

CORONAVIRUS



GUÍAS BIOÉTICAS PARA EL ACCESO Y TRATAMIENTO APROPIADO EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

V1 – 19/10/2020

**PROVINCIA
DE SANTA FE**



Ministerio de Salud - Provincia de Santa Fe

Introducción

El 11 de marzo de 2020, la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha declarado a la enfermedad epidémica COVID-19 como Pandemia. Lo masivo del fenómeno a nivel mundial, clama a los sistemas sanitarios de cada región, brindar a su población respuestas de atención oportunas, seguras, efectivas y basadas en evidencia (calidad de atención). La cantidad de recursos sanitarios que hubieran sido suficientes, no mediando la pandemia, resultan escasas frente a este escenario masivo de enfermedad, reposando la severa carga decisoria sobre el efecto sanitario.

El objetivo de estas guías es proporcionar a los trabajadores de la salud e instituciones sanitarias un marco de actuación con bases bioéticas que coadyuven en la toma de decisión sobre los dilemas que se presentan en la atención de pacientes afectados por COVID-19, así como claridad a la población general sobre éstas. Las decisiones vinculadas a la efectiva implementación de los principios de justicia y solidaridad en contextos de escasez y de saturación de los servicios de cuidados intensivos es uno de los dilemas que presenta mayor dificultad de resolución; porque cualquiera sea la alternativa elegida, se transformará en un nuevo problema. La clave para la mejor toma de decisión es ponderar el por qué?, el para qué? y para quiénes? No se puede ofrecer un recurso que no se dispone, pero siempre ha de ofrecerse aquel que reconforte a los pacientes y allí radica la condición de mínima.

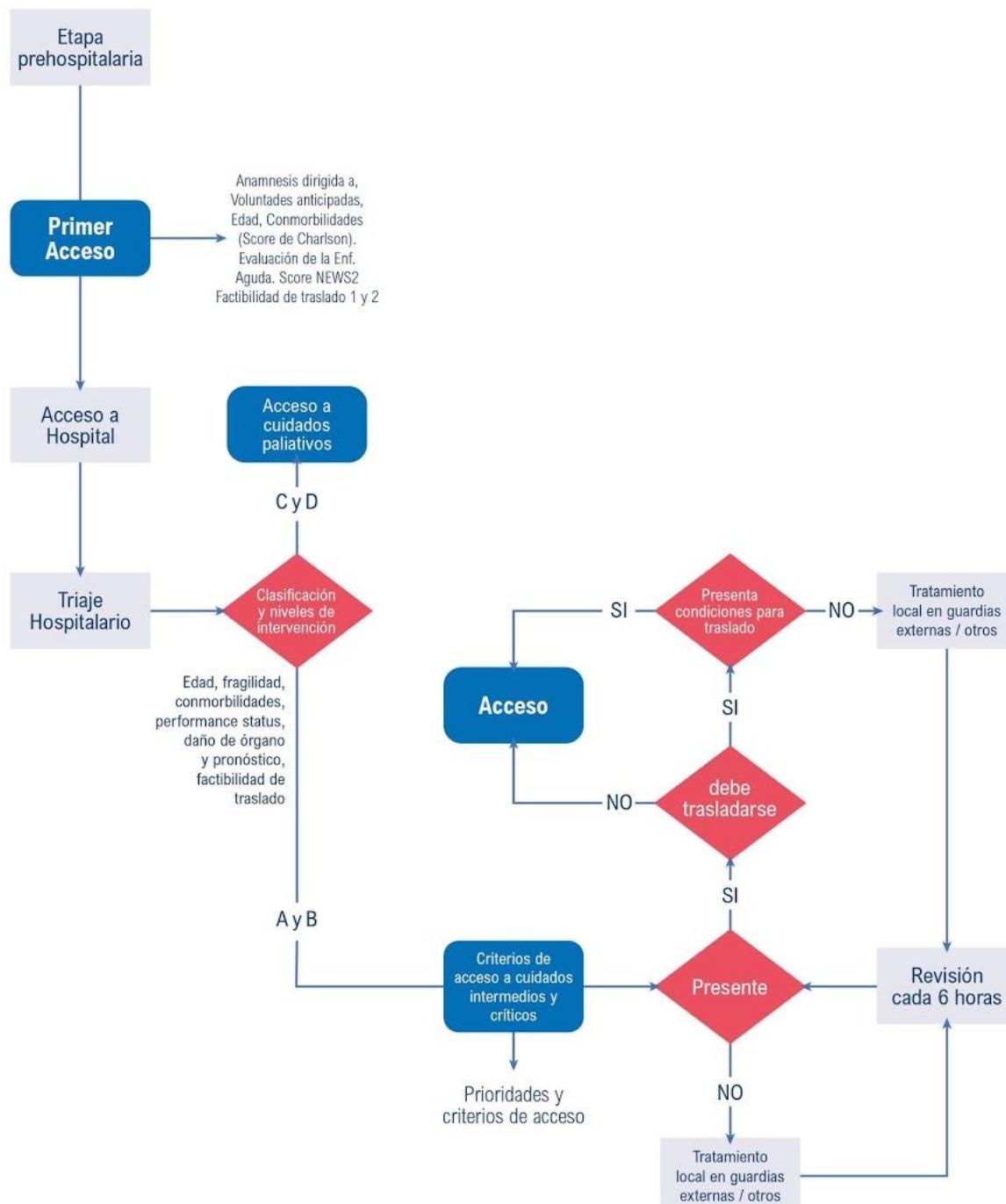
Dicha elección moralmente relevante, deberá ser aquella en donde exista la menor tensión posible entre los valores, principios y derechos en juego. Estas guías velan por la dignidad de pacientes y del personal de salud.

Desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe se convocó a un equipo de expertos en bioética e investigación, abogados, médicos intensivistas, cirujanos, anestesiistas y paliativistas con el fin de trabajar la presente guía.

A continuación, se desarrollarán 4 ejes:

- A. Abordaje Prehospitalario
- B. Acceso Hospitalario
- C. Acceso a Cuidados Críticos
- D. Cuidados Paliativos
- E. Comunicación en tiempos de Pandemia

Proceso de acceso y calidad de la atención del paciente en el contexto de la pandemia por Covid-19





Prehospitalario

Dado que el inicio del proceso de atención comienza en la etapa prehospitalaria, con el objetivo de que esta intervención sea adecuada, oportuna y de calidad, se desarrollaron unos lineamientos y puntos objetivables y reproducibles con el fin de garantizar un tránsito ordenado por la red de salud.

Esquema resumido de abordaje.

1. Esquema para la anamnesis

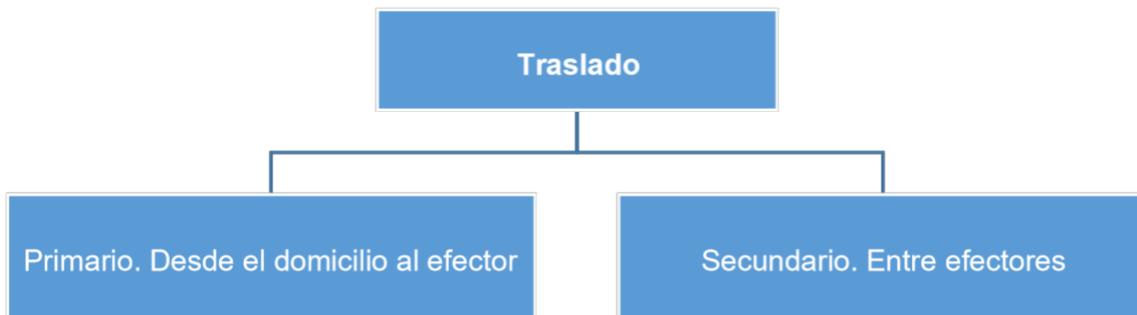
- Tiene voluntades anticipada? Siempre prioritario
- Edad
- Score de Charlson. **Ver Anexo 1**
- Cuál es el estado basal? Cuestionario de Fragilidad. **Ver Anexo 2**

|

2. Score de NEWS₂

El Score NEWS₂ es una herramienta con validez internacional destinada a estratificar el riesgo de descompensación clínica, así como también determinar el tipo de cuidado necesario para el enfermo. Será de mucha utilidad para la toma de decisiones adecuadas, oportunas y de calidad de cara al paciente. Dicho Score tiene validez en insuficiencia respiratoria (teniendo en cuenta la presencia de EPOC previo y la FIO₂ al momento) teniendo distintas escalas tanto para pacientes con insuficiencia respiratoria hipercápnica como para los que no la presenten. Otra patología donde se validó es en la sepsis y en la valoración global del enfermo.**Ver Anexo 7**

3. Tipo y factibilidad de traslado



Criterios de traslado hacia los efectores

El objetivo es Identificar correctamente el paciente a trasladar de acuerdo a variables fisiológicas evaluadas por el score NEWS₂ y el nivel de resolución de la red de salud al cual va a ser trasladado y acceder (Nivel 2 ó 3 de acuerdo a intención terapéutica).

Se recomienda evitar maniobras invasivas innecesarias en el domicilio con el fin de resguardar la bioseguridad del equipo de salud.

En algunas ocasiones, la intubación con la consiguiente ARM parecería ser la única alternativa disponible para pacientes con falla respiratoria. Sin embargo, de acuerdo a tratarse de recursos críticos y escasos, deberían previamente intentarse distintas alternativas a la ventilación mecánica invasiva, evaluando la proporcionalidad del recurso en cada caso.

Debemos entonces centrarnos en adecuar las medidas de cuidado y tratamiento hasta acceder a un cuidado mayor que el domicilio y/o el móvil y se derive a un efecto de salud de mayor complejidad para finalmente determinar el tratamiento.

Recomendaciones:

- Traslado en posición semisentada. 30 a 45 grados
- Monitoreo continuo de FC, FR, TA y Oximetría de pulso
- Nada por boca
- Medidas para prevenir la broncoaspiración
- Oxigenoterapia con bolsa con reservorio según necesidad

- Tratamiento específico de la disnea
- Descender la fiebre de estar presente

Criterios para traslado entre efectores de acuerdo al estado clínico del paciente

	Críticos inestables	Críticos estables	Graves. No críticos	Estables
Parámetros	<ul style="list-style-type: none"> • Drogas vasopresoras en dosis crecientes o cambiantes • ARM FIO₂ y PEEP altas 	<ul style="list-style-type: none"> • Drogas vasopresoras estables • Sin ARM o ARM ARM FIO₂ y PEEP bajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin fallas orgánicas • Sin soporte de órganos vitales 	Pacientes sin riesgo vital ni cuidados elevado (sala general. Intermedios bajos)
Derivación	<ul style="list-style-type: none"> • Solo trasladar en caso de garantizar cama crítica • Evaluando riesgo-beneficio del mismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Solo trasladar en caso de garantizar cama crítica. • Evaluando riesgo-beneficio del mismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que requieren de cuidado elevado médico y de enfermería (Cuidados Intermedios) 	Cuidados intermedios bajos o básicos
Recomendación	<ul style="list-style-type: none"> • Traslado corto menor a 30 minutos • De ser posible cercano o en la misma ciudad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Traslado lugares cercanos hasta 1 hora • Potencialmente a cuidados vecinas 	<ul style="list-style-type: none"> • Traslado a distancias de hasta 2 horas 	Traslado programado hasta 4 horas

Criterios de cuidados paliativos exclusivos

1. Cuando la presencia de irreversibilidad manifestada por la sucesiva claudicación de órganos vitales, induzca a estimar que la utilización de más y mayores procedimientos no atenderán a los mejores intereses del paciente, se podrán tener en cuenta una serie de criterios de no reanimación en domicilio:
2. Deseo del paciente o voluntad anticipada de no reanimación. Siempre prioritario a la edad
3. Paro cardíaco no presenciado
4. Edad mayor a 85 años con las siguientes características
 - Tres o más enfermedades preexistentes manifestadas por insuf. orgánicas severas, Enf. maligna metastásica, deterioro cognitivo severo, etc
 - Actividad cotidiana muy deteriorada. Alta Fragilidad
5. Paro presenciado con las siguientes características
 - Tres o más enfermedades preexistentes manifestadas por insuf. orgánicas severas, Enf. maligna metastásica, deterioro cognitivo severo, etc
 - Actividad cotidiana muy deteriorada. Alta Fragilidad

Acceso hospitalario y niveles de intervención terapéutica en covid-19

Sabemos que esta pandemia se caracteriza por ser una enfermedad infecciosa que, en la mayoría de los casos, es leve o poco sintomática. No obstante, aproximadamente 1 de cada 5 pacientes requiere internación, de éstos, un porcentaje va a requerir manejo en U.T.I. con requerimiento de todo el equipamiento terapéutico disponible.

La mayoría de los fallecidos son adultos mayores, muchos de residencia en geriátricos, existiendo múltiples consideraciones a la hora de definir el soporte vital avanzado o su suspensión. En efecto, la toma de decisiones es multimodal, requiere de un protocolo que debe ser revisado en forma continua según el avance de la pandemia.

Esto conlleva a pensar estrategias flexibles de tratamientos adaptados al estado previo del paciente para evitar conductas demasiado agresivas en cuadros que previamente tenían una expectativa de vida pobre y un performance status malo.

La estrategia “*el primero llega es el primero que se atiende*” terminará en el uso irracional de los recursos.

Por esto planteamos, aplicar una serie de lineamientos generales evaluando al paciente como un todo y siguiendo los siguientes tópicos:

- Comorbilidades.
- Fragilidad.
- Estado previo.
- Expectativa de vida.
- Scores geriátricos.

Paso 1: Clasificación de todo paciente al ingreso

Se procederá a la clasificación de los pacientes en 4 niveles diferentes:

- NIVEL A: Paciente con buen nivel de salud previo al ingreso.
- NIVEL B: Paciente con enfermedades limitantes previas.
- NIVEL C: Paciente geriátrico con fragilidad y enfermedad crónico avanzada u oncológico avanzada.
- NIVEL D: Situación de los últimos días.

Es fundamental clasificar al paciente según el estado previo al cuadro actual, ese será su real estado basal.

A continuación, describimos la clasificación detallada de estos niveles:

NIVEL A:

Paciente que cumpla todas las siguientes características:

- 1. Sin multimorbilidad (Índice de Charlson<2). **Ver ANEXO 1**
- 2. Robusto o pre frágil **Ver ANEXO 2**
- 3. Sin dependencia o con dependencia leve (I. Barthel>80). **Ver ANEXO 3**
- 4. Sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo muy leve (GDS 1-2). Ver ANEXO 4 (GDS: GLOBAL DETERIORATION SCALE).
- 5. Buena situación social que asegure sus cuidados.

NIVEL B:

Paciente con comorbilidad, deterioro cognitivo o dependencia que no cumpla con los criterios descritos en el nivel de intervención C.

- Paciente con fragilidad **Ver ANEXO 2**
- Situación social que asegure los cuidados necesarios derivados de las intervenciones correspondientes a este nivel (Ej.: Colocación de gastrostomía percutánea, que implica correcto manejo y mantenimiento de este).
- Solicitud del paciente/familiar de no aplicar criterios adecuación al nivel de intervención terapéutico (rechazo de la limitación del esfuerzo terapéutico), a pesar de la correcta intervención informativa profesional.

NIVEL C:

Paciente con comorbilidad, deterioro cognitivo o dependencia, que se considera paciente crónico complejo con necesidades paliativas.

1. Criterios subjetivos tanto del paciente, de la familia o del profesional.
2. Demanda de Cuidados Paliativos.
3. Refractariedad al tratamiento curativo.

4. Indicadores clínicos de dependencia irreversible (no previsiblemente recuperable con rehabilitación), calculado por un Índice de Barthel <20).
5. Paciente con fragilidad
6. Indicadores clínicos específicos de severidad de su enfermedad. **Ver ANEXO 5**
7. Situación social que no permite asegurar intervenciones de un nivel superior (Nivel A o B)

NIVEL D: Situación de últimos días (S.U.D).

Se define como la recta final de un proceso patológico que no se interrumpe bruscamente por un episodio agudo. Se intensifica el ritmo de los cambios sufridos por el paciente, entrando en una pendiente que desemboca en su agonía. Se caracteriza por el empeoramiento de los síntomas y la alteración del nivel de conciencia.

Paso 2: implicancias de cada nivel terapéutico

NIVEL A:

- Reanimación cardiopulmonar si hubiera paro cardiorrespiratorio (R.C.P. si P.C.R.)
- Subsidiario de cualquier tratamiento (curativo y preventivo) y/o maniobra diagnóstica intervencionista:
 - a. Ventilación mecánica invasiva y no invasiva.
 - b. Uso de drogas vasoactivas.
 - c. Sonda de alimentación.
 - d. Transfusiones sanguíneas.
 - e. Hemodiálisis.

NIVEL B:

- Discutir R.C.P. si P.C.R.
- Ventilación no invasiva (V.N.I.)
- Uso de drogas vasoactivas.
- Transfusiones sanguíneas.
- Debatir: sondas de alimentación, Hemodiálisis.
- Subsidiario de cualquier otro tratamiento (curativo y preventivo)
- Si el paciente presenta polifarmacia, optimizar tratamientos preventivos y curativos.

NIVEL C:

- No R.C.P. si P.C.R.
- Evitar V.N.I., uso de drogas vasoactivas, sondas de alimentación, hemodiálisis.
- Transfusiones sanguíneas solamente si el control de síntomas y de su enfermedad de base puede mejorar con esta intervención.
- Subsidiario de tratamiento curativo (antibióticos, diuréticos, corticoides), realizar un Plan de decisiones anticipadas que conlleve la posibilidad de limitación del esfuerzo terapéutico en este sentido.
- Limitar tratamientos preventivos.
- Limitar la realización de pruebas complementarias invasivas y realizar las estrictamente necesarias para el control clínico de su situación aguda.

NIVEL D:

- Situación de los últimos días.
- Medidas de confort, limitar las intervenciones de enfermería en la toma de constantes.
- Tratamiento paliativo y de control de síntomas.
- Suspender tratamientos preventivos y limitar/negociar los curativos.
- Fomentar el acompañamiento por familiares y amigos.

Acceso a Cuidados Críticos

El requerimiento de cuidados críticos en pacientes con COVID-19 depende fundamentalmente del compromiso respiratorio, siendo la neumonía la manifestación clínica más frecuente.

Antes de la aparición de infiltrados pulmonares puede existir una primera fase manifestada por hipoxemia, como única expresión, con Radiografía de tórax normal, atribuida a compromiso intersticial y vascular más que alveolar. En casos más severos aparece la disnea e infiltrados pulmonares pudiendo progresar a insuficiencia respiratoria aguda con necesidad de asistencia respiratoria mecánica, constituyendo un cuadro similar al observado en el síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA).

El tratamiento de pacientes con hipoxemia como única manifestación puede realizarse en una sala de cuidados intermedios que cuente con la posibilidad de ofrecer ventilación no invasiva, (preferentemente en la modalidad Helmet) y oxígeno a alto flujo. Si no existiera respuesta satisfactoria o se observan infiltrados pulmonares progresivos, el paciente debe ser trasladado a la UTI para acceder a la ventilación mecánica invasiva.

Los casos más severos pueden complicarse con sepsis, falla multiorgánica y shock séptico, siendo la mortalidad en esta situación muy elevada.

Prioridades en el acceso a cuidados críticos

Los criterios clásicos de ingreso en UCI se pueden dividir en un modelo de 4 prioridades:

Pacientes con prioridad 1: Serán pacientes críticos e inestables. Necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UTI (ventilación mecánica invasiva, depuración renal continua, soporte hemodinámico con agentes vasoactivos).

Pacientes con prioridad 2: Aquellos que precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. Son pacientes que no estarán ventilados de forma invasiva, pero con altos requerimientos de oxigenoterapia, con $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ ó < 300 con fracaso de otro órgano.

Pacientes con prioridad 3: Se trata de aquellos inestables y críticos, que tienen pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, con ciertos límites terapéuticos como, por ejemplo, no intubar y/o no intentar la reanimación cardiopulmonar.

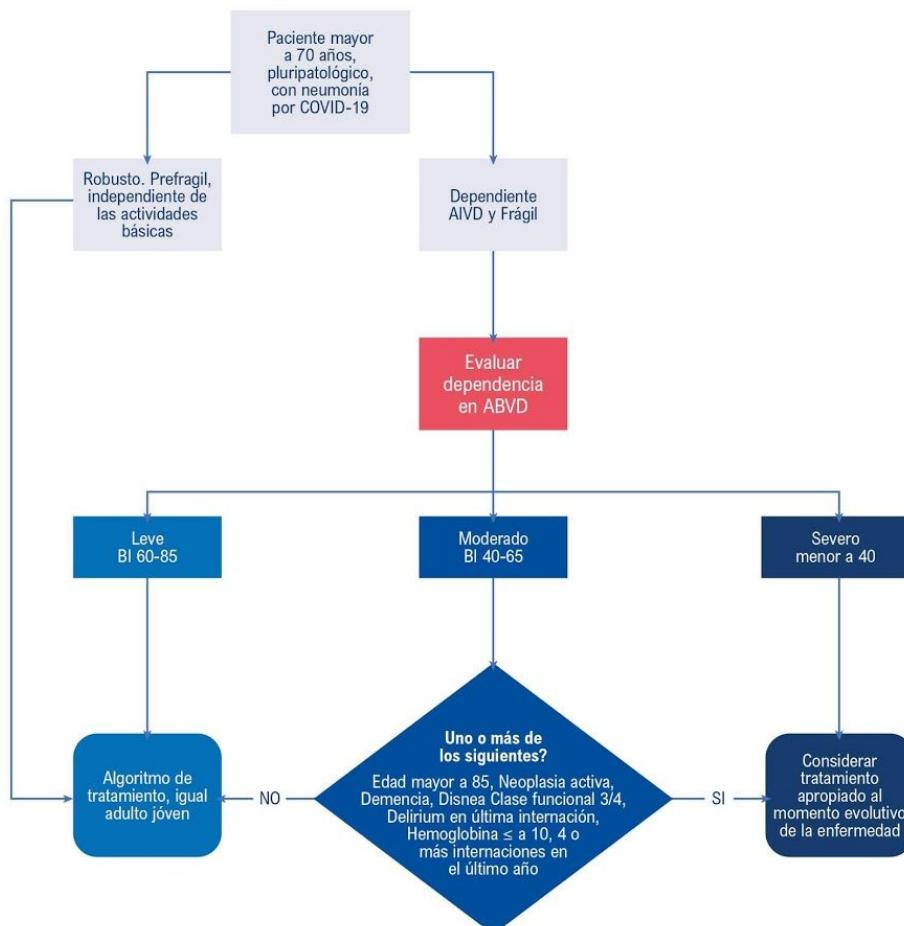
Pacientes con prioridad 4: Aquellos cuyo ingreso no está indicado debido a un beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo, o bien individuos cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente su muerte.

Los pacientes con Prioridad 3 ó 4 no serán admitidos en caso de escasez de recursos.

Para pacientes con prioridad 2 se sugiere implementar los scores utilizados para Neumonía, ellos son el CURB₆₅ que cuando es ≥ 1 se considera necesidad de internación y los criterios ATS/IDSA, los cuales con un criterio mayor o 3 menores que sugieren el ingreso a la UTI. **Ver Anexo 8**

Flujograma para la toma de decisiones rápidas.

Fuente: Recomendaciones intersociales para asignación de recursos basados en guías éticas, atención paliativa y criterios de ingreso/egreso en cuidados críticos durante la pandemia COVID-19.



Retiro del soporte vital y cuidados paliativos exclusivos

Se aconseja plantear la abstención o el retiro del soporte vital en pacientes internados en Terapia Intensiva frente a alguna de las siguientes circunstancias:

- 1.- Cuando no existan evidencias de haber obtenido la efectividad buscada (ausencia de respuesta en la sustitución del órgano o la función), o existan eventos que permitieran presumir que tampoco se obtendrán en el futuro.
- 2.- Cuando sólo se trate de mantener y prolongar un cuadro de inconsciencia permanente e irreversible (p.ej. estado vegetativo persistente y permanente).
- 3.- Cuando el sufrimiento sea inevitable y desproporcionado al beneficio médico esperado.
- 4.- Cuando se conozca fehacientemente el pensamiento del paciente sobre la eventualidad de una circunstancia como la actual, en el caso de una enfermedad crónica preexistente (informe personal, del médico de cabecera si existiere o del familiar).
- 5.- Cuando la presencia de irreversibilidad manifiesta del cuadro clínico, por la sucesiva claudicación de órganos vitales, induzca a estimar que la utilización de más y mayores procedimientos no atenderán a los mejores intereses del paciente.

Ante una evolución no satisfactoria, los pacientes deben ser evaluados cada 48 horas y ante la aparición o persistencia de los siguientes parámetros debe continuar tratamiento en otro Servicio donde pueda brindarse tratamiento paliativo:

- PCR con mal status neurológico post retorno a la circulación espontánea.
- Shock irreversible
- SOFA en deterioro, varios órganos disfuncionantes
- Sin mejoría en el estado respiratorio o hemodinámico
- Sin evidencia de respuesta terapéutica

Cuidados Paliativos

En el momento actual de pandemia por covid 19 nos parece muy apropiado y oportuno fortalecer los conocimientos científicos de los cuidados paliativos, como una herramienta fundamental en el marco de la toma de decisiones médicas y éticas praxiológicas.

Sabemos que nuestros equipos de salud deberán tomar medidas en cuanto al tratamiento apropiado en momentos críticos del proceso de enfermedad, debido a esto se trabajó con el objetivo para poner a disposición de los diferentes servicios la identificación de los pacientes con necesidades paliativas a través de lineamientos o protocolos clínicos.

Disnea en paciente crítico

La disnea es una de las manifestaciones más frecuentes del paciente que requiere cuidado de internación, crítico, así como también como parte de los últimos días de la enfermedad crónica. 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 un final próximo.

En personas gravemente enfermas que estén confinadas en sus domicilios, en centros residenciales y hospitalarios, la infusión subcutánea durante el tratamiento, suele ser muy eficaz, además de reducir intervenciones y la exposición del personal de salud en el contexto del paciente con enfermedad por Covid-19.

En domicilio se podría utilizar infusión de varios días siempre y cuando se pueda garantizar el seguimiento telefónico estrecho. Los fármacos recomendados para el tratamiento de la disnea se detallan a continuación

- Morfina 1% (amp 1 ml/10 mg): poner entre 15 mg - 30 mg cada 24h (1,5-3 amp/24 h) en función de la gravedad de la disnea. Otros factores a tener en cuenta para usar dosis más bajas serían personas muy mayores y/o muy frágiles o presencia de insuficiencia renal moderada-grave.
- Metoclopramida (amp 2 ml/10 mg): reglar cada 8 – 6 h para tratamiento de náuseas/vómitos para iniciar tratamiento con opioides.
- Haloperidol (amp 1ml/5mg): añadir 2,5 mg - 5 mg /24 h (0,5-1 amp) para evitar náuseas/vómitos secundarios al inicio del tratamiento con opioides refractarios a metoclopramida.
- Hioscina (amp 1 ml/20mg): poner 60 mg/24h (3 amp) para evitar las secreciones respiratorias secundarias a la infección. Mucho más útil en prevención que cuando las secreciones abundantes ya están presentes.
- Midazolam (amp 3ml/15mg): añadir 5 mg/24h (1 ml) en caso de taquipnea o inquietud o percepción de sufrimiento. En caso de no disponer de midazolam, se podría sustituir por levomepromazina (amp 1 ml/25 mg) a dosis de 12,5 mg (suspendiendo en este caso el haloperidol).

En todos los casos se dejará medicación de rescate para cuando la sintomatología no está controlada, utilizándose morfina 1% por vía subcutánea o intravenosa según proceda a una dosis correspondiente a 1/6 de la dosis diaria total de morfina pautada (si la dosis de cl. Morfina es de 15mg/d el rescate será de 2,5 mg sc/ev; si la dosis de cl. Morfina es de 30 mg/d el rescate será de 5 mg sc/ev) y a una frecuencia de hasta cada 4h o incluso antes si precisara para el control sintomático. En caso de detectar alto nivel de sufrimiento y la disnea fuese refractaria al tratamiento con morfina estaría indicada una sedación paliativa.

Cuando ponemos por primera vez una infusión de cl morfina a un paciente, es muy importante tener en cuenta la posibilidad de que haga una retención aguda de orina, especialmente en las primeras 24 horas, lo cual puede manifestarse como un cuadro de agitación que no responde a la medicación de rescate.

Considerar si no es posible realizar tratamiento por infusión continua, la indicación intermitente de morfina iniciando 2,5 a 5 mg cada 4h y dosis de rescates necesarias. Se ajustará la dosis dependiendo de la respuesta de cada paciente.

Tos seca persistente

Se recomienda utilizar dosis de morfina al 1% al 50% de la dosis indicada para la disnea.

Delirium en cuidados paliativos

El delirium, tanto en su forma hiperactiva como en la hipoactiva, es causa de gran sufrimiento en los pacientes, su familia y el equipo de salud, especialmente cuando está asociado a alucinaciones e ideación delirante.

Es fundamental reconocerlo tempranamente, iniciar tratamiento específico, debido a que mejora el pronóstico y brinda rápido alivio al paciente y su entorno.

Causas

Con frecuencia es multifactorial y puede resultar difícil definir una causa única. Es importante identificar aquellas potencialmente reversibles como:

- Constipación.

- Deshidratación.
- Tratamiento con drogas psicoactivas como las benzodiazepinas, anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, isrs, corticoides, opioides.
- Encefalopatía hipóxica.
- Hipercalcemia/hiponatremia.
- Hipercapnia/hipoxia.
- Hipo o hiperglucemias.
- Infecciones/sepsis.
- Insuficiencias orgánicas renal, hepática, cardiaca.
- Retención urinaria.
- Síndromes de abstinencia (alcohol, fármacos).
- Tratamientos oncológicos.
- Tumor o metástasis cerebral.

Clínica

Se presenta con síntomas prodrómicos como inquietud psicomotora, ansiedad, trastornos del sueño e irritabilidad.

Hiperactivo, agitado o hiperalerta

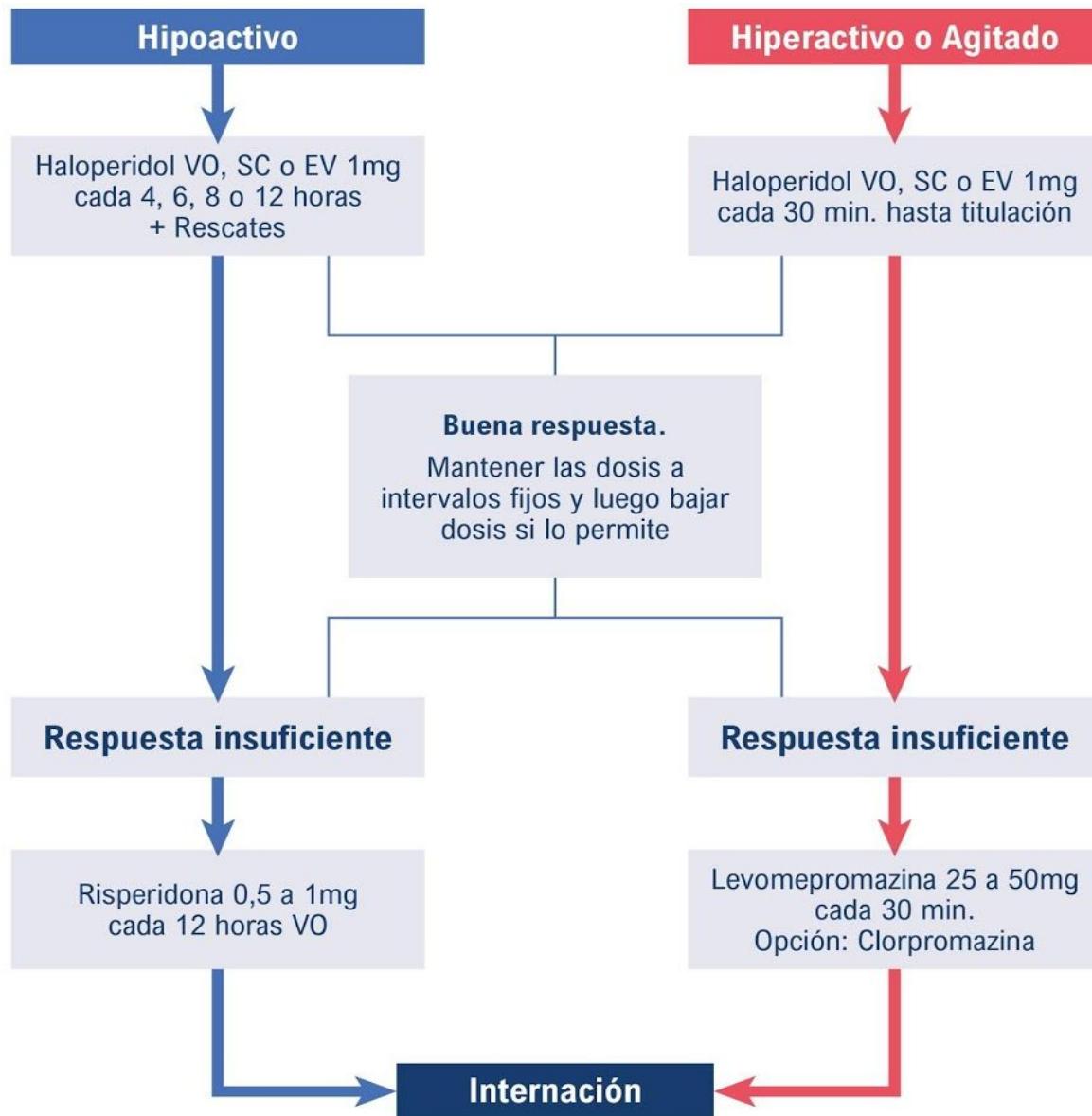
Se caracteriza por el estado de inquietud, hipervigilancia, desasosiego, agitación motora, alucinaciones e ilusiones.

Hipoactivo, letárgico o hipoalerta

Se manifiesta con retardo en la actividad psicomotora, somnolencia y disminución del reconocimiento del entorno.

Mixto

Presencia de síntomas asociados de las formas hipo e hiperactivas.

Algoritmo terapéutico

* Se puede asociar Lorazepam 0,5 a 2 mg cada 1 a 4 horas EV, VO, SL, IM

Jacob Graciela y cols. *Manual de cuidados paliativos para la atención primaria 1^a ed. Ciudad autónoma de buenos aires: instituto nacional del cáncer. Cap . 9 pag. 182; 2014.*

Protocolo de sedación paliativa en contexto de pandemia covid19

Introducción

Sedación paliativa es la administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

Hablamos de síntoma refractario cuando el síntoma no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable sin que comprometa la conciencia del paciente.

Sedación paliativa tiene como, intencionalidad aliviar el sufrimiento refractario, como proceso la prescripción de fármacos ajustados a la respuesta del paciente, y como finalidad el alivio del sufrimiento. Esto lo diferencia de la eutanasia la cual, tiene como intencionalidad provocar la muerte, mediante dosis letales de medicamentos que faciliten una rápida muerte.

Población

Pacientes ingresados con covid19 con síndrome de distrés respiratorio agudo y/o falla multiorgánica sin respuesta al tratamiento específico y sin criterios de uti en los que existe sintomatología refractaria y sufrimiento intolerable.

Procedimiento

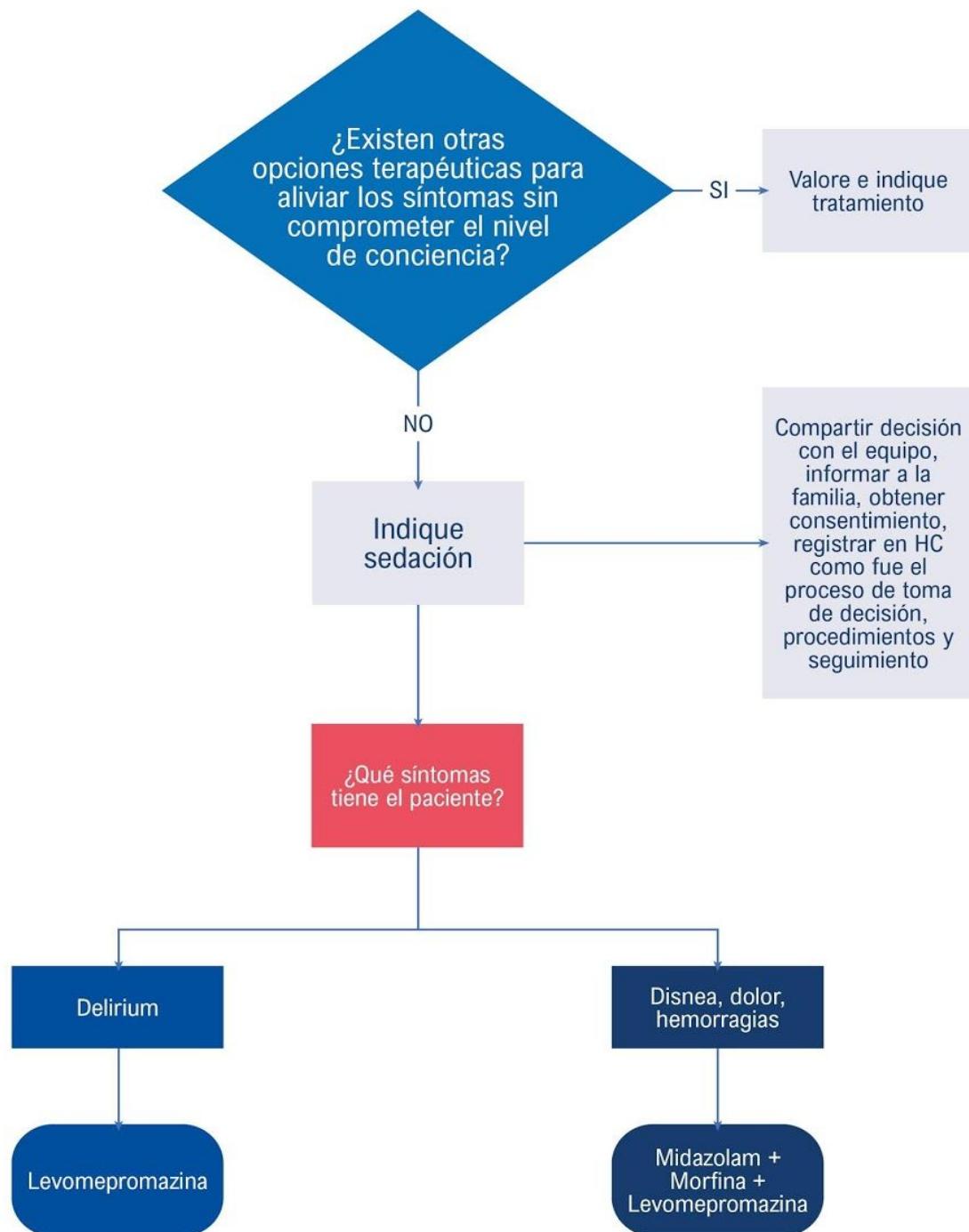
1. Decisión consensuada en el equipo terapéutico
2. Explicación del procedimiento a la familia vía telefónica o mediante un sistema de video llamado o videoconferencia o en forma presencial si se pudiera. Explicar el objetivo de la sedación, la intención y la proporcionalidad. Explicar que la expectativa de vida desde el inicio de la sedación es difícil de determinar, pero que puede ir de horas a días.
3. Registrar el procedimiento en la historia clínica.
4. No es necesario el consentimiento informado escrito por paciente o familia en la historia clínica.
5. Se pueden suspender los siguientes fármacos

- a. Heparina de bajo peso molecular.
 - b. Antibióticos.
 - c. Transfusiones.
 - d. Alimentación.
 - e. Medicación antiviral específica.
 - f. Aerosoles.
-
- Los síntomas más frecuentes que pueden motivar la sedación paliativa serán probablemente disnea y delirio. **Anexo 9**
 - El nivel de sedación debe ser monitorizado durante la inducción y después de la estabilización, dos veces al día por médicos o enfermeras, utilizando la escala de sedación de Ramsay; entre V y VI es adecuado. **Anexo 10**

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

1. Revisar periódicamente el nivel de sedación según la escala de ramsay modificada
2. Evaluar y dejar constancia en la historia clínica de la evolución.
3. 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.

Vía subcutánea, manera de realizar sedación y administrar fármacos. Anexo 11

Resumiendo, algunas recomendaciones para el uso de sedación paliativa

Comunicación en tiempos de pandemia

Comunicación es un camino que se transita en todo proceso de atención por parte del equipo de salud. En cuidados paliativos los profesionales nos enfrentamos a situaciones de final de vida con enfermos crónicos avanzados y familias angustiadas, y en ese contexto nos hemos dado cuenta de que la atención paliativa planificada basada en criterios éticos y científicos aunada a una comunicación assertiva frecuentemente disminuye el sufrimiento de los pacientes, la familia y el personal de salud. Estas medidas antes mencionadas y una estructura hospitalaria bien organizada disminuyen el riesgo de llevar adelante acciones no éticas como la eutanasia, obstinación terapéutica o lo que es peor, un abandono terapéutico del paciente y su familia.

Una mala noticia es una información que cambia drásticamente la perspectiva del propio paciente en relación con su entorno y el futuro. En el caso de la pandemia éstas podrían ser desde la sospecha de diagnóstico de covid-19, el resultado positivo luego, la cuarentena domiciliaria, ingreso hospitalario o a uti, en la cual pudiese haber necesidad de intubar. También informar sobre la complicación, de la situación de salud, de un fallecimiento, qué paciente no es candidato para cuidados intensivos, o quien será candidato a sedación paliativa, entre otros aspectos. La manera en la que se comunique la información tendrá un impacto psico-emocional en el paciente y la familia, siendo además un aspecto clave para que se sientan acompañados, seguros y confiados en el equipo asistencial durante todo el proceso. Y aquí es importante establecer claramente que cuidados paliativos se encuentra presente aportando su capacidad técnica en comunicación y control de síntomas en todos los ejes de atención de los pacientes y familias en pandemia, en la sospecha diagnóstica, en el paciente tratado y recuperado, y en aquellos que cursen enfermedad grave y fallezcan por este motivo.

Es necesario destacar que, a diferencia de lo que ocurre en los pacientes ingresados a cuidados paliativos en forma temprana, donde se puede conocer al enfermo, saber sus intereses, y establecer pautas de cuidados a futuro, en el caso de aquellos con diagnóstico reciente de coronavirus es poco factible obtener estos datos.

Existe además la posibilidad de que los duelos sean patológicos, ya que la familia no podrá hacer una despedida adecuada con su familiar, y el paciente quizás no pueda a veces tomar decisiones sobre dónde y cómo quiere morir.

Por otro lado, las normas para el cuidado del contagio pueden dificultar la comunicación por varios motivos. Por ejemplo, por no poder transmitir la información de manera presencial, equipos de protección que impiden la percepción del lenguaje no verbal, así como el acompañamiento a través del tacto y del abrazo, como así también la necesidad de designar a un solo familiar para la presencialidad en informes y cuidado del paciente.

Existen modelos de comunicación como el elaborado por buckman y col. Quienes establecen 6 pasos en el proceso y pueden constituirse en una guía para ser utilizada en el contexto de pandemia.

- Primer paso: prepararse uno mismo para la entrevista (datos del paciente, evolución, si hubo informes anteriores, voluntades o mensajes del paciente a transmitir)
- Segundo paso: valorar la percepción del paciente o familia sobre la situación de salud. ¿Cómo se encuentra en este momento? ¿cómo ve la situación de su... (padre, hermano, etc.)?
- Tercer paso: permiso para informar. ¿voy a darle el informe, está de acuerdo?
- Cuarto paso: dar la información
 - Alertar: "me temo que tengo malas noticias", "lamento tener que decirle"
 - Dar la información poco a poco (dar información y esperar la respuesta)
 - Asegurarnos de que entiende según vamos explicando
 - Evitar tecnicismos y no fomentar esperanzas irreales. Es importante destacar aquí la necesidad de sostener científicamente la futilidad de terapéuticas que se encuentran permanentemente en los medios de comunicación, avalando las indicaciones pertinentes que se van llevando adelante en cada caso y que son las que corresponden según la evolución del paciente.
 - Abordar las dudas o preguntas que puedan surgir.
 - Anticipar las reacciones emocionales.
 - Identificarlas y nombrarlas para ayudarles a hacer frente a ellas. ("veo que se siente muy triste")
 - Legitimarlas y normalizarlas. ("es normal sentirse así en una situación como ésta")
 - Plan de cuidados

Evaluar que ha quedado claro lo expresado y abordar los siguientes pasos a dar (posibilidades y alternativas). Una consideración fundamental para cualquier paciente con covid-19 es prever desde el ingreso la toma de decisiones en caso de agravamiento de la enfermedad.

Es esencial que los efectores de atención fundamenten las determinaciones en la historia clínica desde el primer momento, de manera que el propio proceso informado de cada paciente implique una reflexión continua en la toma de decisiones por los diferentes médicos que han de tratarle (guardias, sala y uti). En las argumentaciones se debe tener en cuenta la necesidad de incorporar los valores del paciente y familiares, si bien la decisión de no iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar (rcp) o ventilación mecánica invasiva es primariamente clínica y basada en protocolos científicamente respaldados en las circunstancias actuales de excepcionalidad. Se debería reflejar una visión

individualizada en función de las características clínicas del paciente incluyendo, al menos, una valoración funcional, cognitiva y social.

Se debe destacar que existen barreras por parte del equipo de salud que es importante mencionar para trabajarlas individual o colectivamente y así facilitar el proceso de comunicación:

- Negación a la muerte.
- Grandes expectativas en los adelantos tecnológicos.
- Miedo a ser culpado por lo que pueda sucederle al paciente.
- Temor a la reacción emocional del interlocutor.
- Miedo a enfermarse, a lo desconocido, a la propia muerte.
- Hay ocasiones en las cuales el médico o el enfermero creen que no tienen nada más para dar. En esos momentos, debemos confiar en lo que somos como personas y en el extraordinario valor que tienen el estar presente y la actitud de escucha activa.

Como resumen se establecen recomendaciones generales:

- posibilitar el contacto con un referente afectivo (virtual o presencial), teniendo en cuenta los criterios epidemiológicos de aislamiento vigente cuando el paciente se encuentre con un pronóstico de vida limitado en sala común.
- indagar en la existencia de documento de voluntades anticipadas, creencias espirituales, valores familiares.
- fortalecer las herramientas de la comunicación como la empatía, escucha activa, compasión y respeto.
- desde una perspectiva bioética, los profesionales de la salud deben enmarcar su práctica en los siguientes principios:

Deber de brindar atención. Los cuidados paliativos son un componente crítico de cualquier situación pandémica y los profesionales tenemos la obligación de brindar atención y aliviar el sufrimiento equilibrando este deber con las obligaciones en competencia para proteger nuestra propia salud y la de nuestras familias.

Equidad y reciprocidad. Deberíamos enfocar mayores recursos paliativos en pacientes críticos que no son candidatos a recibir terapia de soporte vital. Estos pacientes (y sus familias) corren un gran riesgo de sentirse abandonados por el sistema de atención de salud y deben recibir atención orientada a objetivos terapéuticos de confort por un equipo interdisciplinario en cuidados paliativos.

Bibliografía:

1. Guía Rápida. Recomendaciones para el control sintomático de personas afectadas por la enfermedad COVID 19, que requieran de atención paliativa. Centro
2. Universitario Multidisciplinario de tratamiento del Dolor Crónico y Cuidados Paliativos. Hospital de Clínicas.
3. Guías de apoyo y control sintomático en pacientes avanzados con COVID19, Clínica Universidad de Navarra, Versión 2.0, España, 2020.
4. Guía de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), 2020.
5. Cuidados Paliativos en Pandemia, Asociación Argentina de Medicina y Cuidados
6. Paliativos (AAMYCP), 2020
7. National Early Warning Score 2 (NEWS2) on admission predicts severe disease and in-hospital mortality from Covid-19 – a prospective cohort study. <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00764-3>
8. Accuracy of National Early Warning Score 2 (NEWS2) in Prehospital Triage on InHospital Early Mortality: A Multi-Center Observational Prospective Cohort Study.
9. doi:10.1017/S1049023X19005041
10. Evolución a la detección precoz de gravedad. ¿Hacia dónde vamos? <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.06.008>
11. National Early Warning Score (NEWS) 2. Royal College of Physicians 2017 9. Guías éticas para la atención durante la pandemia covid-19. Recomendaciones multi societarias para asignación de recursos.
12. MEDICINA (Buenos Aires) 2020; 80
13. SECPAL. Monografía Vía subcutánea. Año 2013
14. Manual INC. CABA. Año 2015.
15. Porta-Sales J, Gomez-Batiste X, Tuca A, editores. Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Madrid: Editorial Arán; 2004.
16. Instituto Pallium Latinoamérica Medicina Paliativa – Instituto investigaciones médicas Alfredo Lanari. Control de síntomas, página 3. Recomendaciones de atención a pacientes graves o en últimos días de vida en la crisis del covid-19.
17. Secpal. www.secpal.com Orientación sobre el control sintomático de enfermos afectados por la enfermedad covid y que requieren atención paliativa o se encuentren próximos al final de la vida
18. Modelo demostrativo de identificación precoz y atención continua de pacientes con cáncer y necesidades paliativas. Rev argent salud pública. 2020;12:e10

Anexos

Anexo 1. Índice de Charlson.

Relaciona la mortalidad a largo plazo con la comorbilidad del paciente. En general, se considera ausencia de comorbilidad: 0-1 pto, comorbilidad baja: 2 ptos y alta > 3 ptos.

Comorbilidad	Puntuación
Infarto de miocardio	1
Insuficiencia cardiaca congestiva	1
Enfermedad vascular periférica	1
Enfermedad cerebrovascular	1
Demencia	1
Enfermedad pulmonar crónica	1
Enfermedad del tejido conectivo	1
Úlcera péptica	1
Afección hepática benigna	1
Diabetes	1
Hemiplejía	2
Insuficiencia renal moderada o severa	2
Diabetes con afección orgánica	2
Cáncer	2
Leucemia	2
Linfoma	2
Enfermedad hepática moderada o severa	3
Metástasis	6
SIDA	6

Anexo 2. Cuestionario de Fragilidad

¿Usted está cansado?

¿Es incapaz de subir un piso de escaleras?

¿Es incapaz de caminar una manzana?

¿Tiene más de 5 enfermedades?

¿Ha perdido 5% de su peso corporal en los últimos 6 meses?

Interpretación:

Frágil: 3 ó más respuestas positivas.

Pre-Frágil: 1 ó dos respuestas positivas.

Robusto: ninguna respuesta positiva.

Anexo 3.**Índice de Barthel. Actividades de la vida diaria**

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones		
	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Anexo 4. Escala de deterioro cognitivo y demencia GDS. Reisberg

Estadio	Nivel del déficit cognitivo	Fase clínica	Características clínicas
GDS 1	Inexistente	Normal	No existe deterioro cognitivo subjetivo ni objeto
GDS 2	Muy leve	Olvido	Quejas subjetivas de déficit de memoria especialmente en: Olvido de objetos Olvido de nombres y citas No se objetiva el déficit en el examen clínico ni en el entorno sociolaboral. Es consciente de sus síntomas.
GDS 3	Leve	Confusional precoz	Primeros defectos claros. Manifestaciones en una o más de las siguientes áreas: Desorientación espacial Evidencia del bajo rendimiento laboral Dificultad para recordar nombres, evidentes para los familiares Tras la lectura retiene relativamente escaso material Olvida la ubicación de objetos de valor El déficit de concentración es evidente para el clínico Ansiedad leve o moderada Se inicia la negación como mecanismo de defensa
GDS 4	Moderado	Confusional tardío	Déficit manifiestos Olvido de hechos cotidianos o recientes Puede presentar déficit en la memoria de su historia personal Dificultad de concentración evidente en operaciones de resta Incapacidad para planificar viajes, vida sociolaboral o realizar tareas complejas Embotamiento o labilidad afectivos Mecanismo de negación domina el cuadro Conserva la orientación en tiempo y persona, el reconocimiento de rostro y personas familiares y la capacidad de viajar a lugares conocidos
GDS 5	Moderadamente grave	Demencia inicial	Necesita asistencia en determinadas tareas (no necesita ayuda para el aseo y comida, pero sí para seleccionar sus ropas) Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana Con frecuencia hay desorientación temporoespacial Presenta dificultad para contar en orden inverso desde 40, de 4 en 4 o desde 20, de 2 en 2 Es capaz de retener su nombre y los de su esposa e hijos
GDS 6	Grave	Demencia leve	Olvida el nombre de la esposa y los sucesos recientes Retiene datos del pasado Hay desorientación temporoespacial Tiene dificultad para contar de 10 en 10 en orden directo o inverso Puede necesitar asistencia en actividades de la vida diaria y presentar incontinencia Recuerda su nombre y distingue a los familiares de los desconocidos Hay trastornos del ritmo diurno Presenta cambios en la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognitiva)
GDS 7	Muy grave	Demencia grave	Pérdida de todas las capacidades verbales (el lenguaje puede quedar reducido a gritos o gruñidos) Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia en el aseo personal Pérdida de las funciones psicomotoras Con frecuencia se observan signos neurológicos

Anexo 5. Instrumento NECPAL CCOMS-ICO, indicadores generales de progresión y severidad, e indicadores específicos por patologías, versión 1.0

Elección/Demanda o necesidad de AP	¿El paciente o su cuidador principal han solicitado la realización de tratamientos paliativos/de confort de forma exclusiva o proponen limitación del esfuerzo terapéutico? ¿Los profesionales de la salud consideran que el paciente requiere actualmente medidas paliativas o tratamientos paliativos?
Indicadores funcionales	Dependencia funcional grave establecida (Barthel <20) Pérdida de dos o más ABVD a pesar de la intervención terapéutica adecuada o impresión clínica de deterioro (sostenido, intenso/severo, progresivo, irreversible) no relacionado con proceso intercurrente
Indicadores nutricionales	Albúmina sérica <2,5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda Pérdida de peso >10% o impresión clínica de deterioro nutricional (sostenido, intenso, progresivo, irreversible) no relacionado con proceso intercurrente
Distres emocional	Presencia de distres emocional con síntoma psicológico (sostenido, intenso, progresivo) no relacionado con proceso intercurrente agudo
Síndrome geriátrico (en los últimos 6 meses)	Úlceras por decúbito persistentes (estadios III-IV), infecciones con repercusión sistémica a repetición (>1), síndrome confusional agudo, disfagia persistente, caídas (>2)
Comorbilidad	Índice de Charlson
Uso de recursos	Dos o más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios debido a enfermedad crónica en el último año. Necesidad de cuidados continuos complejos/intensos, tanto en una institución como en domicilio
Cáncer (un solo criterio)	Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico o que presente escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o metástasis en órgano vital Deterioro funcional significativo (PPS <50%) Síntomas persistentes mal controlados o refractarios a pesar de optimizar tratamiento
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC, dos o más criterios)	Disnea de reposo o a mínimos esfuerzos entre exacerbaciones Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo VEF1 <30% o criterios de obstrucción; CVF <40%; DLCO <40% Cumplimiento de criterios de oxigenoterapia Ingresos hospitalarios recurrentes (>3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones respiratorias)
Enfermedad cardíaca crónica (dos o más criterios)	Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III o IV, enfermedad valvular grave o enfermedad coronaria extensa no revascularizable Disnea o angina de reposo o mínimos esfuerzos Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo Fracción de eyeción (<30%) o hipertensión pulmonar grave (>60 mmHg) Insuficiencia renal asociada (FG <30 L/min) Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica recurrentes (>3 en último año)
Enfermedad hepática crónica grave (un criterio)	Cirrosis avanzada: estadio Child C, MELD-Na Score >30 o al menos una de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepatorenal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico Carcinoma hepatocelular: presente, en estadio C o D (BCLC)
Enfermedad renal crónica grave (un criterio)	Insuficiencia renal grave (FG <15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo o trasplante
Enfermedad neurológica crónica (1): ACV (un criterio)	Durante la fase aguda (<3 meses post ACV): estadio vegetativo persistente o de mínima conciencia >3 días Durante la fase crónica (>3 meses post ACV): complicaciones médicas a repetición (neumonía por aspiración, pielonefritis, fiebre recurrente, úlceras por decúbito estadio III-IV o demencia con criterios de severidad post ACV)
Enfermedad neurológica crónica (2): enfermedad motoneurona (EM) y Parkinson (dos criterios o más)	Deterioro progresivo de la función física y/o cognitiva a pesar de tratamiento óptimo Síntomas complejos y difíciles de controlar Problemas del habla/aumento de dificultad para comunicarse Disfagia progresiva Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria
Demencia (dos criterios o más)	Criterios de severidad: GDS/FAST 6c o más Criterios de progresión: pérdida de 2 o más ABVD en los últimos 6 meses a pesar de intervención terapéutica adecuada, o aparición de dificultad para tragar, o negativa a comer en pacientes que no recibirán nutrición enteral o parenteral Criterios de uso de recursos: múltiples ingresos (>3 en 12 meses, por procesos intercurrentes: neumonía por aspiración, pielonefritis, septicemia, etc.) que condicionen deterioro funcional y/o cognitivo

Abreviaturas: ABVD = actividades básicas de la vida diaria; PPS = *Palliative Performance Scale*; BCLC = *Barcelona clinic liver cancer*; ACV = *accidente cerebrovascular*; DLCO = difusión pulmonar de monóxido de carbono; VEF1 = volumen de espiración forzada 1 seg.; CVF = capacidad vital forzada; FG = filtrado glomerular; NYHA = *New York Heart Association*; GDS/FAST = *Global Deterioration Scale/Functional Assessment*



Anexo 6

Clasificación de ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)

GRADO	ECOG
0	Actividad normal sin restricción ni ayuda
1	Actividad restringida. Deambula
2	Incapacidad para cualquier actividad laboral. Menos del 50 % del tiempo encamado
3	Capacidad restringida para los cuidados y el aseo personal. Mas del 50% del tiempo encamado
4	Incapacidad total. No puede cuidar de si mismo. El 100% del tiempo encamado
5	Difunto

Anexo 7. Score NEWS₂

Consta de los siguientes parámetros

- FR
- Oximetría de pulso
- Presión arterial sistólica
- Frecuencia cardiaca
- Temperatura
- Nivel de conciencia

Esquema de puntuación

Physiological parameter	Score							
	3	2	1	0	1	2	3	
Respiration rate (per minute)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25	
SpO ₂ Scale 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96				
SpO ₂ Scale 2 (%)	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 on air	93–94 on oxygen	95–96 on oxygen	≥97 on oxygen	
Air or oxygen?		Oxygen		Air				
Systolic blood pressure (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220	
Pulse (per minute)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131	
Consciousness				Alert			CVPU	
Temperature (°C)	≤35.0		35.1–36.0	36.1–38.0	38.1–39.0	≥39.1		

Esta valoración clasificará al paciente según el riesgo en 3 grupos y recomendará el cuidado en cada uno de ellos.

RIESGO	TIPO DE CUIDADO
Bajo riesgo. Puntaje menor a 4.	Puede quedar en domicilio y control médico a las 12 horas
Riesgo intermedio. Puntaje 5 a 6	Debe tener un control médico en las próximas 6 horas Traslado para evaluación en guardia
Riesgo Alto. Puntaje 7 o más	Traslado a sala de emergencia para control continuo

Link de score. Tiempo de ejecución menor a 5 minutos.
<https://www.mdcalc.com/national-early-warning-score-news-2>

Anexo 8 Escala de gravedad CURB₆₅:

C: Confusión aguda,

U: Urea ≥ 41 mg/dL,

R: Frecuencia respiratoria ≥ 30 RPM,

B: Presión sistólica ≤ 90 mmHg o diastólica ≤ 60 mmHg y **65:** edad ≥ 65 .

Cada ítem puntuúa 1. Se recomienda ingreso hospitalario si puntuación total ≥ 1

Criterios de ingreso en UTI ATS/IDSA: 1 mayor o 3 menores

Criterios mayores:	
<ul style="list-style-type: none">• Necesidad de ventilación mecánica invasiva• Shock con necesidad de vasopresores	
Criterios menores:	
<ul style="list-style-type: none">• Frecuencia respiratoria >30 rpm• $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 250$• Infiltrados multilobares• Confusión/desorientación• Uremia > 45 mg/dL	<ul style="list-style-type: none">• Leucopenia < 4.000 cel/mm³• Trombocitopenia: plaquetas < 100.000 cel/mm³• Hipotermia (T° central < 36.8)• Hipotensión con necesidad de administración agresiva de fluidos

Criterios de No ingreso a UTI (Pacientes COVID + o No COVID)

Criterios generales de exclusión a UTI:

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

Criterios específicos de exclusión a UTI:

- Deseos del paciente (instrucciones anticipadas, etc.)

- Paro cardiorrespiratorio no presenciado, ritmo no desfibrilable o recurrente, o un evento en menos de 72 h del primero
- Deterioro cognitivo severo
- Enfermedad neuromuscular avanzada sin posibilidad de tratamiento
- Enfermedad maligna metastásica con mal pronóstico de sobrevida a corto plazo, con alguno de los siguientes elementos: Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) ≥ 2. Ver Anexo 6, enfermedad progresiva o estable bajo tratamiento, riesgo de mortalidad al año > 50% o tratamiento experimental
- Paciente con inmunodepresión avanzada e irreversible
- Evento neurológico severo e irreversible
- Enfermedad neurológica degenerativa avanzada
- Demencia severa, broncoaspiración recurrente
- Insuficiencia orgánica en estado avanzado o final (cualquiera de los siguientes):
 - Insuficiencia cardíaca NYHA clase III o IV,
 - EPOC con VEF1 < 25% del VTN,
 - Hipertensión pulmonar secundaria,
 - Fibrosis quística con VEF1 post-broncodilatador < 30% del VTN,
 - Fibrosis pulmonar con TLC < 60%,
 - EPOC GOLD 4 o con VEF1 < 25% del VTN o cor pulmonale,
 - Enfermedad renal crónica en etapa V según criterios KDIGO,
 - Hipertensión pulmonar primaria con NYHS clase III o IV,
 - Necesidad de oxigenoterapia domiciliaria a largo plazo,
 - Fracaso hepático con Child-Pugh score > 7,
 - Cirugía electiva paliativa.

Anexo 9. Manera de realizar la sedación

En caso de sedar por disnea:

- Midazolam (1 ampolla 15 mg/3 ml) es la primera opción.
- Dosis inicio: 1 ml (5 mg) repetir cada 5 minutos EV/SC hasta lograr la sedación.
- Dosis de mantenimiento: la dosis requerida para lograr la sedación se multiplicará x 6.
- Dosis de rescate: dosis que se utilizó para lograr la sedación inicial.
- Dosis máxima: 240 mg/24h
- Ej1: dosis de inicio 5 mg (=1/3 amp) en 15 minutos x 6 dosis =30 mg (2 amp/24h).
- Ej2: si la dosis de inicio se administra en 3 ocasiones hasta lograr la sedación, sería 15 mg x 6= 90 mg (serían 6 ampollas las que deberían pasar en 24 horas para mantener la sedación)
- Indicación: SF 500 ml + 2 amp de midazolam a 21 ml/h x bomba de infusión continua
- Rescates: con 1/3 amp de midazolam si existe excitación y/o desasosiego y evaluar respuesta.
- Lorazepam, se puede usar cuando no esté disponible el midazolam. Con dosis de inicio de 2-4 mg cada 2 a 4 horas. Pico de la acción a los 30 minutos. Dosis habitual de 20 mg día. Más complejo para titular que el midazolam.

Si la sedación se inicia por delirio:

- La medicación de elección es la levomepromazina (1 amp 25 mg/ 1 ml)
- Dosis inicio: se calcula la dosis de inicio de manera similar que el midazolam, pero con dosis iniciales de 12,5 - 25mg cada 15 minutos hasta lograr sedación, con un máximo de tres dosis (75mg). La vida media es más prolongada por lo cual se indica cada 6-8 horas.
- Dosis de mantenimiento: en función de la dosis utilizada en la inducción se recomienda infusión continua entre 75 -100 mg /24h.
- Dosis rescate: es idéntica a la dosis de inicio y podría utilizarse cada 6/8h.
- Dosis máxima: 300mg/24h

Durante la sedación se deben mantener otros fármacos esenciales en los cuidados paliativos:

- Hioscina (amp 20 mg/ml) utilizada en los estertores. Dosis de 60 a 120 mg (hasta 6 ampollas por día)
- Morfina (amp 10 mg/ml), por dolor, disnea, tos. Dosis de inicio: 2,5 mg en bolo (reevaluar a los 5 minutos si mejoró el síntoma y de esta manera titular).
Dosis de mantenimiento: la dosis de inicio por 6. (Ej. si es de 5 mg por 6 = 30 mg = 3 amp a pasar por BIC a 21 ml/hora o a 7 gotas por minuto si fuera diluido en un suero fisiol de 500 ml).
Dosis de rescate: corresponde al 10 % del total diario, o a la dosis de inicio.

Cabe destacar que la sedación la podremos realizar en forma EV o SC. a intervalos, o con medicación en forma continua en 24 hs. Se aconseja la segunda más rescates, para disminuir la exposición del personal de salud. En caso de no poseer un dispositivo para el paso administrado de la medicación en 24 hs (por ejemplo: bomba de infusión continua), dividir la dosis diaria en dos sachet, para disminuir el riesgo del paso de la dosis calculada para 24 hs en forma accidental.

Anexo 10. Escala para evaluación de nivel de sedación de Ramsay

NIVEL I	Agitado, angustiado.
NIVEL II	Tranquilo, orientado y colaborador.
NIVEL III	Respuestas a estímulos verbales.
NIVEL IV	Respuesta rápida a la presión en glabela o estímulos dolorosos.
NIVEL V	Respuesta perezosa a la presión en glabela o estímulos dolorosos.
NIVEL VI	Sin respuesta

Anexo 11. Vía subcutánea y fármacos

Definición: es una vía parenteral efectiva, segura, económica y confortable para la administración de fármacos e hidratación (hipodermoclisis).

Ventajas:

- Es la vía de elección cuando se pierde la vía oral.
- Útil en el domicilio porque con instrucciones simples se puede realizar el manejo de la misma.

- Poco agresiva
- Evita las inyecciones frecuentes
- No se necesita de hospitalización para su uso
- Brinda autonomía al paciente, más cómoda, confortable y económica
- Tiene menos complicaciones que la vía ev
- Inconvenientes y complicaciones:
 - Desconexión en la zona de punción.
 - Reacciones locales: eritema, induración, edema, dolor, hipertermia local, absceso y hematomas.
 - Salida accidental de la vía.
 - Hipersensibilidad al material y medicación.
 - Indicaciones de la vía sc:
 - Disfagia severa u odinofagia.
 - síndrome de obstrucción intestinal.
 - Incapacidad para control de síntomas por otra vía.
 - sedación, coma, confusión o alteración del nivel de conciencia en general.
 - agonía
 - náuseas y vómitos incoercibles y persistentes.
 - Vía alternativa eficaz para el inicio de sedación paliativa ante refractariedad sintomática (disnea, delirium hiperactivo, hemorragia masiva, dolor)
 - Fístulas esófago-traqueales o entero-cutáneas.
 - Mega dosis orales o dudas acerca del cumplimiento de la medicación por vía oral.
 - Debilidad extrema.

Recomendaciones para disminuir la aparición de reacciones locales:

- Disminuir el número de fármacos, mezclar los que sean compatibles y administrarlos por diferentes vías.
- Utilizar suero fisiológico al 0,9% como diluyente de elección.
- Seleccionar el sitio de punción teniendo en cuenta las características de cada paciente, haciendo hincapié en su estado nutricional (sme. Cauquexia-astenia-anorexia), mental (si está confuso es conveniente utilizar la zona escapular) y en la movilidad del paciente.
- Revisar con regularidad el sitio de punción en busca de dolor, tumefacción, eritema, induración, hipertermia local y fuga de solución
- Técnica de colocación:
- Lavado de manos
- Elección del sitio de punción.

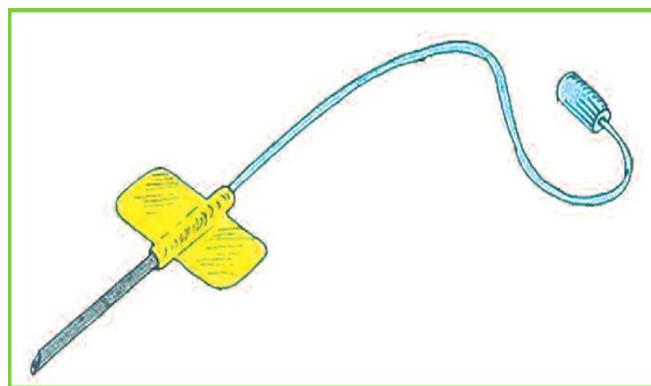
- Asepsia de la zona.
- Formar un pliegue en la piel entre el índice y pulgar de la mano no dominante (pellizco correcto)
- Insertar la aguja o catéter en el pliegue creado, en un ángulo aproximado entre 30° a 45°.
- Fijar con apósito transparente, en lo posible.
- Técnica de manejo:
 - Se utilizan butterflies metálicos de teflón y catéteres de doble lumen vialon.
 - Para ambos se recomienda utilizar un calibre entre 21g, 23g y 25g tanto para medicación como para hipodermoclisis.
 - El mayor calibre permitirá una mayor velocidad de perfusión.
- Material necesario:
 - Butterfly o catéter doble lumen
 - Perfus (macrogoteo)
 - Apósito transparente (tipo tegaderm)
 - Guantes no estériles.
 - Gasa estéril o torunda de algodón.
 - Antiséptico
 - Rótulo

Material necesario para colocar una vía subcutánea





Butterfly:



Catéter doble lumen:



Zonas de punción:

- Zona infraclavicular, evitando el tejido mamario. De elección para comodidad del paciente y la familia, por su facilidad de acceso tanto para uso como para vigilancia de la misma.
- Zona deltoides (no utilizable para hipodermoclisis).
- Cuadrantes superiores del abdomen, insertando la aguja lateralmente para evitar sensación de pinchazo al paciente cuando se siente o se acueste.
- Cara anterior de los muslos (son de preferencia para la hipodermoclisis.)
- Zona escapular, sobre todo en pacientes confusos. También se puede utilizar para grandes volúmenes

Modos de administración de fármacos:

Podemos considerar dos formas de administrar medicamentos por vía subcutánea:

En bolo**Infusión continua****Administración de fármacos en bolo e infusión continua: ventajas y desventajas**

Bolo	Infusión continua
Permite pequeños volúmenes (máximo 5ml).	Permite administrar mayor volumen. (máximo aconsejable 1500 ml /día por cada vía).
Mejor efecto en el dolor agudo	Peor efecto en el dolor agudo.
Lavar la vía post administración de fármacos con 0,5ml de solución salina al 0,9%	Concentración del fármaco en el plasma más uniforme.
Mayor número de manipulaciones	Evita múltiples manipulaciones
Menor coste	Costo más elevado por la necesidad de disponer de bic

Mayor libertad y autonomía del paciente	Menor autonomía del paciente.
---	-------------------------------

Fármacos de uso frecuente en cuidados paliativos por Vía SC:

Analgesicos	Neurolepticos/benzodiacepinas
Diclofenac sódico	Haloperidol
Dipirona	Levomepromazina (diluir en sf)
Fentanilo	Midazolam
Morfina	Fenobarbital(administrar por vía exclusiva)
Ketorolac(administrar por sitio exclusivo por ser alcalino)	Clorpromazina: irritante, administrar solo en infusión continua
Tramadol	

Antieméticos	Protectores gástricos/antisecretores
Metoclopramida	Ranitidina
Haloperidol	Omeprazol (administrar en infusión continua)
Ondansetron	Hioscina/escopolamina
Dexametasona (utilizar en una vía exclusiva, ph alcalino)	Octreotide

Antagonistas opioides	Bifosfonatos
Naloxona: en depresión respiratoria inducida por opioides	Clodronato/aczoledrónico
Metilnaltrexona: en constipación inducida por opioides	Pamidronato

Heparina	Cloruro de k
----------	--------------

Hidrocortisona	Fenitoína (siempre diluido en infusión continua)
Difenhidramina	Vitamina k

Mezclas de 4 fármacos compatibles:

- Morfina + midazolam + haloperidol + hioscina
- Morfina + midazolam + haloperidol + metoclopramida
- Morfina + midazolam + hioscina + metoclopramida
- Morfina + haloperidol + hioscina + metoclopramida
- Morfina + hioscina + dexametasona + metoclopramida
- Morfina + haloperidol + hioscina + metoclopramida
- Tramadol + midazolam + haloperidol + hioscina
- Tramadol + midazolam + haloperidol + metoclopramida
- Tramadol + midazolam + hioscina + metoclopramida
- Tramadol + haloperidol + hioscina + metoclopramida
- Tramadol + buscapina + dexametasona + metoclopramida
- Tramadol + haloperidol + hioscina + metoclopramida

Mezcla de 5 fármacos compatibles:

- Morfina + midazolam + haloperidol + hioscina + metoclopramida.
- Tramadol + midazolam + haloperidol + hioscina + metoclopramida.

Hipodermoclisis:

- Se recomienda utilizar sueros fisiológicos al 0,9% y glucosalinos, ya que la dextrosa produce dolor por atraer líquidos adyacentes al lugar de inyección. Si pese a ello, se utilizará dextrosa, se deben mezclar en proporción 2:1 la dextrosa al 5% y el salino.
- Es aconsejable utilizar vías diferentes a la de la hipodermoclisis para la administración de fármacos.
- es la vía de elección en los casos de delirium, ya que en estos casos la presencia de una vía endovenosa supone un aumento de sucesos traumáticos.
- En hipodermoclisis, si fuera preciso, pueden añadirse a los sueros entre 20 y 40 meq de cloruro potásico.

- No se debe utilizar en los casos de shock hipovolémico o donde la reposición de fluidos debe ser muy rápida.
- El dolor o discomfort durante la infusión es menos frecuente que en el caso de la vía iv y disminuye si se aminorá la velocidad de infusión.
- Se aconseja ser cautos con la aplicación de la hipodermoclisis en pacientes anticoagulados, por la incidencia de hemorragia en el punto de inserción