



RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES LIMITANTES DE LA VIDA Y COVID-19

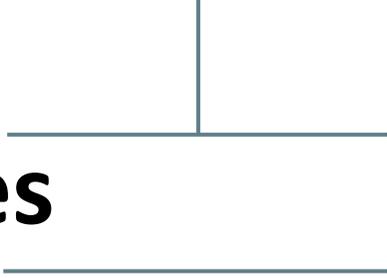
Sociedad Médica de Cuidados Paliativos - Chile
Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile
Sociedad Chilena de Medicina Intensiva
Sociedad Chilena Medicina de Urgencia



Contenido



- 01 **Grupo Objetivo**
 - 02 **Definiciones Claves**
 - 03 **Recomendaciones respecto a la toma de decisiones**
 - 04 **Recomendaciones para el manejo de síntomas**
 - 05 **Sedación paliativa**
 - 06 **Farmacos y Recomendaciones de Uso**
 - 07 **Recomendaciones para el reconocimiento y manejo de muerte inminente**
 - 08 **Recomendaciones para la comunicación de malas noticias**
 - 09 **Apoyo vía SaludResponde**
 - 10 **Evaluación de funcionalidad**
 - 11 **Algoritmo para manejo de síntomas**
 - 12 **Uso de fármacos por vía subcutánea**
- 



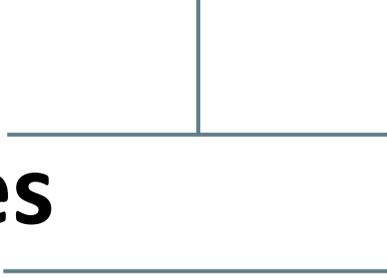
Definiciones claves

Cuidados Paliativos:

Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor, así como otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales (OMS 2018).

Éstos sólo pueden ser entregados por profesionales del área de la Salud capacitados o especialistas en Medicina Paliativa.





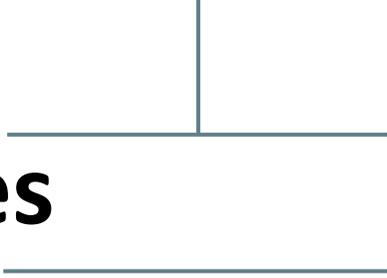
Definiciones claves

Cuidados Compasivos:

Serie de acciones de cuidado que se llevan a cabo con amor y empatía hacia otra persona que está pasando por una situación que desequilibre su vida y estos se proporcionan en forma desinteresada.

Éstos no contemplan necesariamente un actuar de orden médico, pudiendo ser entregados por cualquier persona (familiares, sacerdotes, pastores, grupo de apoyo, personal de salud, entre otros).





Definiciones claves

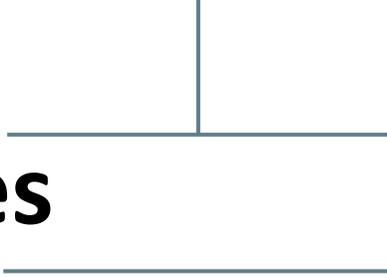
Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET)

Es la decisión meditada sobre la no implementación o la retirada de las terapéuticas médicas al anticipar que no conllevarán un beneficio al paciente.

Se basa en criterios médicos por un lado (MBE, Pronóstico, Terapias fútiles) y consideración de las preferencias y valores del paciente (o su subrogante) en relación al beneficio o daño de los tratamientos; por otro lado.

Se prefiere por sobre el concepto de Limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET).





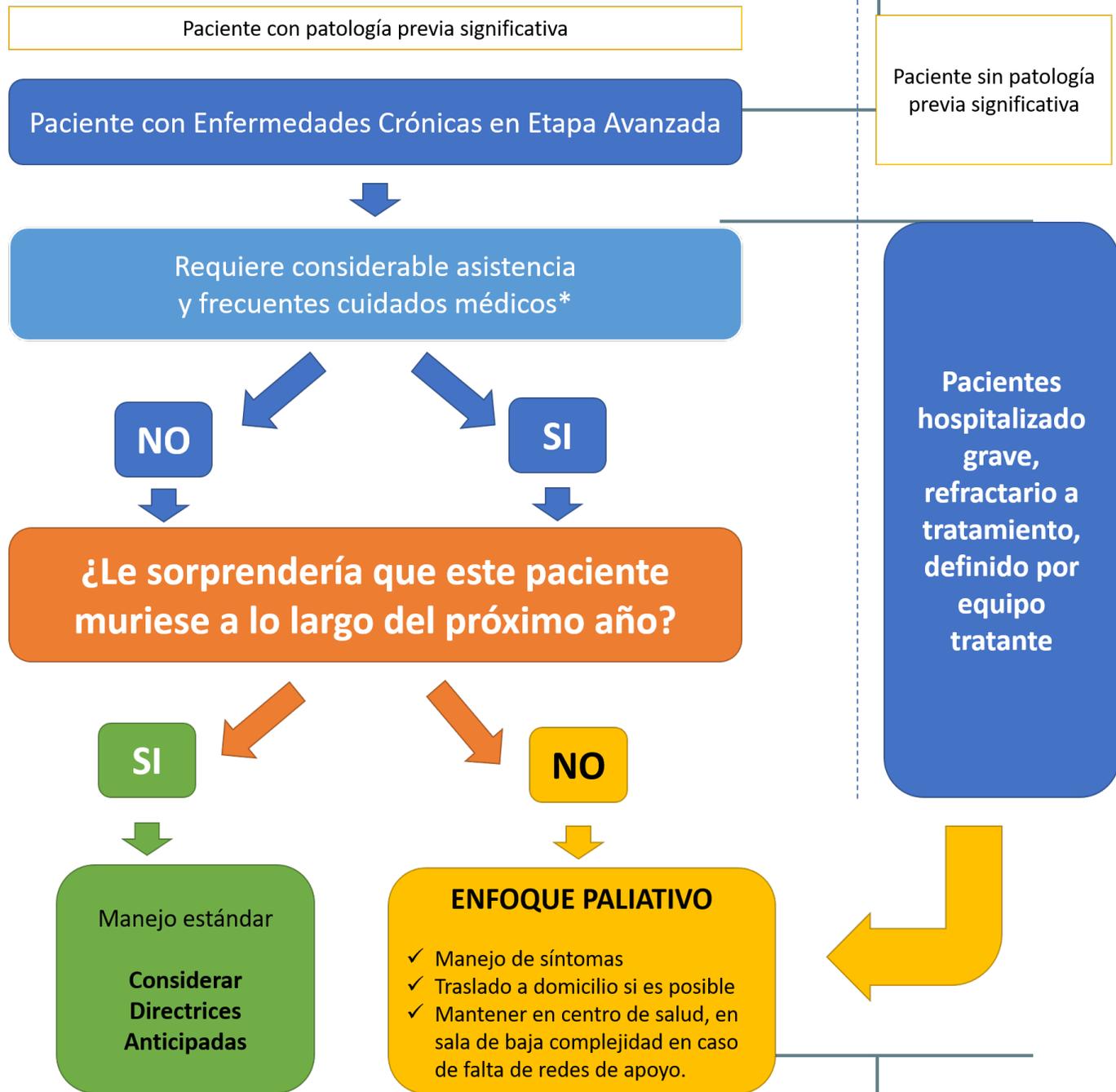
Definiciones claves

Directrices Anticipadas

Son disposiciones que una persona decide ejerciendo su autonomía y en pleno uso de sus facultades mentales sobre qué medidas y cuidados médicos quiere recibir (o no recibir) en caso de tener una enfermedad grave.

En nuestro país no son legalmente vinculantes, pero muy recomendables, por la gran utilidad clínica que tiene para los equipos y los familiares/cuidadores de los pacientes.





Recomendaciones respecto a toma de decisiones

* Karnofsky 50% o menos



Recomendaciones para el manejo de síntomas

En el contexto de Pandemia por COVID19, para protección del personal de salud, recomendamos la administración mediante infusión permanente utilizando el mejor dispositivo disponible: bomba de infusión, bomba elastomérica, bomba de jeringa, microgotero, entre otros.

El medicamento preparado tiene una duración de 24 horas.





Recomendaciones para el manejo de síntomas

PRINCIPIOS GENERALES DEL USO DE OPIOIDES:

La dosis correcta de opioides es la dosis que controla la disnea y el dolor, con un perfil aceptable de efectos secundarios (náuseas, vómitos, constipación, delirium).

La morfina y el fentanilo no tienen dosis máximas.

La morfina es el estándar, excepto en pacientes con deterioro de la función renal.

El fentanilo es de elección en pacientes con TFG menor a 30ml/min.

Siempre comenzar con dosis lo más baja posible en **horarios fijos o por infusión continua**.

Agregar **rescates del 10 a 15% de la dosis total diaria, cada 30 a 60 min según necesidad**





Recomendaciones para el manejo de síntomas

Manejo de Disnea Moderada a Severa en paciente con COVID-19:

Los opioides pueden aliviar la disnea en pacientes con síntomas moderados a severos, pero no reemplazan manejo de las causas subyacentes ni precipitantes.

Considerar causas potencialmente tratables como sobreinfección bacteriana, derrame pleural, tromboembolismo pulmonar, etc.

Asociar a medidas no-farmacológicas: cambio de posición, técnicas de relajación.

Puede o no ser concomitante con manejo de fin de vida.

Diferenciar de sedación paliativa.





Recomendaciones para el manejo de síntomas

Manejo de Disnea Moderada a Severa en paciente con COVID-19:

En casos muy severos se puede realizar titulación rápida de morfina iniciando con 1 a 3 mg cada 30 a 60 minutos vía SC o EV, hasta controlar la disnea y luego continuar con dosis horaria de inicio y titular con rescates según necesidad





Recomendaciones para el manejo de síntomas

Dolor

Puede presentarse debido a las comorbilidades existentes o como resultado de la tos excesiva e inmovilidad. Evaluar con escala visual o verbal numérica de 0 a 10.

- **Leve (1-3):** AINES – Paracetamol – Metamizol (dosis habituales) En pacientes con infección por COVID-19 en el contexto de dolor en fin de vida se considera que los beneficios de su uso superan los riesgos.
 - **Moderado a Severo (4-10):** manejo con opioides.
- 



Recomendaciones para el manejo de síntomas

Delirium terminal

Alteración de la conciencia que compromete principalmente la atención, de instauración brusca y que fluctúa durante el día.

Cuando es refractario puede ser en contexto de fin de vida.

Para efectos de este documento, las recomendaciones son exclusivas para COVID-19 por lo cual se hace hincapié en el manejo farmacológico, para evitar exposición del personal de salud.





Recomendaciones para el manejo de síntomas

Fiebre

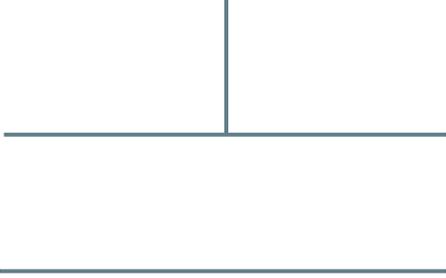
Puede causar importante malestar.

No se recomiendan medidas físicas por el riesgo de infección por COVID-19.

Manejo farmacológico:

- Paracetamol 1 gramo cada 8 hrs
 - AINEs/Metamizol en dosis habituales considerar en pacientes en fin de vida (por vía SC se puede usar ketorolaco 15-30 mg [bien tolerado] o diclofenaco 50 mg [irritante])
- 

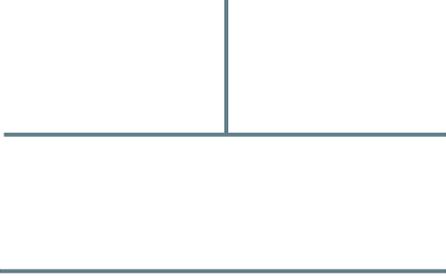
Sedación paliativa



La intención de la sedación es **aliviar un síntoma refractario** y **NO adelantar la muerte**, en pacientes cuya muerte se prevé próxima y que presentan sufrimiento intolerable y refractario a un tratamiento realizado en un tiempo razonable.



Sedación paliativa

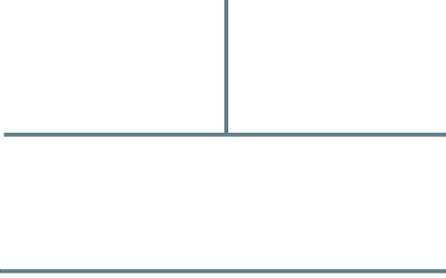


En pacientes con COVID-19 que tengan mal control de síntomas y no son candidatos a ingreso en unidades de cuidado intensivo o están bajo ventilación mecánica invasiva en contexto de fracaso terapéutico, la sedación paliativa se convierte en una alternativa para el manejo de síntomas refractarios.

Los síntomas que motivan la sedación con mayor frecuencia son la disnea, delirium terminal y hemorragias masivas.



Sedación paliativa



PROTOCOLO

- Discutir caso dentro del equipo tratante y confirmar que existe acuerdo respecto del uso de sedación paliativa.
 - Mantener fármacos para el control de síntomas (analgésicos, antipsicóticos y otros).
 - Definir mantención o no de hidratación y/o alimentación artificial.
 - Suspender intervenciones que no aporten al confort y control de síntomas (monitorización, profilaxis farmacológicas y otros).
 - Monitorizar frecuentemente que se mantenga el nivel de sedación requerido.
 - Se recomienda sedación con Midazolam
- 

Sedación paliativa

Se debe **registrar** en la ficha clínica el **motivo** de la sedación y el **acuerdo con paciente y/o familia**.

Después de iniciar sedación, paciente no recuperará conciencia. Se recomienda comunicar esto al paciente y su familia y facilitar rituales de despedida, en la medida de lo posible:

- Considere videollamada o grabaciones de voz/video
- Considere presencia de un familiar según disponibilidad de EPP

La sedación debe seguir siempre el principio de proporcionalidad, siendo el objetivo alcanzar un nivel de sedación suficientemente profundo como para aliviar el sufrimiento que motivó su indicación.

Fármacos y Recomendaciones de uso

	Fármaco		Dosis basal	Frecuencia	Rescates (SOS)	Via administración	Observación
Disnea y/o Dolor	Morfina	Inicio	2 mg	cada 4 hrs	2 mg	SC o EV	Priorizar uso de BIC + rescates
		Titulación	Dosis basal + rescates últimas 24 hrs.	cada 4 hrs	10-15% de dosis basal	SC o EV	Si disnea persistente, aumentar 25-50% dosis total
	Fentanilo	Inicio	25ug	cada 15-30 min		SC o EV	Hasta lograr control del síntoma
		Titulación	15ug/h		25-50ug	BIC	Se recomienda infusión continua por vida media corta

Fármacos y Recomendaciones de uso

	Fármaco	Dosis basal	Frecuencia	Rescates (SOS)	Via administración	Observación
Delirium	Haloperidol	2,5 mg	cada 8 hrs	0,5 mg	SC	Titular según rescates, dosis máxima 20mg/24 hrs
		Si el síntoma persiste con Haloperidol en dosis máxima, AGREGAR:				
	Midazolam	2,5 mg	cada 4 a 6 horas		SC o EV[1]	Evaluar infusión continua 10 a 30 mg /24 hrs
		Si síntoma persiste, SUSPENDER Haloperidol y REEMPLAZAR por:				
	Clorpromazina	25mg	cada 6 horas		SC o EV[2]	

Fármacos y Recomendaciones de uso

	Fármaco		Dosis basal	Frecuencia	Rescates (SOS)	Via administración	Observación
Sedación Paliativa	Midazolam	Inducción	2-5 mg	5-20min		SC o EV en bolo lento	Repetir la dosis hasta lograr nivel de sedación buscado.
		Mantención	1-5 mg/hr (*)	infusión continua	Igual a dosis horaria	SC o EV	Iniciar infusión continua inmediatamente después de haber logrado la inducción, para mantener efecto clínico.
			(*)Dosis horaria inicial puede ser equivalente al 50% de la dosis de inducción				
		Titulación:	Dosis horaria + rescates últimas 24 horas	infusión continua	Igual a dosis horaria	SC o EV	Dosis máxima 240 mg/24 hrs. Si con esta dosis no se alcanza sedación necesaria, considerar uso de Propofol o Fenobarbital.



Reconocimiento y Manejo de Muerte Inminente

En esta situación el inicio de medidas invasivas, incluyendo la reanimación cardiopulmonar, es desproporcionado y fútil, por lo que está desaconsejado.

El oportuno reconocimiento de este momento en la trayectoria de enfermedad del paciente es primordial, ya que las intervenciones terapéuticas adecuadas son aquellas que:

- Buscan detener o suspender las terapias que no contribuyen al confort (ej. monitorización/telemetría, antibióticos, hidratación EV)
 - Tratan los síntomas a medida que aparecen
 - Favorecen el acompañamiento y el cuidado
- 



Recomendaciones para comunicación de malas noticias

1. Preparar la situación: *prepararse uno mismo para la entrevista y establecer buen contacto con el familiar.*

Conocer diagnóstico previo y enfermedades de base, carga de enfermedad, pronóstico

Conocer situación actual: gravedad, pronóstico, alternativas terapéuticas, plan de tratamiento





Recomendaciones para comunicación de malas noticias

2. Valorar la percepción que tiene el familiar de la situación

Comenzar con una pregunta abierta: “¿Cómo se encuentra?”

Ver qué sabe: “¿Qué le han explicado sobre la evolución que lleva su pariente?”

Si manifiesta expectativas irreales: “Desearía que fuera como dice”

Abordar negación: “Puedo ver que es difícil para usted hablar de esto”.





Recomendaciones para comunicación de malas noticias

3. Pedir permiso para dar la información: determinar si quiere la información o está preparado para ello.

Es sólo una insinuación o un **paso intermedio** que permite al familiar percibir que vienen malas noticias “¿quiere saber cuál es la situación actual”?





Recomendaciones para comunicación de malas noticias

4. Dar la Información: Primero se debe preparar para dar la mala noticia y, luego, asegurarse de que el familiar entiende lo que le estamos explicando.

Dar un tiro de aviso: “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.

Abordar las dudas o preguntas que puedan surgir.





Recomendaciones para comunicación de malas noticias

5. Responder a las emociones: Anticipar las reacciones emocionales.
(NURSE)

Identificarlas y nombrarlas para ayudarle a hacer frente a ellas. (“Veo que le ha asustado, le ha entristecido, le ha impactado mucho”)

Legitimarlas y normalizarlas. (“es normal sentirse así en una situación como ésta”)

6. Asegurarse: ver que le ha quedado claro lo que hemos hablado y abordar los siguientes pasos a dar (posibilidades y alternativas).



Recomendaciones para comunicación de malas noticias

ENTREGA TELEFÓNICA DE MALAS NOTICIAS

En la medida de lo posible, *siempre es preferible la entrega de información presencial a pacientes y familiares*, sobre todo en caso de la entrega de malas noticias.

Debido a los cambios en los regímenes de visita que se han implementado en los hospitales debido a la pandemia por COVID-19, con restricciones e incluso prohibición de visitas, en muchas oportunidades la entrega *telefónica* de malas noticias será necesaria.

La información telefónica del fallecimiento de un paciente es una de las situaciones comunicacionales más complejas y estresantes para un clínico.



Recomendaciones para comunicación de malas noticias

La llamada debe ser realizada **lo antes posible luego del fallecimiento**. Idealmente se hubiera podido informar a los familiares del agravamiento en una llamada previa al fallecimiento.



Recomendaciones para comunicación de malas noticias

- **Identificarse** (nombre, rol, establecimiento desde donde llama).
- Preguntar la **identidad del interlocutor y su relación con el paciente**. De preferencia, hablar con el familiar más cercano o cuidador principal. No entregar información a menores de edad.
- Si no se conoce a la persona con la que se habla, **preguntar qué sabe del estado del paciente** antes de entregar las noticias.
- **Dar una advertencia**: “Me temo que tengo malas noticias”.
- **Hablar lentamente y con claridad**, utilizar lenguaje comprensible y evitar tecnicismos: “lamento tener que decirle que _____ acaba de fallecer”.
- **Permitir espacio** para preguntas y manifestaciones emocionales.



Recomendaciones para comunicación de malas noticias

Nunca entregar estas noticias a un buzón de mensajes o contestadora automática.

Si sólo es posible contactar un buzón de mensajes, dejar información de contacto fiable (anexo directo, evitar teléfono de mesa central) para que familiares devuelvan la llamada.



Apoyo vía Salud Responde

¿Necesita más ayuda?

Contáctenos a través de la **línea para profesionales de Salud Responde**
224 33 94 82

Línea disponible para que profesionales de salud realicen consultas a especialistas como apoyo en toma de decisiones en las siguientes circunstancias:

- Dolor y otros síntomas de difícil manejo o refractarios
- Control de síntomas en paciente en fin de vida
- Establecimiento de metas de cuidado y tratamiento
- Comunicación de mala noticias
- Manejo comunicacional con la familia y el paciente

Considere recopilar datos **esenciales**

Datos del paciente y su red de apoyo:			
Edad:			
¿Dónde/con quién vive?			
Solo o al cuidado de un Adulto Mayor	<input type="checkbox"/>	En casa de familiares	<input type="checkbox"/>
		Institucionalizado	<input type="checkbox"/>
¿Quién puede cuidar al paciente?			
Sin cuidadores	<input type="checkbox"/>	Pareja y/o hijos	<input type="checkbox"/>
		Vecinos u otros	<input type="checkbox"/>
¿Manifiesta Directrices Anticipadas?		Si	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Avanzada:			
¿Está en control en una Unidad de Cuidados Paliativos?		Si	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
¿Dónde?			
¿Por qué enfermedad oncológica?			
EPOC o ICC			
¿Disnea de reposo entre exacerbaciones?		Si	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
¿Oxigenoterapia crónica domiciliaria?		Si	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Hepática Crónica			
¿Ascitis a repetición o refractaria?		Si	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal Crónica (VGF <15)			
No candidato/rechazo HD		Si	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
Funcionalidad			
Capaz de autocuidado limitado. Limitado a cama o sillón más del 50% de las horas que está despierto			<input type="checkbox"/>
Completamente incapacitado, no puede realizar autocuidado. Totalmente confinado a cama o silla.			<input type="checkbox"/>
Síntomas al momento de la evaluación			
Sensación de falta de aire (0 a 10)			
Dolor (0 a 10)			
Cansancio (0 a 10)			
Delirium	Si	<input type="checkbox"/>	No
			<input type="checkbox"/>
Fármacos			
		Dosis	Horario
Tramadol	<input type="checkbox"/>		
Morfina	<input type="checkbox"/>		
Metadona	<input type="checkbox"/>		
Buprenorfina transdermico (color piel)	<input type="checkbox"/>		
Fentanilo trasdermico (transparente)	<input type="checkbox"/>		
Otro:			
Situación clínica actual			
Sospecha COVID-19	<input type="checkbox"/>	COVID-19 confirmado	<input type="checkbox"/>
Síntomas Leves	<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>
Requerimiento de O2:	No	<input type="checkbox"/>	Si
			<input type="checkbox"/>
			Flujo O2:
Destinación	Domicilio	<input type="checkbox"/>	
	Hospitalización	<input type="checkbox"/>	Unidad

Apoyo vía Salud Responde



Uso de vía subcutánea en pacientes con COVID-19 (+)

En un paciente con manejo conservador, puede ser recomendable el uso de vía subcutánea.

CAPITULO DE ENFERMERÍA
SOCIEDAD MÉDICA DE CUIDADOS
PALIATIVOS. CHILE

¿POR QUÉ LA VÍA SUBCUTÁNEA?

Es una vía de administración menos invasiva, segura, fácil de manipular, que disminuye los efectos secundarios asociados a su instalación y tiene mayor duración en el tiempo que la vía endovenosa. Así mismo, permite la administración de hidratación y diversos medicamentos

SE RECOMIENDA LA UTILIZACIÓN DE BOMBA DE INFUSIÓN CONTINUA O BOMBAS ELASTOMERICAS, PARA DISMINUIR EL CONTACTO CON PACIENTES COVID-19 (+)

MATERIALES

- Puede utilizarse catéter de Vialón o Teflón, calibre 22 – 24.
- Tapón anti reflujo o Tapa amarilla punccionable
- Apósito transparente

VIDEOS



1) INSTALACIÓN DE LA VÍA SUBCUTANEA
LINK: [HTTPS://VIMEO.COM/304373221](https://vimeo.com/304373221)



2) ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA
LINK: [HTTPS://VIMEO.COM/304374095](https://vimeo.com/304374095)



3) HIDRATACIÓN POR VÍA SUBCUTÁNEA
LINK: [HTTPS://VIMEO.COM/305474500](https://vimeo.com/305474500)

RECOMENDACIÓN
TIEMPO DE USO DE 7 - 10 DÍAS, SEGÚN VALORACIÓN

Uso de fármacos por vía subcutánea

¿DÓNDE PUNCIÓNAR?

Los sitios mas utilizados son:



FUENTE: HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO

La zona deltoidea NO es recomendada para Hidratación.

La zona escapular es el área de elección para pacientes inquietos o desorientador para prevenir autoretiro del sistema.

Para otros sitios de punción revisar el siguiente link <https://vimeo.com/304373221>

CONTRAINDICACIÓN

Una punción subcutánea debe evitarse en:

- Zonas con escaso tejido subcutáneo
- Tejido mamario
- Área periumbilical (evitar 2 - 5 cm de diámetro alrededor del ombligo)
- Pliegues
- Áreas con piel lesionada
- Áreas con edema, linfedema o ascitis
- Sitios que han sido irradiadas

MODO ADMINISTRACIÓN

BOLOS

Efecto discontinuo (en peaks). Volumen máximo 2 - 3 ml. Realizar lavado posterior con 0,2 - 0,5 ml de Suero Fisiológico.

INFUSIÓN CONTINUA (BIC O ELASTÓMEROS)

Concentración plasmática constante. velocidad máxima 3-5 ml/hr. Se pueden mezclar distintos fármacos (ver tabla 2).

En caso de Hipodermoclisis: Volumen máximo recomendado 1000 - 1500ml / 24 hrs. En caso de goteo sin bomba de infusión: 14 gotas/min.

*En caso de infusor elastomérico se debe revisar al menos una vez al día para corroborar que este descargando correctamente.

MEDICAMENTOS

No utilizar sustancias liposolubles, debido a que son irritantes y presentan mayor riesgo de precipitación y acumulación. Prefierase sustancias Hidrosolubles

MEDICAMENTO	FOTO SENSIBILIDAD	OBSERVACIONES
Morfina	Si *Proteger de la luz	Puede producir prurito
Metadona	No	Se recomienda pasar en bolos
Fentanilo	No	Suele ser bien tolerado en infusión continua
Midazolam	No	
Haloperidol	Si	Se recomienda diluir con agua destilada, ya que en altas concentraciones puede llegar a precipitar con S. Fisiológico. En mezcla: precipita en dosis iguales o superiores a 15 mg/día con 30 mg/día de Buscapina
Buscapina	No	
Metoclopramida	No	Via exclusiva
Dexametazona	Si	Se recomienda vía exclusiva. Sin embargo, puede mezclarse con Morfina. Irritante. Debe administrarse de forma lenta. Puede cristalizar cuando se mezcla con otros fármacos.
Ketorolaco	No	Via exclusiva Es el AINE mejor tolerado por vía SC. Precipita con Haloperidol. Tampoco se recomienda su mezcla con Morfina y Midazolam. Irritante
Ceftriaxona	No	Via exclusiva Se debe disolver en 100 ml de S. Fisiológico. Pasar en 20 min aprox, vigilando posibles reacciones locales.

“ En caso de mezclas (máximo 4 fármacos): Inspeccionar cuidadosamente la mezcla.

Las que son compatibles son:

Morfina + Midazolam + Haloperidol + Buscapina + Metoclopramida

Mezclas NO compatibles:

- 1) Dexametazona + Midazolam
- 2) Dexametazona + Haloperidol

Posibles complicaciones: Induración, enrojecimiento, crepitación, calor, dolor, absceso, hematoma, reflujo.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Unidad Española de Cuidados Paliativos. Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos. SP. Octubre 2013.
- 2) Bolo continuo. Bonyay - Intervencional and non-invasive. Barcelona: Barcelona Health Region, 2010 [última actualización Mayo 2018, citado 02 Abril 2020]. Disponible en: <https://www.servicioasistencialesregionscapibcn.com/wp-content/uploads/2011/01/11.pdf>
- 3) Álvarez JC, Bermejo L, Blanco RM, David AM, Gómez E, Sánchez LB, Pérez M, Pérez M, Ruiz S, Vía S. Procedimiento de administración de medicación por vía subcutánea. Servicio Gallego de Salud, 2019.
- 4) Wallis K. Basic Pharmacokinetics of subcutaneous infusion. En: R. Waller, White & S. The GAZZ. Handbook of Drug & Alcohol Studies Vol. 1, 55 City Road, London: Sage Publications Ltd, 2018. pp 37 - 54. doi: 10.4137/9781479704443.v4
- 5) Ruta Málaga RD. Guía Clínica. Uso y Recomendaciones de la Vía Subcutánea en cuidados paliativos. Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura, 2018
- 6) Equipo Extremadura de la Unidad de Cuidados Paliativos del CSUR. -2018

Uso de fármacos por vía subcutánea

GRACIAS