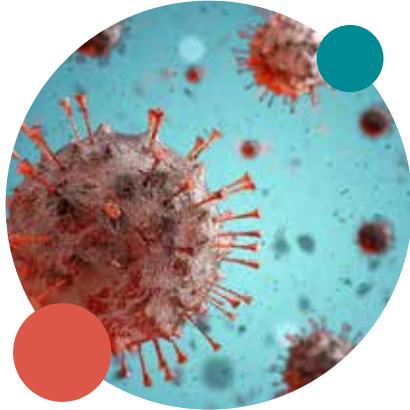


RECOMENDACIONES

**DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE CUIDADOS PALIATIVOS
PARA LA ATENCIÓN CLÍNICA
DE PACIENTE DURANTE
LA PANDEMIA POR SARS
COV-2 /COVID-19**



INTRODUCCIÓN

El presente documento contiene una serie de recomendaciones basadas en la evidencia disponible a la fecha. Estas guías tienen como fin facilitar la atención clínica de pacientes con infección por SARS CoV-2 / COVID-19 que tengan necesidades paliativas, para ser ejecutadas por profesionales de la salud en los diferentes niveles de atención.

Durante la pandemia por SARS CoV-2 / COVID-19 los cuidados paliativos permiten brindar atención y apoyo a los pacientes y a quienes están cerca de ellos (familiares y personal de la salud) al optimizar herramientas para el control eficaz de los síntomas, la promoción de la calidad de vida, la toma de decisiones complejas y la atención integral de la salud física, psicológica, social y espiritual.

ATENCIÓN PALIATIVA PARA PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS CoV-2 /COVID-19



Cuales son los grupos de poblaciones que se benefician de atención por cuidados paliativos durante la pandemia por SARS CoV-2 /COVID-19?

1. Población con enfermedades crónicas, progresivas, irreversibles e incurables, que reciben manejo de soporte y que la infección por COVID 19 puede exacerbar la enfermedad coexistente o retar la baja reserva funcional y fisiológica suficiente como para producir el fallecimiento.
2. Población con o sin patologías crónicas de base que adquieren infección por COVID-19 en quien se requiere planificación del escenario de atención incluido el triage, así como guía para establecer conversaciones difíciles que ayuden a la coordinación de la atención y a establecer objetivos terapéuticos individuales.
3. Población con o sin patologías crónicas de base que adquieren COVID 19 con documento de voluntades anticipadas con disentimiento de medidas invasivas (ventilación mecánica, unidad de cuidados intensivos) y se requiere intervención por presencia de síntomas severos, refractarios o en inminencia de falla respiratoria.
4. Población con o sin patologías crónicas de base que adquieren COVID 19 severo, no tributario a medidas invasivas (ventilación mecánica, unidad de cuidados intensivos), que requiere manejo de soporte sintomático e intervención integral interdisciplinaria al paciente y su familia

5. Población con o sin patologías crónicas de base que adquieren COVID 19 desarrollando síntomas severos, con curso refractario a manejo médico y en quien se requiere reorientación de objetivos terapéuticos hacia medidas de confort, incluido el desmonte de ventilación mecánica.
6. Profesionales de la salud que atienden pacientes con COVID 19 en los diferentes niveles de atención y requieren apoyo en la toma de decisiones difíciles junto con los servicios tratantes y los comité de ética, en la reorientación de los objetivos terapéuticos, y en la comunicación de malas noticias.
7. Familiares de pacientes con COVID 19 que requieren apoyo en conversaciones sobre la toma de decisiones junto con el servicio tratante, el intercambio de información clínica y pronóstica, así como el acompañamiento en duelo.



Cúal es la importancia de establecer las voluntades anticipadas al momento del ingreso de paciente con infección por SARS CoV-2 / COVID-19?

Las conversaciones honestas y oportunas sobre las preferencias y prioridades de la persona, incluidas las decisiones anticipadas sobre el tratamiento (ventilación mecánica, unidad de cuidado intensivo), son parte de la planificación anticipada de la atención para cualquier persona que tenga una enfermedad progresiva que limita la vida.

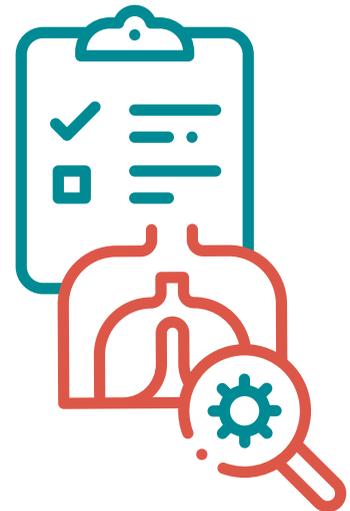
En el contexto de las personas que tienen enfermedad grave por infección por SARS CoV-2 / COVID-19 dichas conversaciones deben iniciarse lo antes posible para que se pueda desarrollar un plan de atención y apoyo personalizado. Esto deberá revisarse de manera periódica a medida que cambie la situación clínica. Las familias y las personas cercanas a la persona deben participar en estas discusiones en la medida de lo posible y de acuerdo con los deseos de la persona.

Esta es una buena práctica estándar en cuidados paliativos y al final de la vida. En este contexto, es probable que la persona presente un deterioro rápido, por lo que la oportunidad de debatir y participar en la toma de decisiones puede ser limitada o pérdida. El equipo de Cuidados Paliativos institucional puede brindarle apoyo para la realización de este abordaje.

CONTROL DE SÍNTOMAS

Debemos proporcionar un buen control de síntomas para todos los pacientes dado que las consecuencias de no brindar atención de confort en una pandemia son graves: primero, va en contra de uno de los principios clave del proceso de clasificación en escenarios de pandemia: el concepto que todos los pacientes deben ser atendidos. Segundo, si el personal de salud se enfrenta ante situaciones de pacientes en sufrimiento sin las herramientas para su alivio, tiene como consecuencia tasas más altas de agotamiento del personal.

Los síntomas clínicos suelen ser respiratorios sin embargo la fiebre es un síntoma muy frecuente, así como el delirio en especial en pacientes con mayores factores de riesgo o comorbilidades. Los síntomas clínicos más frecuentes documentados, son la fiebre (88.7%, IC 95% 84.5-92.9%), tos (57.6%, IC 95% 40.8-74.4%) y disnea (45.6%, IC 95% 10.9-80.4%). Estos síntomas en especial en la población con factores de riesgo pueden llegar a ser muy significativos y afectar calidad de vida, por lo cual se recomienda evaluar estos síntomas sistemáticamente en las evoluciones clínicas y dejar pautados tratamientos farmacológicos por horario y a necesidad para el control de estos dado su impacto en la calidad de vida.



Estas recomendaciones asumen que el paciente está recibiendo el manejo apropiado para infección por SARS CoV-2 / COVID-19 y por tanto, que se han considerado y manejado las causas reversibles de sus síntomas, por ejemplo el manejo antibiótico en caso de una sobreinfección bacteriana puede mejorar la fiebre, la tos, disnea entre otros síntomas; así mismo al optimizar el tratamiento de las comorbilidades se pueden mejorar diversos síntomas del paciente.



Cuáles son los síntomas comunes que presentan el paciente con infección por SARS CoV-2 / COVID-19 que tienen impacto en la calidad de vida y cuales son las recomendaciones para el control sintomático?

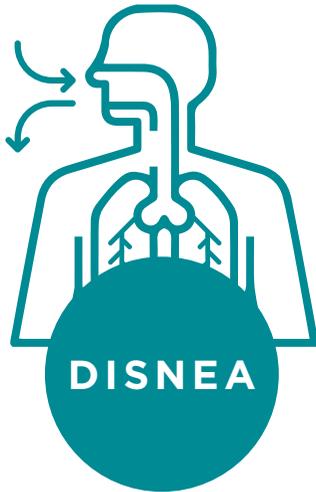
Los principales síntomas que van a requerir manejo sintomático de manera simultánea a los tratamientos de la enfermedad son: disnea, delirium, tos y fiebre. Se recomienda evaluar estos síntomas sistemáticamente en las evoluciones clínicas y dejar pautados tratamientos farmacológicos por horario y a necesidad para el control de estos.



- Se recomienda para el manejo sintomático el uso de Acetaminofén oral o en caso de no tolerancia a la vía oral su uso venoso, a dosis de 1 gr cada 8 horas. Considerar reducción de dosis en paciente anciano frágil, presencia de falla renal, elevación de transaminasas o peso <50 kg.
- En caso de refractariedad al síntoma puede considerarse el uso de Metamizol (Dipirona) a necesidad sin superar dosis día de 5 gr en 24 horas.
- Como medidas no farmacológicas se puede hacer uso de medios físicos como enfriar el rostro con un pañuelo o franela fría.

MEDICAMENTOS USADOS PARA CONTROL DE SÍNTOMAS COVID-19

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	INDICACIÓN	DOSIS ADULTOS	COMENTARIOS
Acetaminofén	<ul style="list-style-type: none"> • Ampollas 1 gr • Ampollas 500mg • Tabletas 500 mg • Jarabe 160mg/5ml • Jarabe 250mg/5ml 	Fiebre – Dolor	500 – 1000 mg cada 8 horas oral o IV	Considerar reducción de dosis en paciente anciano frágil, presencia de falla renal, elevación de transaminasas o peso <50 kg
Dipirona	Ampollas 1 gr	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre – Dolor • Solo sí el síntoma es refractario 	1 gr IV aplicar a necesidad.	Administración lenta por efecto hipotensor. No uso en leucopenia o trombocitopenia.
Dihidrocodeína	Jarabe 12mg/5ml	Tos	5ml cada 8 horas	
Codeína	Tab 8 – 30 mg en combinación con Acetaminofen 325 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Tos • Dolor leve a moderado 	30 mg cada 8 – 6 horas	Evitar su uso en falla renal
Hidrocodona	Tab 5 -7,5 -10 mg combinación con Acetaminofen 325 mg	Dolor leve a moderado	5 mg cada 6 – 8 horas	
Morfina	<ul style="list-style-type: none"> • Ampollas 10mg/ml • Solución oral 3% (30mg/ml) 	<ul style="list-style-type: none"> • Disnea moderada a severa • Tos refractaria • Dolor severo adultos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tos: 1- 2 mg IV/SC cada 6 - 8 hrs. • Disnea o dolor: 2- 3 mg IV/C cada 6 horas. 	Vigilar signos de neurotoxicidad y en caso de presentarse reducir dosis un 50% e hidratar.
Oxicodona	<ul style="list-style-type: none"> • Ampollas 10mg/ml • Tabletas 10 mg 	<ul style="list-style-type: none"> • Disnea moderada a severa • Tos refractaria • Dolor severo adultos 	1- 2 mg IV/SC cada 6 -8 hrs.	Vigilar signos de neurotoxicidad y en caso de presentarse reducir dosis un 50% e hidratar.
Hidromorfona	Ampollas 2mg/ml	<ul style="list-style-type: none"> • Disnea moderada a severa • Tos refractaria • Dolor severo adultos 	0,2 mg IV/SC cada 6 hrs.	Vigilar signos de neurotoxicidad y en caso de presentarse reducir dosis un 50% e hidratar.
Haloperidol	Ampollas 5mg/ml	Delirium	0,5 a 1 mg IV/SC cada 8 -12 hrs	Considerar NO uso en caso que el paciente se encuentre en tratamiento con cloroquina o hidroxicloroquina
Quetiapina	Tabletas 25 mg	Delirium	12,5 a 25 mg oral en la noche	Considerar NO uso en caso que el paciente se encuentre en tratamiento con cloroquina o hidroxicloroquina
Levomepromazina	Gotas 40mg/ml	Delirium	4 a 6 gotas oral en la noche	Considerar NO uso en caso que el paciente se encuentre en tratamiento con cloroquina o hidroxicloroquina
Olanzapina	Tab 5 – 10 mg	Delirium	2,5mg – 5 mg en la noche. Dosis max 20 mg	
Midazolam	Ampollas 5mg/ml	<ul style="list-style-type: none"> • Delirium • Ansiedad asociada a disnea severa 	1-2 mg IV/SC	Algunos pacientes pueden presentar reacciones paradójicas como agitación, delirio o sedación excesiva
Lorazepam	Comprimidos 1 mg y 2 mg	Delirium	1 mg oral	Algunos pacientes pueden presentar reacciones paradójicas como agitación, delirio o sedación excesiva

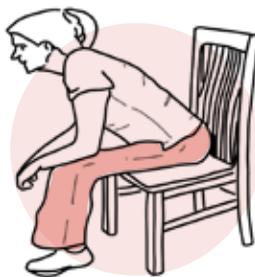


- El uso de oxígeno suplementario disminuye la sensación de disnea en pacientes con hipoxemia.
- Las medidas no farmacológicas juegan un rol importante en el manejo de la disnea, se debe indicar un adecuado posicionamiento del paciente, al estar sentado recomendar una posición recta o inclinada hacia delante, al estar acostado se sugiere la posición prono. Hacer uso de técnicas de relajación.
- Los opioides reducen la percepción de disnea: se recomienda el uso de morfina 1-2 mg SC/IV cada 4 horas, si tolera bien las 2 primeras dosis, iniciar infusión 12 mg en 24 horas (0,5 mg/h) para casos leves y 24 mg en 24 horas (1mg/h) en casos moderados. Usar dosis adicionales, que sean iguales al 10% de la dosis total y titular dosis de acuerdo a su necesidad. Si esta infusión no es suficiente proceder al incremento del 30% de la dosis pasadas las primeras 6 hrs. Vigilar signos de neurotoxicidad y en caso de presentarse reducir dosis un 50% e hidratar.
- En caso falla renal o intolerancia considerar Hidromorfona 0.3 - 0.4 mg SC/IV cada 4 horas o el uso de Oxidodona SC/IV en mismo protocolo que morfina.
- En caso de agitación o inquietud secundaria a la disnea, se puede adicionar midazolam 2 mg SC/IV a necesidad.
- Pacientes en fin de vida con síntomas refractarios considerar inicio de sedación paliativa (ver adelante).

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO



Inclinarse hacia adelante 1



Inclinarse hacia adelante 2



inclinación hacia adelante adaptada para acostarse



inclinación hacia adelante adaptada para sentarse



DISNEA

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

No se recomienda el uso de abanicos o ventiladores de mano

Adecuado posicionamiento del paciente, posición recta o inclinada hacia delante o prono

Técnicas de relajación

MANEJO FARMACOLÓGICO

Oxigenoterapia:

Tratamiento hipoxemia

Opioides:

Reducen la percepción de disnea:

Benzodiacepinas:

Solamente en caso de agitación o inquietud asociada



MORFINA

Morfina 1-2 mg IV/SC cada 4 hrs por 2 dosis
 Si el paciente está recibiendo morfina aumentar 25%

Infusión 12mg/24hrs. en casos leves
 Infusión 24mg/24hrs en casos moderados a severos.

Dosis adicionales en caso de crisis (rescates) Se pauta 10% de la dosis total día

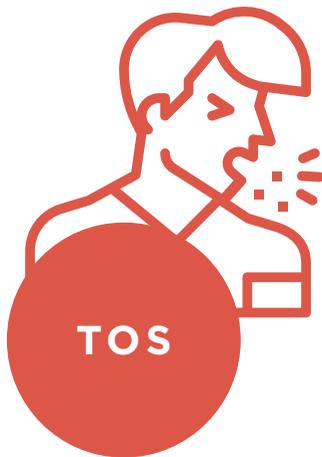
Si no mejora: Aumento 30% de la dosis pasadas las primeras 6 hrs

Vigilar neurotoxicidad

midazolam
 2 mg SC/IV
 a necesidad

Dosis mas bajas en mayores y/o frágiles o falla renal moderada o grave.

En ese caso reducir dosis de morfina 50% e hidratar



La tos es uno de los síntomas más frecuentes, en algunas series hasta en el 68% de los casos. Se debe considerar cada uno de los escenarios clínicos para su tratamiento, al ser un síntoma tan frecuente se puede presentar incluso en el paciente ambulatorio y requiere medicamentos para el control sintomático.

- En el paciente ambulatorio: Manejo farmacológico inicial se recomienda con antitusivos o uso de Codeína.
- Como alternativas no farmacológicas se recomienda mantener una adecuada humidificación del oxígeno suplementario.
- Si no hay disnea asociada, el manejo farmacológico inicial se recomienda con dihidrocodeína (12.1 mg/5ml): 5 ml cada 8 horas o Acetaminofén + Codeína (325/8-30 mg cada 6 - 8 horas), en caso contrario ajustar opioide sistémico.
- Si las medidas orales no son eficaces suspenderlos e iniciar morfina 1-2 mg SC/IV cada 4 horas, se puede aumentar dosis un 30% hasta conseguir alivio. Si el síntoma es severo se puede usar una infusión igual que para la disnea.



No se recomienda el uso rutinario de corticoesteroides para el manejo de la tos.



SECRECIONES BRONQUIALES

Las secreciones respiratorias pueden ser difíciles de controlar y alterar de manera importante la calidad de vida, particularmente en el contexto de patología pulmonar subyacente.

- Se recomienda el uso de butilbromuro de hioscina 20 mg IV/SC cada 6 a 8 horas.
- Se recomienda el uso de Bromuro de ipratropio cada 6 a 8 horas, siempre en inhalador de polvo seco.
- Se recomienda **no realizar** las estrategias de fluidificación de secreciones.
- Se recomienda **no usar** medicamentos nebulizados por aumento de aerosolización.

Con respecto al delirium la probabilidad de que ocurra delirium multifactorial en esta población es relativamente frecuente en especial en situaciones de fin de vida, los síntomas de delirium pueden estar acompañados de agitación y/o inquietud. El manejo de este síntoma puede ser complicado y provocar intenso malestar en el paciente, familiares y el personal de salud



DELIRIUM

- Siempre usar estrategias de prevención no farmacológicas y realizar búsqueda activa en cada valoración del paciente.
- Identificar y tratar posibles causas.
- Asegurar una adecuada orientación: recordar fecha, hora, lugar, mantener cerca dispositivos de ayuda visual y/o auditivas como gafas y auriculares respectivamente.

- Siempre se debe identificar si el paciente se encuentra en tratamiento con antimaláricos y/o lopinavir/ritonavir, pues se debe minimizar el uso de medicamentos que puedan prolongar el QT.
 - Si el paciente NO recibe antimaláricos y/o lopinavir/ritonavir:
 - > En caso de delirium hiperactivo, se recomienda haloperidol a dosis de 1-2 mg IV/SC a necesidad. Considerar uso por horario cada 6 a 8 horas si el síntoma es persistente (máxima dosis 15 mg día).
 - > Si predomina insomnio por intranquilidad o agitación nocturna, considerar uso de quetiapina 12.5 a 25 mg por vía oral antes de acostarse o levomepromazina 6 mg (6 gotas) antes de acostarse. Para ambos medicamentos se puede repetir la misma dosis durante la noche si persiste el insomnio.
 - Si el paciente SI recibe antimaláricos y/o lopinavir/ritonavir
 - > Se recomienda preferir el uso de olanzapina (dosis inicial de 2.5 a 5 mg por vía oral cada 12 a 24 horas).
 - > En caso de refractariedad o contraindicación para el manejo mencionado, se recomienda el uso de midazolam 2 a 3 mg IV/SC a necesidad, e igualmente considerar uso por horario en caso de ser persistente.

Control de dolor

El dolor es un síntoma frecuente en estos pacientes, se ha reportado dolores musculares y/o fatiga (36%), dolor torácico (21%), dolor de cabeza y dolor de garganta. También considerar que el dolor puede presentarse debido a las comorbilidades existentes o como resultado de la tos excesiva o de la inmovilidad.

Se recomienda siempre establecer la severidad de dolor con escala verbal análoga del dolor EVA, en caso de presentar dolor leve a moderado, se recomienda una estrategia por pasos para lograr el control del dolor:

En pacientes sin uso previo de opioides

PASO

1

Iniciar dosis regular de acetaminofén oral y en caso no tener vía oral considerar uso venoso (1g 3 veces al día).

- > Reducción de dosis anciano frágil, falla renal, elevación de transaminasas o peso <50k.

PASO

2

Si el dolor persiste o empeora: suspender acetaminofén e iniciar opioide débil (codeína, hidrocodona o tramadol) cada 6 a 8 horas por horario.

- > Decisión basada en comorbilidades o intolerancias previas.

PASO

3

Si el dolor persiste: suspender opioide débil. Considere iniciar opioide fuerte (Morfina oral) a dosis de 3 a 4 mg orales (2 a 3 gotas) cada 6 horas. Si no tolera vía oral considerar inicio de morfina venosa.

- > En caso de falla renal o intolerancia considerar uso de hidromorfona u oxycodona.

En pacientes con uso previo de opioides

Se reconoce que existen datos que los opioides pueden causar supresión inmune, siendo la evidencia existente muy limitada y de baja calidad. Por lo tanto NO se recomienda ningún cambio en los regímenes de tratamiento de opioides actuales, en ausencia de cambios documentados en el dolor y/o la función. Recomendamos un control cuidadoso de los pacientes con opioides transdérmicos, ya que la tasa de absorción con fiebre puede ser impredecible.

- Si el paciente consume diariamente opioides para el tratamiento de dolor crónico y tiene control de dolor y tolera la vía oral: continuar misma dosis.
- En caso de no tener control de dolor se recomienda el aumento de un 20 - 25% de su opioide base y dejar rescates 10% de la dosis.
- En caso de pérdida de vía oral rotación equianalgésica a opioide intravenoso.



Qué otro tipo de sufrimiento puede experimentar el paciente con infección por SARS CoV-2/ COVID-19?

Los pacientes en cuarentena y aislados a menudo se sienten ansiosos y tristes. Por lo tanto, los servicios deben organizarse para que los pacientes puedan comunicarse con sus familiares y amigos a distancia o con teléfonos móviles. Los pacientes deben ser informados regularmente sobre su condición y pronóstico de una manera apropiada para su cultura, nivel de educación y alfabetización.

Cómo debe ser el acompañamiento de soporte psicosocial y espiritual para familiares de pacientes con infección por SARS CoV-2/ COVID-19 que se encuentren en ambito hospitalario?

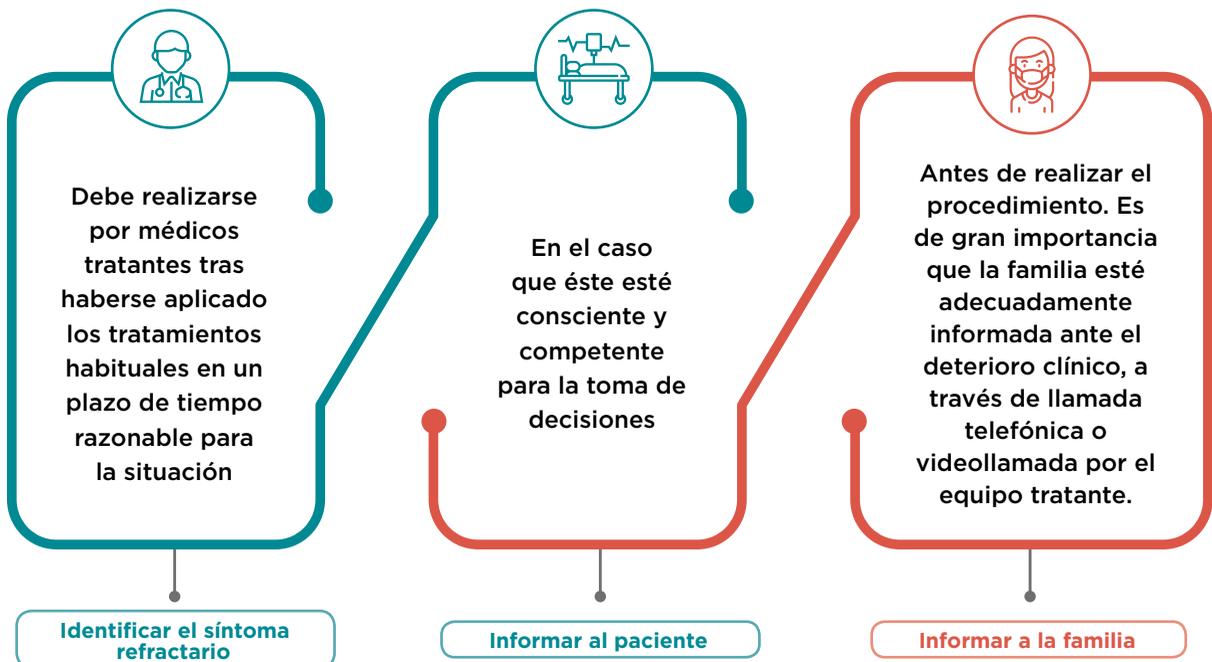
Los cuidados paliativos comprenden la valoración e intervención de las diferentes dimensiones: física, emocional, social y espiritual, por lo cual el apoyo del equipo interdisciplinario será parte de la evaluación multidisciplinaria del sufrimiento. El profesional de la salud que tenga contacto directo deberá aprovechar ese encuentro para desplegar todas sus habilidades de enfoque integral. Adicional según las necesidades de cada caso, considerar intervenciones de manera telefónica por parte de los diferentes profesionales del equipo tanto al paciente como a sus familiares, dando prioridad a la familia de pacientes en condiciones de inestabilidad y con mayor riesgo de muerte y/o en población pediátrica

SEDACIÓN PALIATIVA

La sedación paliativa consiste en la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas los cuales se clasifican como refractarios. Se utilizará en pacientes en situación de últimos días, dado su evolución desfavorable y que tienen mal pronóstico a corto plazo.

¿Cuándo considerar el uso de la sedación paliativa en el paciente con infección por SARS CoV-2/ COVID-19?

En el caso de los pacientes con infección por SARS CoV-2/ COVID-19, los síntomas más frecuentes que pueden motivar sedación paliativa serán probablemente disnea y delirium. La situación refractaria se establece por los médicos tratantes tras haberse aplicado los tratamientos habituales en un plazo de tiempo razonable para la situación y si existe en este equipo un experto en cuidados paliativos debe solicitarse su intervención.





Cuáles son las recomendaciones para el inicio de sedación paliativa en el paciente con infección por SARS CoV-2/ COVID-19?

Una vez se identifique que está indicada, se recomienda informar al paciente (en el caso que esté consciente y competente para la toma de decisiones) y a la familia antes de iniciar la sedación. Es de gran importancia que la familia esté adecuadamente informada ante el deterioro clínico, a través de llamada telefónica o videollamada.

Se debe evitar confusiones con otros procedimientos como la eutanasia. La principal diferencia de la sedación paliativa radica en que ésta no busca adelantar la muerte, sino dar alivio a un síntoma refractario, logrando mediante la disminución de la percepción del síntoma alivio del sufrimiento, acompañando un final de vida natural.



Cuáles son las recomendaciones farmacológicas para la realización de sedación paliativa en el paciente con infección por SARS CoV-2/ COVID-19?

Se recomienda como primera elección el uso de midazolam. Iniciar con un bolo de 3 - 5 mg de Midazolam, vía subcutánea o intravenosa lenta, y continuar en infusión continua 2 mg/h. Si se precisa, por sedación insuficiente, se podrá subir el ritmo de infusión 0.5 ó 1 mg/hora hasta lograr control del síntoma. En cualquier momento se pueden administrar dosis de rescate por vía subcutánea o intravenosa lenta de 3 mg de Midazolam, en caso que persista sintomático.

Se recomienda mantener durante la sedación algunos fármacos esenciales, entre ellos los anticolinérgicos (indicados como antsecretorios bronquiales) o los opioides para el control de la disnea.



SEDACIÓN PALIATIVA

Iniciar con un bolo de 3 - 5 mg de midazolam SC o IV lenta

Continuar en infusión continua 2 mg/h IV o SC

Por sedación insuficiente, se podrá subir el ritmo de infusión 0,5 - 1 mg/hora hasta lograr control del síntoma Hasta lograr control del síntomas refractario

3 mg de midazolam SC o IV lenta a necesidad o Rescate

ATENCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CRÓNICOS EN ÁMBITO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DURANTE PANDEMIA POR SARS CoV-2 /COVID-19

Cuáles son las recomendaciones para la atención de pacientes con necesidades paliativas en seguimiento por Cuidados Paliativos que se encuentren en ámbito de atención domiciliaria durante la Pandemia por SARS CoV-2 / COVID-19?

1. Se recomienda categorizar los pacientes por prioridad según las necesidades paliativas y disminuir el contacto físico en domicilio por parte de los profesionales de la salud a pacientes con estabilidad clínica y sintomática y sin necesidades paliativas agudas.
2. La atención presencial de cuidados paliativos en domicilio se debe brindar, ante la identificación de sufrimiento relacionado con enfermedad (física, emocional, espiritual, financiero, social, etc) SIN adecuado control. Se debe promover la telemedicina en cuidados paliativos en la medida de lo posible.
3. Se deben promover en los programas de atención domiciliaria de Cuidados Paliativos el seguimiento telefónico, el seguimiento virtual y la teleasistencia por parte de los diferentes profesionales para brindar soporte a los pacientes y sus familias con disponibilidad 24/7.
4. Se recomienda trabajar en actualizar documentos de voluntades anticipadas, y establecer rutas de atención dentro de la red de la prestación para la respuesta oportuna ante necesidades de difícil resolución en domicilio y sin exposición al ámbito hospitalario con contagios de SARS CoV-2 /COVID-19.

5. Se deben trabajar en estrategias para garantizar la disponibilidad de y el acceso a la medicación necesaria para el alivio sintomático, especialmente los opioides.
6. El acompañamiento al paciente y su familia durante la fase final de la vida de enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas seguirá siendo una prioridad dentro de la atención y se requerirá presencialidad en la atención.
7. Se recomienda informar a la familia sobre la regulación actual en relación a los procesos funerarios con limitada participación de las familias en los rituales, así como estrategias de duelo en situación de aislamiento.

ATENCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CRÓNICOS NO COVID DURANTE LA PANDEMIA POR SARS CoV-2 /COVID-19

Recomendaciones para la atención de pacientes crónicos oncológicos y no oncológicos con necesidades paliativas en seguimiento por Cuidados Paliativos que se encuentra en ámbito de atención ambulatoria sin infección por SARS CoV-2 /COVID-19

-  Se recomienda que los pacientes que se encuentran en tratamiento ambulatorio por consulta externa, deben continuar seguimiento clínico a través de modalidades de atención como teleconsulta o telemedicina, basados en el recurso disponible por cada institución, debido a que estos pacientes constituyen población de alto riesgo.

- 

Es necesario asegurarse que todos los pacientes que se encuentran en tratamientos crónicos con opioides reciban la prescripción adecuada para evitar síndrome de abstinencia o crisis de dolor. Se debe seguir proporcionando educación sobre el uso seguro y adecuado de opioides.
- 

Se recomienda favorecer canales de consulta telefónica u otras vías digitales para seguimiento y manejo de síntomas, de esta manera minimizar la consulta a servicios de atención prioritaria o urgencias por no control de síntomas.

MEDICAMENTOS ESENCIALES



- Morfina ampolla x 10 mg/ml
- Hidromorfona ampolla x 2 mg/ml
- Oxycodona ampolla x 10 mg/ml
- Haloperidol ampolla x 5 mg/ml
- Levomepromazina gotas x 40 mg/ml
- Clonazepam gotas x 2,5 mg/ml
- Hioscina butil bromuro ampolla x 20 mg/ml
- Acetaminofén solución inyectable x 1 gr
- Dipirona ampolla x 1 gr
- Ácido tranexámico ampolla x 500mg/5 ml
- Dexametasona ampolla x 4 mg o 8 mg
- Midazolam ampollas x 5mg/ml, 15mg/3ml y 50mg/10ml

BIBLIOGRAFÍA

- Mentzelopoulos SD, Slowther AM, Fritz Z, Sandroni C, Xanthos T, Callaway C, Perkins GD, Newgard C, Ischaki E, Greif R, Kompanje E, Bossaert L. Ethical challenges in resuscitation. *Intensive Care Med.* 2018 Jun;44(6):703-716. doi: 10.1007/s00134-018-5202-0. Epub 2018 May 10. Review.
- Cohen IG, Crespo AM, White DB. Potential Legal Liability for Withdrawing or Withholding Ventilators During COVID-19: Assessing the Risks and Identifying Needed Reforms. *JAMA.* 2020 Apr 1. doi: 10.1001/jama.2020.5442.
- Curtis JR, Kross EK, Stapleton RD. The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA.* 2020 Mar 27. doi:10.1001/jama.2020.4894
- Hendin A, La Rivière CG, Williscroft DM, O'Connor E, Hughes J, Fischer LM. End-of-life care in the Emergency Department for the patient imminently dying of a highly transmissible acute respiratory infection (such as COVID-19). *CJEM.* 2020 Mar 26;1-5. doi: 10.1017/cem.2020.352.
- Borasio GD, Gamondi C, Obrist M, Jox R, For The Covid-Task Force Of Palliative Ch. COVID-19: decision making and palliative care. *Swiss Med Wkly.* 2020 Mar 24;150:w20233. doi: 10.4414/smw.2020.20233. eCollection 2020 Mar 23.
- Arya A, Buchman S, Gagnon B and Downar J. Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives. *CMAJ* March 31, 2020 cmaj.200465; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.200465>
- Rodriguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Gutiérrez-Ocampo E, Villamizar-Peña R, Holguin-Rivera Y, Escalera-Antezana JP, Alvarado-Arnez LE, Bonilla-Aldana DK, Franco-Paredes C, Henao-Martinez AF, Paniz-Mondolfi A, Lagos-Grisales GJ, Ramírez-Vallejo E, Suárez JA, Zambrano LI, Villamil-Gómez WE, Balbin-Ramon GJ, Rabaan AA, Harapan H, Dhama K, Nishiura H, Kataoka H, Ahmad T, Sah R; Latin American Network of Coronavirus Disease 2019-COVID-19 Research (LANCOVID-19). Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis.* 2020 Mar 13;101623. doi: 10.1016/j.tmaid.2020.101623. Electronic address: <https://www.lancovid.org>.
- Hendin A, La Rivière CG, Williscroft DM, O'Connor E, Hughes J, Fischer LM. End-of-life care in the Emergency Department for the patient imminently dying of a highly transmissible acute respiratory infection (such as COVID-19). *CJEM.* 2020 Mar 26;1-5. doi: 10.1017/cem.2020.352.
- Su L, Ma X, Yu H, et al. The different clinical characteristics of coronavirus disease cases between children and their families in China - the character of children with COVID-19. *Emerg Microbes Infect.* 2020;9(1):707-713. doi:10.1080/22221751.2020.1744483.
- Lawrie, L, Murphy, F. COVID-19 and Palliative, End of Life and Bereavement Care in Secondary Care. Northern Care Alliance NHS Group and the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. March 2020.
- Ferguson L, Barham D, Palliative Care Pandemic Pack: a Specialist Palliative Care Service response to planning the COVID-19 pandemic., *Journal of Pain and Symptom Management* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.026>.
- Kunz R, Minder M. COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. *Swiss Med Wkly.* 2020 Mar 24;150:w20235. doi: 10.4414/smw.2020.20235. eCollection 2020 Mar 23.
- Schüchen RH, Mücke M, Marinova M, Kravchenko D, Häuser W, Radbruch L, Conrad R. Systematic review and meta-analysis on non-opioid analgesics in palliative medicine. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2018 Dec;9(7):1235-1254. doi: 10.1002/jcsm.12352. Epub 2018 Oct 29.
- European Medicines Agency . Metamizole Article-31 referral - EMA recommends aligning doses of metamizole medicines and their use during pregnancy and breastfeeding. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/metamizole-containing-medicinal-products>.
- European Medicines Agency. EMA gives advice on the use of non-steroidal anti-inflammatories for COVID-19 <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-gives-advice-use-non-steroidal-anti-inflammatories-covid-19> (Accessed on March 19, 2020)

Day Michael. COVID-19: ibuprofen should not be used for managing symptoms, say doctors and scientists BMJ 2020; 368:m1086

FDA advises patients on use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for COVID-19. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-advises-patients-use-non-steroidal-anti-inflammatory-drugs-nsaids-covid-19>.

Cabezón-Gutiérrez L, Khosravi-Shahi P, Custodio-Cabello S, Muñoz-González F, Cano-Aguirre Mdel P, Alonso-Viteri S. Opioids for management of episodic breathlessness or dyspnea in patients with advanced disease. *Support Care Cancer*. 2016 Sep;24(9):4045-55. doi: 10.1007/s00520-016-3316-x. Epub 2016 Jun 22. Review.

Verberkt CA, van den Beuken-van Everdingen MHJ, Schols JMGA, Datla S, Dirksen CD, Johnson MJ, van Kuijk SMJ, Wouters EFM, Janssen DJA. Respiratory adverse effects of opioids for breathlessness: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2017 Nov 22;50(5). pii: 1701153. doi: 10.1183/13993003.01153-2017. Print 2017 Nov. Review.

Chavez S, Long B, Koyfman A, Liang S. Coronavirus Disease (COVID-19): A primer for emergency physicians. *Am J Emerg Med*. 2020 Mar 24. doi: 10.1016/j.ajem.2020.03.036

Coronavirus managing delirium in confirmed and suspect cases. Good practice guide. British geriatric society. https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/attachment/2020-03-26/BGS%20Coronavirus%20-%20Managing%20delirium%20in%20confirmed%20and%20suspected%20cases_0.pdf

Lambiase PD, de Bono JP, Schilling RJ, Lowe M, Turley A, Slade A, Collinson J, Rajappan K, Harris S, Collison J, Carpenter V, Daw H, Hall A, Roberts E, Holding S, Paisey J, Sopher M, Wright I, Wiles B, Murgatroyd F, Taylor D. British Heart Rhythm Society Clinical Practice Guidelines on the Management of Patients Developing QT Prolongation on Antipsychotic Medication. *Arrhythm Electrophysiol Rev*. 2019 Jul;8(3):161-165. doi: 10.15420/aer.2019.8.3.G1. Review.

Smith HAB, Goben C, Pandharipande PP, Fuchs DC. (2014). Delirium in the Pediatric ICU. In *Current Concepts in Pediatric Critical Care* (pp. 125-36). Rigby MR, Graciano AL (Eds.), Mount Prospect, Ill, USA: Society of Critical Care Medicine.

Smith HAB, Brink E, Fuchs DC, Ely EW, Pandharipande PP. Pediatric delirium: monitoring and management in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Clin North Am* 2013;60(3):741-60.