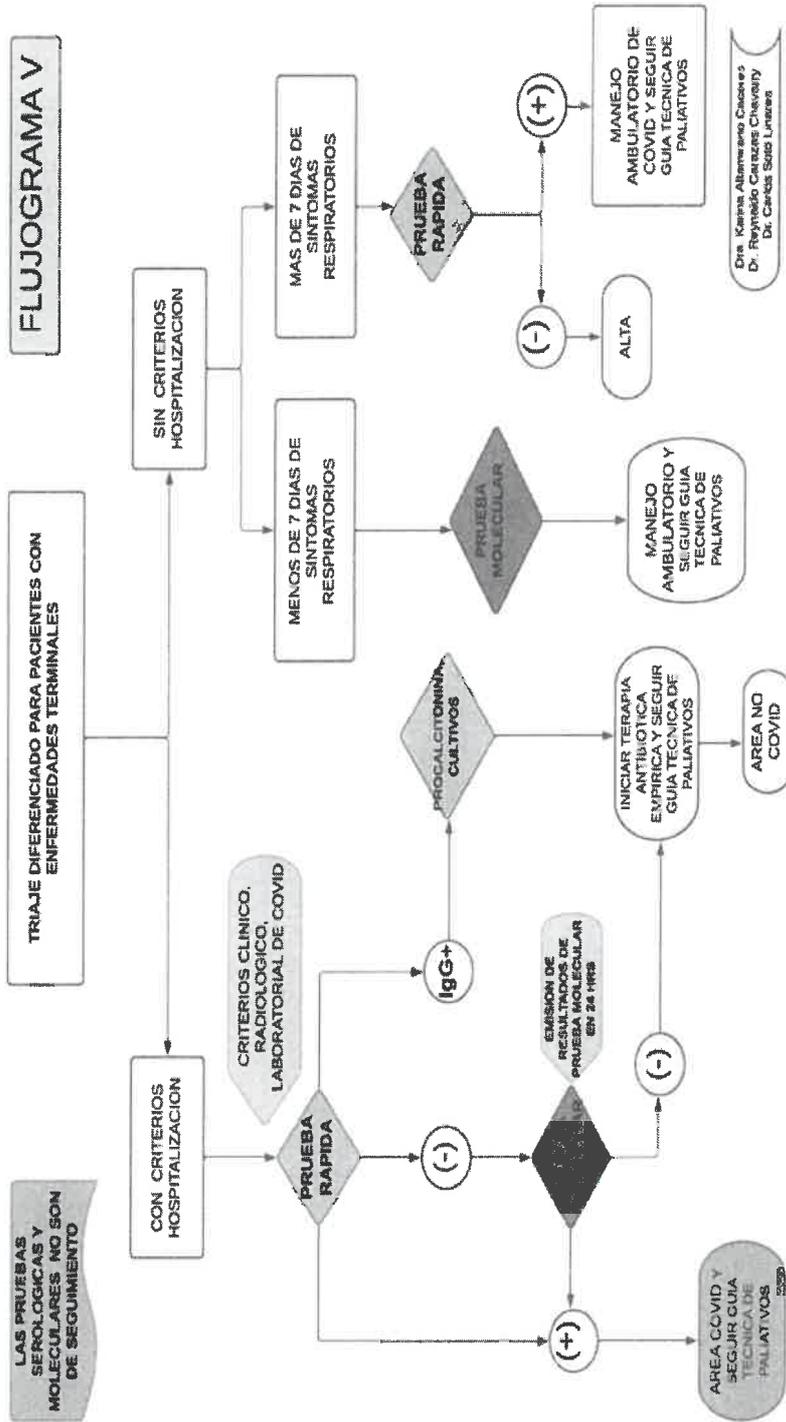
**ANEXO N° 2: NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE**



*[Handwritten signature]*

### IX. ANEXOS

## ANEXO N° 1: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A PACIENTE CON ENFERMEDADES TERMINALES

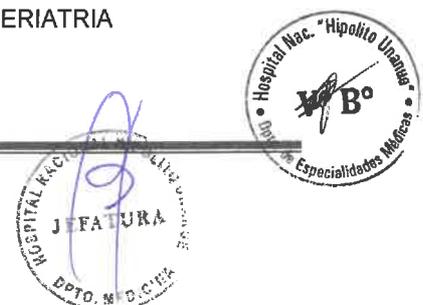


### ANEXO N°3: ESCALA CLÍNICA DE FRAGILIDAD (CFS)

	<p><b>1. En muy buena forma:</b> Personas robustas, activas, energicas y motivadas. Estas personas comúnmente hacen ejercicio regularmente. Se encuentran entre los más aptos para su edad.</p>		<p><b>5. Moderadamente frágil:</b> Las personas necesitan ayuda en todas las actividades instrumentales y con mantenimiento de la ABVD. Adentro, ellos a menudo tiene problemas con las escaleras y necesita ayuda con bañarse y puede necesitar asistencia mínima (curado, en espera)</p>
	<p><b>2. En forma:</b> Personas que no tienen una enfermedad activa síntomas pero están menos en forma que la categoría 1. A menudo, ellos hace ejercicio o es muy activo ocasionalmente, por ejemplo según la temporada</p>		<p><b>7. Muy frágil:</b> Completamente dependiente de cuidado personal, por cualquier causa (física o cognitivo). Aun así, parecen estables y no en alto riesgo de morir (dentro de ~ 6 meses).</p>
	<p><b>3. En buen estado</b> Personas cuyos problemas médicos están bien controlados, pero no están activos regularmente más allá de la rutina de caminar.</p>		<p><b>8. Muy gravemente frágil:</b> Completamente dependiente, acercándose al final de la vida. Por lo general, podrían No recuperarse incluso de una enfermedad menor.</p>
	<p><b>4. Vulnerable:</b> Aunque no depende de otros para ayuda diaria, a menudo los síntomas limitan las actividades. Una queja común se está "ralentizando" y / o está cansado durante el día.</p>		<p><b>9. Enfermedad terminal:</b> Acercarse al final de la vida. Esta categoría se aplica a personas con una esperanza de vida &lt; 6 meses, que no son evidentemente frágiles.</p>
	<p><b>6. Ligeramente frágil:</b> estas personas a menudo tienen más evidente desaceleración, y necesitan ayuda en AVD de alto orden (finanzas, transporte, tareas domésticas pesadas, medicamentos). Típicamente, la fragilidad leve deteriora progresivamente ir de compras y caminar afuera solo, preparación de comidas y tareas domésticas.</p>		

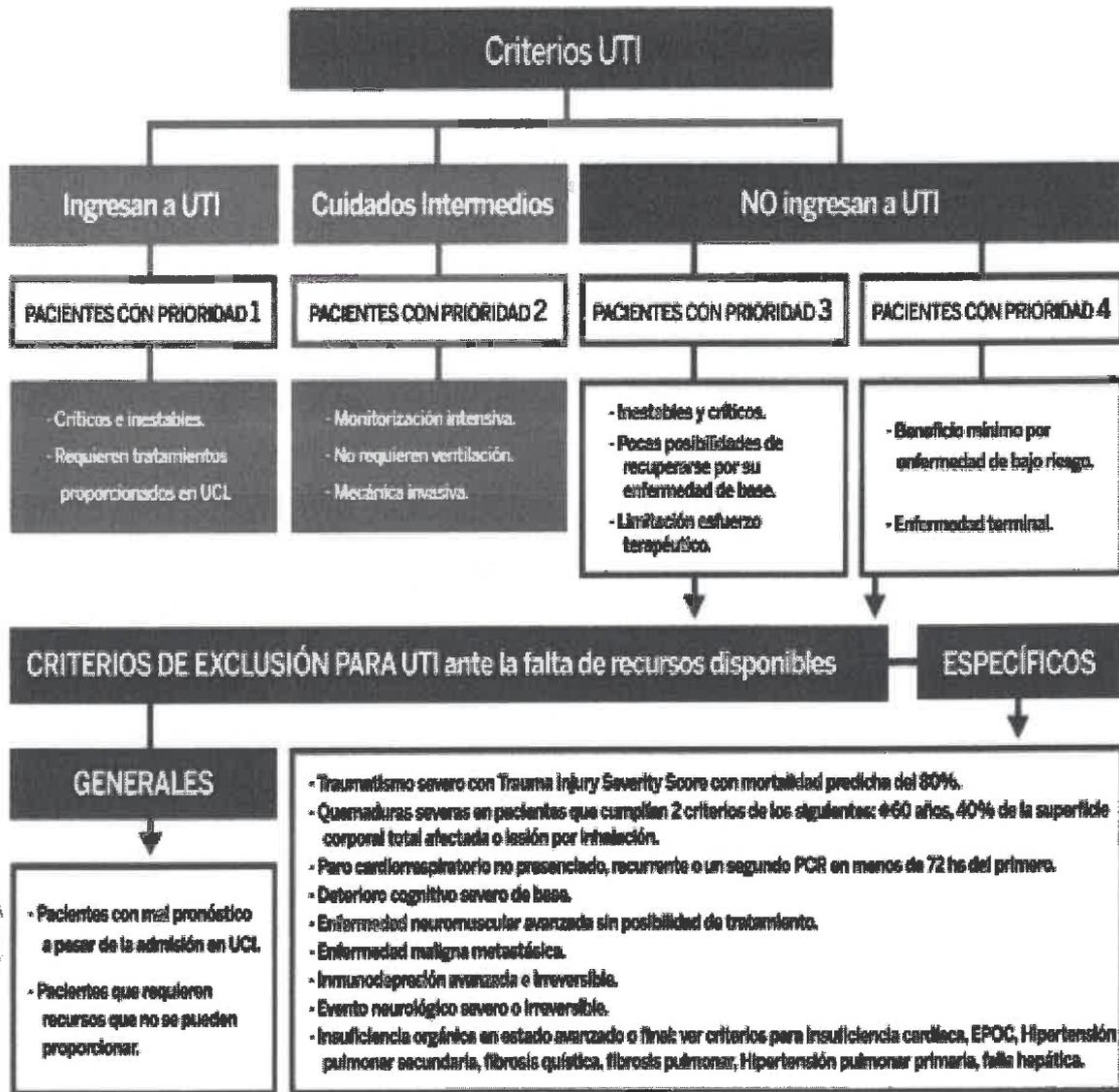
*[Handwritten signature]*

FUENTE: ESCALA DE FRAGILIDAD DE LA SOCIEDADA ESPAÑOLA DE GERIATRIA



Hospital Mac. "Hipólito Urdaneta"  
 JEFATURA  
 DPTO. MEDICINA  
 Hospital Mac. "Hipólito Urdaneta"  
 Especialidades Médicas

# ANEXO N° 4: ALGORITMO PARA LA TOMA DE DECISIONES EN SITUACIÓN DE PANDEMIA POR COVID19 ANTE LA FALTA DE RECURSOS



*[Handwritten signature]*



FUENTE: TOMADO DE SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITAL TORNU/DEPARTAMENTO DE BIOETICA UNIVERSIDAD AUSTRAL

**ANEXO N°5: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Nombre Paciente: ..... Edad: .....Sexo:.....  
Diagnóstico de Ingreso: ..... N.° SIS: .....

Los cuidados paliativos se encargan de la atención integral, activa del paciente y sus familiares, realizada por un equipo multidisciplinario, cuando la expectativa no es la curación si no controlar los síntomas y dar calidad de vida a los pacientes.

La Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Hipólito Unanue, se encarga de prestar atención integral a los pacientes que sean requirentes de atención paliativa en tiempos de pandemia por COVID 19 , tanto oncológica como no oncológica, así como con criterios de terminalidad, que precisan cuidados de soporte al final de la vida.

1- Dejo constancia que he sido ampliamente informado por mi médico/a tratante sobre la evolución actual de la enfermedad de mi familiar, la que consiste en una infección por el virus COVID-19 conocido como Nuevo Coronavirus, según evaluación médica no es tributario de ventilación mecánica O INGRESO A la Unidad de terapia intensiva, por lo cual requiere tratamiento PALIATIVO.

2- Me han explicado y he comprendido en qué consiste la atención Paliativa, la cual se describe:

- a. Atención médica para control de síntomas
- b. Atención de enfermería.
- c. Información permanente del estado del paciente al familiar-cuidador principal.
- d. Asistencia psicológica.
- e. Soporte espiritual.

Lima ..... de..... del año .....

.....  
.....

Firma del Tutor o paciente



Huella digital

.....  
Firma del médico tratante  
CMP:.....

**DENEGACIÓN O REVOCACIÓN**

Yo \_\_\_\_\_ Familiar/representante legal del paciente en pleno uso de mis facultades NO OTORGO el consentimiento, asumiendo los riesgos y consecuencias de mi decisión.

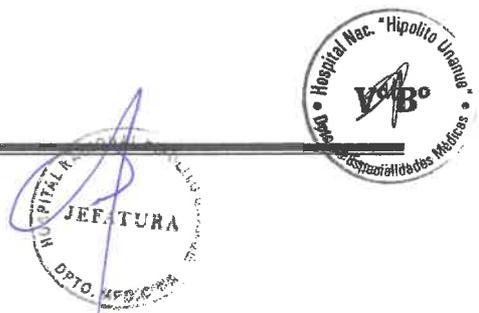
.....  
.....

Firma del Tutor o paciente



Huella digital

.....  
Firma del médico tratante  
CMP:.....



## X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. - RECOMENDACIONES DE ATENCIÓN A PACIENTES GRAVES O ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA EN LA CRISIS DEL COVID-19, Instituto Pallium Latinoamerica, Medicina paliativa marzo 2020.

2. - COVID-19 rapid guideline: critical care in adults NICE guideline [NG159]  
Published date: 20 March 2020 Last updated: 09 April 2020.

3.-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.

4.- RECOMENDACIONES PSICOLÓGICAS PARA AFRONTAR LA PANDEMIA Facultad de Psicología de la UBA.

5. - Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide ISBN 978-92-4-151446-0.

6.- Garcés G. Luis; Giraldo Z. Conrado. (enero – junio de 2013). El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. Discusiones Filosóficas, 14(22), 187 - 201. Recuperado el 20 de julio de 2020, de <http://www.scielo.org.co/pdf/difil/v14n22/v14n22a12.pdf>

7.-Paz C. J.; Torres L. A. (2019). Uso de la escala CFS (Clinical Frailty Scale), como factor pronóstico en adultos mayores admitidos a la unidad de cuidados intensivos. Universidad el Bosque. Bogotá: USS Hospital Santa Clara. Subred Centro Oriente. Recuperado el 20 de julio de 2020, de [https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/1885/Paz\\_Carriazo\\_Jorge\\_Fernando\\_2018.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/1885/Paz_Carriazo_Jorge_Fernando_2018.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

8.-Ramsay MA.E, Savege TM, Simpson BR.J, Goodwin R. (1974 ). *Controlled sedation with alphaxalone-alphadalone*. (2.da ed.). Londres, Inglaterra: BJM. Recuperado el 20 de Julio de 2020

9.-SECPAL. (12 de agosto de 2019). Guía de cuidados paliativos. Obtenido de Sociedad Española de Cuidados Paliativos: <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>

10. Vera Carrasco, O. El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. Rev. Méd. La Paz vol.22 no.1 La Paz 2016. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582016000100010](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010)

11. CDC (Center for Disease Control and Prevention) People at Increased Risk

And Other People Who Need to Take Extra Precautions, tomado de: [https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/index.html?CDC\\_AA\\_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fspecific-groups%2Findex.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fspecific-groups%2Findex.html)

