

## RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE CHILE PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES LIMITANTES DE LA VIDA Y COVID-19

Ante la actual situación de salud que enfrenta nuestro país, es necesario generar herramientas que faciliten la toma de decisiones en escenarios complejos para el profesional de salud. Este documento pretende entregar recomendaciones que apoyen esta toma de decisiones en pacientes con COVID-19 y enfermedades limitantes de la vida.

**Este documento entrega recomendaciones que deben ser evaluadas de acuerdo con el criterio médico en cada caso, sin excluir las prácticas médicas y éticas adecuadas, y considerando las normas y protocolos locales de cada institución.**

**Grupo objetivo:** pacientes cursando con COVID-19 y al menos una de las siguientes:

1. Enfermedad avanzada oncológica y no oncológica, limitante de la vida.
2. Marcado compromiso de funcionalidad previo a la enfermedad actual (ECOG/EVF) (Anexo 1).
3. Pacientes hospitalizado grave, refractario a tratamiento definido por equipo médico tratante

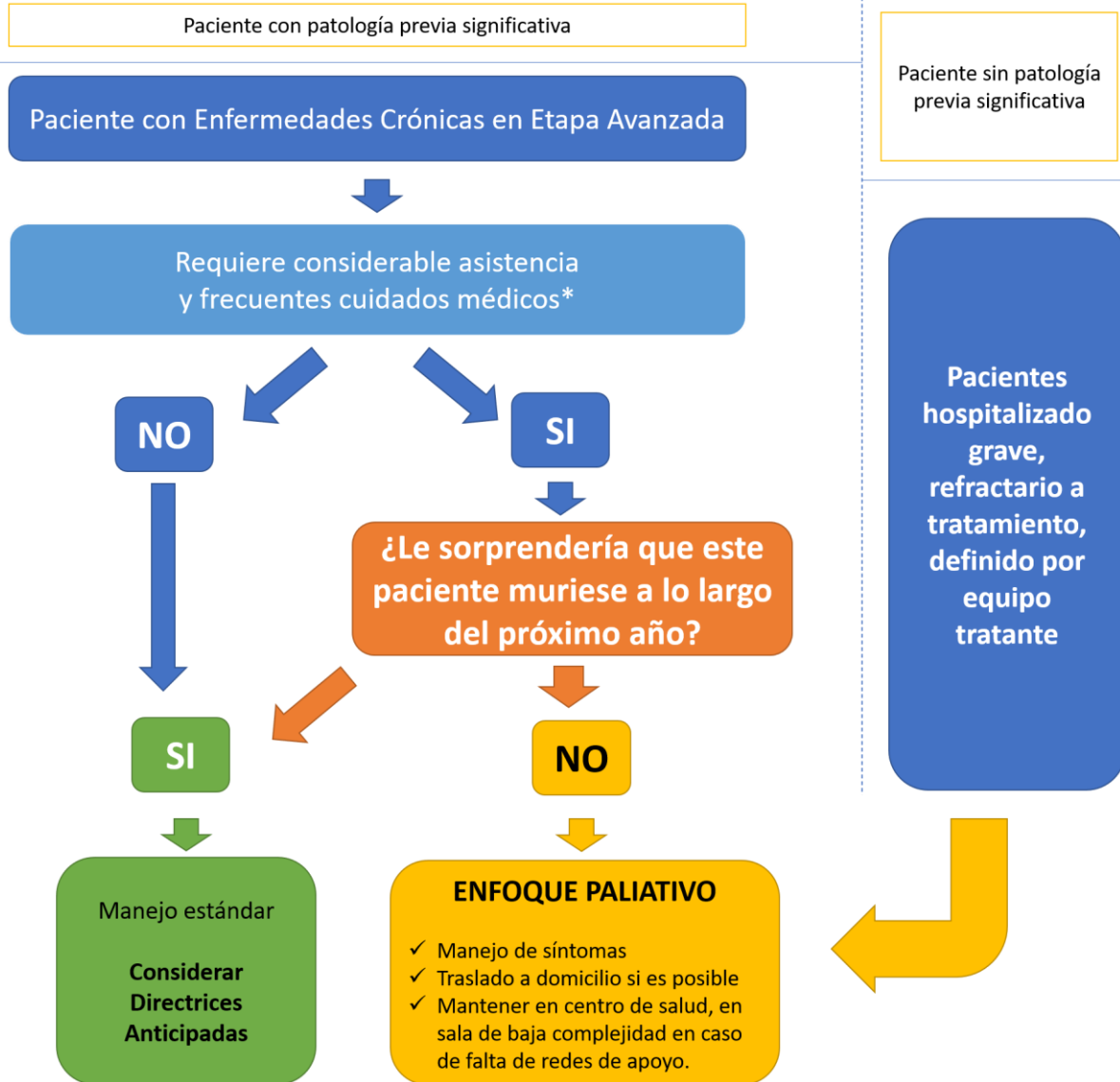
### Definiciones clave:

- **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 (definición OMS 2018).  
Éstos sólo pueden ser entregados por profesionales del área de la Salud capacitados o especialistas en Medicina Paliativa.
- **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, etc.).
- **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.
- **Directrices Anticipadas:** son disposiciones que una persona decide estando en buenas condiciones de salud mental, sobre qué medidas y cuidados médicos quiere recibir (o no recibir) en caso de tener una enfermedad grave.
- **Enfermedad Crónica Avanzada:** Enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de la autonomía y de la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a medio plazo.
- **Muerte inminente:** comprende patrón característico de síntomas y signos que ocurren en los días y horas previos a la muerte, de forma progresiva, habitualmente descrito como que el paciente está “falleciendo activamente”.



Recomendaciones en pacientes con enfermedades limitantes de la vida y COVID-19  
VERSION 1.3 – 07 de abril de 2020

## RECOMENDACIONES RESPECTO A TOMA DE DECISIONES



\* Karnofsky <50% o PS>2

### ¿Necesita más ayuda?

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

### Considere recopilar datos esenciales (Anexo 1)

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



## 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, elastomérica, bomba de jeringa, microgotero, entre otros. El medicamento preparado tiene una duración de 24 horas.

### PRINCIPIOS GENERALES DEL USO DE OPIOIDES:

1. 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). Morfina y Fentanilo no tienen dosis máximas.
2. Morfina es de manejo estándar, excepto en pacientes con I. Renal.
3. Fentanilo es de elección en pacientes con TFG menor a 30ml/min.
4. Siempre comenzar con dosis lo más baja posible en **horarios fijos o por infusión continua**.
5. Agregar **rescates del 10 a 15% de la dosis total diaria, cada 30 a 60 min según necesidad**

- **SUBJETIVO**  
→ escala visual/verbal numérica 0 a 10
- **Muy angustiante**
- Sin correlación estricta con:
  - Signos al examen físico
  - Oximetría pulso
  - Laboratorio/imágenes
- Preguntar por **inicio** y **progresión**
- **Reevaluación frecuente**

### DISNEA



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

Opioides pueden aliviar la disnea en pacientes con síntoma moderado a severo, pero no reemplazan manejo de causas subyacentes ni precipitantes: considerar causas potencialmente tratables como sobreinfección bacteriana, derrame pleural, tromboembolismo pulmonar

- ❖ Asociar a medidas no-farmacológicas: cambio de posición, técnicas de relajación.
- ❖ Puede o no ser concomitante con manejo de fin de vida.

### Para esquema de manejo farmacológico ver [Tabla 1](#) y [Anexo 3](#)

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

### Manejo de otros síntomas:

1. **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.
  - a. **Leve (1-3):** AINES – Paracetamol – Metamizol, en 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.
  - b. **Moderado a Severo (4-10):** ver [Tabla 1 y Anexo 3](#)
2. **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. [Ver Tabla 1 y Anexo 3](#)
3. **Fiebre:** puede causar importante malestar. No se recomiendan medidas físicas por el riesgo de infección por COVID-19. Manejo farmacológico con Paracetamol 1 gramo cada 8 hrs y/o AINES/Metamizol en dosis habituales considerar en pacientes en fin de vida.

**En caso de síntomas refractarios (delirium, disnea, dolor) seguir indicaciones de sedación paliativa. Lo ideal es que sea una decisión de equipo tratante**

## 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.

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.

### PROTOCOLO<sup>1</sup>

- 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).
- Se recomienda la suspensión 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. **VER TABLA 1**

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.



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

<sup>1</sup>Adaptado de “Cuidados Paliativos durante Pandemia COVID-19 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile”. Alejandra Palma y cols, marzo 2020

Recomendaciones en pacientes con enfermedades limitantes de la vida y COVID-19  
 VERSION 1.3 – 07 de abril de 2020

**TABLA 1: Fármacos y dosis recomendadas para manejo de síntomas en pacientes con enfermedades limitantes de la vida y COVID19.**

	Fármaco		Dosis basal	Frecuencia	Rescates (SOS)	Via administración	Observación
<b>Disnea y/o Dolor</b>	<b>Morfina</b>	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 Sin dosis máxima
	<b>Fentanilo</b>	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 (0.3 a 0.5 mg/día). Sin dosis máxima
<b>Delirium</b>	<b>Haloperidol</b>		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:					
	<b>Midazolam</b>		2,5 mg	cada 4 a 6 horas		SC o EV	Evaluar infusión continúa 10 a 30 mg /24 hrs
		Si síntoma persiste, SUSPENDER Haloperidol y REEMPLAZAR por:					
	<b>Clorpromazina</b>		25mg	cada 6 horas		SC o EV	
<b>Sedación Paliativa</b>	<b>Midazolam</b>	Inducción	2-5 mg	5-20min		SC o EV en bolo lento	Repetir la dosis hasta lograr nivel de sedación buscado.
		Mantenición	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.	

## RECOMENDACIONES PARA EL RECONOCIMIENTO Y MANEJO DE MUERTE INMINENTE

El “síndrome de la muerte inminente” comprende patrón característico de síntomas y signos que ocurren en los días y horas previos a la muerte, de forma progresiva, habitualmente descrito como que el paciente está “falleciendo activamente”.

Los signos y síntomas incluyen:

- Inapetencia y desinterés por ingerir líquidos o alimentos
- Compromiso de conciencia progresivo
- Pérdida del reflejo de deglución y acumulación de secreciones orales
- Alteración del patrón respiratorio con respiración irregular y/o períodos de apnea
- Moteado de extremidades
- Agitación psicomotora (delirium terminal)

**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

### Aspectos prácticos:

- Es primordial diagnosticar el síndrome y **consignarlo en ficha clínica**. De existir desacuerdo en el equipo se deben revisar antecedentes y llegar a un consenso y dejar registrado.
- Definir un protocolo local para **aviso a familiares** (responsable, medio de comunicación, etc.)
- **Evaluar traslado** a centro menor complejidad y/o domicilio, según recursos disponibles.
- **Especificar medidas de aislamiento** y contacto con familiares; dependiendo de los recursos locales (EPP para familiares, videoconferencias, asistencia espiritual, etc)

## ¿Necesita más ayuda?

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

### **Considere recopilar datos esenciales** (Anexo 1)

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



## RECOMENDACIONES PARA LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Durante esta pandemia puede haber situaciones en las que nos corresponda dar malas noticias, tales como resultado de examen COVID (+), pronóstico no favorable, el no inicio o retiro de medidas de soporte, informar la necesidad de traslado a intensivo o un fallecimiento. Para información más detallada, ver Anexo 5.

### ¿Cómo dar malas noticias en 6 pasos?

<p><b>1. Preparar la situación:</b> <i>prepararse uno mismo para la entrevista y establecer buen contacto con el familiar.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. <u>Conocer diagnóstico previo</u> y enfermedades de base, carga de enfermedad, pronóstico</li> <li>b. <u>Conocer situación actual:</u> gravedad, pronóstico, alternativas terapéuticas, plan de tratamiento</li> </ul>
<p><b>2. Valorar la percepción que tiene el familiar de la situación</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Comenzar con una <u>pregunta abierta</u>: “¿Cómo se encuentra?”</li> <li>b. <u>Ver qué sabe</u>: “¿Qué le han explicado sobre la evolución que lleva su pariente?”</li> <li>c. Si manifiesta <u>expectativas</u> irreales: “Desearía que fuera como dice”</li> <li>d. Abordar negación: “Puedo ver que es difícil para usted hablar de esto”.</li> </ul>
<p><b>3. Pedir permiso para dar la información:</b> determinar si quiere la información o está preparado para ello.</p>
<p>Es sólo una insinuación o un <b>paso intermedio</b> que permite al familiar percibir que vienen malas noticias “¿quiere saber cuál es la situación actual”?</p>
<p><b>4. Dar la Información:</b> Primero se debe preparar para dar la mala noticia y, luego, asegurarse de que el familiar entiende lo que le estamos explicando.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dar un tiro de aviso: “Me temo que tengo malas noticias”, “lamento tener que decirle”</li> <li>b. Dar la información poco a poco (dar información y esperar la respuesta)</li> <li>c. Asegurarnos de que entiende según vamos explicando</li> <li>d. Evitar tecnicismos y no fomentar esperanzas irreales.</li> <li>e. Abordar las dudas o preguntas que puedan surgir.</li> </ul>
<p><b>5. Responder a las emociones:</b> Anticipar las reacciones emocionales. (NURSE)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identificarlas y nombrarlas para ayudarle a hacer frente a ellas. (“Veo que le ha asustado, le ha entristecido, le ha impactado mucho”)</li> </ul> <p>Legitimarlas y normalizarlas. (“es normal sentirse así en una situación como ésta”)</p>
<p><b>6. Asegurarse:</b> ver que le ha quedado claro lo que hemos hablado y abordar los siguientes pasos a dar (posibilidades y alternativas).</p>



## 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.

### Algunas recomendaciones:

1. 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.
2. Al realizar la llamada:
  - a. **Identificarse**: nombre, rol, establecimiento/hospital desde donde llama.
  - b. 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.
  - c. Si no se conoce a la persona con la que se habla, **preguntar qué sabe del estado del paciente** antes de entregar las noticias.
  - d. **Dar una advertencia**: “Me temo que tengo malas noticias”.
  - e. **Hablar lentamente y con claridad**, utilizar lenguaje comprensible y evitar tecnicismos: “lamento tener que decirle que \_\_\_\_ acaba de fallecer”.
  - f. **Permitir espacio** para preguntas y manifestaciones emocionales.
  - g. **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.

REFERENCIAS



Autores en orden alfabético: Dra. Manuela Brinkmann, Dr. Luis Enberg, Dr. Gerardo Fasce, Dra. Dayane Köpfer, EU. Paula Ossandón, Dra. Alejandra Palma, Dra. Diana Pareja, Dra. María José Puga, Dr. Javier Quilodrán, Dr. Alfredo Rodríguez, Dra. Laura Tüpper, Dra. Carolina Valdebenito, Dr. Juan Pablo Yaeger

Recomendaciones en pacientes con enfermedades limitantes de la vida y COVID-19

VERSION 1.3 – 07 de abril de 2020

**ANEXO 1: DATOS ESENCIALES PARA INTERCONSULTA VÍA SALUD RESPONDE A CUIDADOS PALIATIVOS**

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 trasndermico ( 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"/>	Ins. Respiratoria	<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	

**ANEXO 2: EVALUACIÓN DE FUNCIONALIDAD**

❖ **Escala ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*)**

Puntaje	Descripción
0	Completamente activo, capaz de realizar actividades previas a la enfermedad sin restricción
1	Restringido en actividad física extrema, capaz de caminar y realizar trabajos livianos: oficina, trabajo casa liviano
2	Capaz de caminar y autocuidado, pero incapaz de realizar cualquier trabajo. Deambula más del 50% de las horas que está despierto
3	Capaz de autocuidado limitado. Se mantiene limitado a cama o sillón más del 50% de las horas que está despierto
4	Completamente incapacitado, no puede realizar autocuidado. Totalmente confinado a cama o silla.
5	Muerte

❖ **Escala Visual de Fragilidad**

Para evaluación de Adultos Mayores referirse al “**Protocolo Urgencias Paciente mayor sospecha COVID-19**” de la Sociedad Chilena de Geriatria (27.03.2020)

1	<b>ROBUSTO: SE EJERCITA NO TIENE ENFERMEADES</b>
2	<b>SEDENTARIO/ SIN ENFERMEADES</b>
3	<b>ENFERMEADES CRONICAS COMPENSADAS/ SEDENTARIO SIN DEPENDENCIA</b>
4	<b>VULNERABLE: SINTOMAS LIMITAN FUNCIONALIDAD/ SEDENTARIO SIN DEPENDENCIA/ ENLENTECIDO</b>
5	<b>FRAGILIDAD LEVE: DEPENDE EN ALGUNAS AIVD/ VIDA INTRADOMICILIARIA/ MANTIENE ABVD</b>
6	<b>FRAGILIDAD MODERADA: DEPENDE AIVD/ VIDA INTRADOMICILIARIA/ DEPENDE EN ALGUNA ABVD</b>
7	<b>FRAGILIDAD SEVERA: COMPLETAMENTE DEPENDIENTE EN TODAS LAS AVD/ ENFERMO TERMINAL/ DEMENCIA AVANZADA</b>

**Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)**

- Comer
- Vestirse
- Bañarse
- Usar el WC
- Arreglarse (lavado dientes, peinarse)
- Continencia de esfínter (independiente v/s uso de pañal)
- Paso de cama a un sillón
- Caminar
- Subir escalas

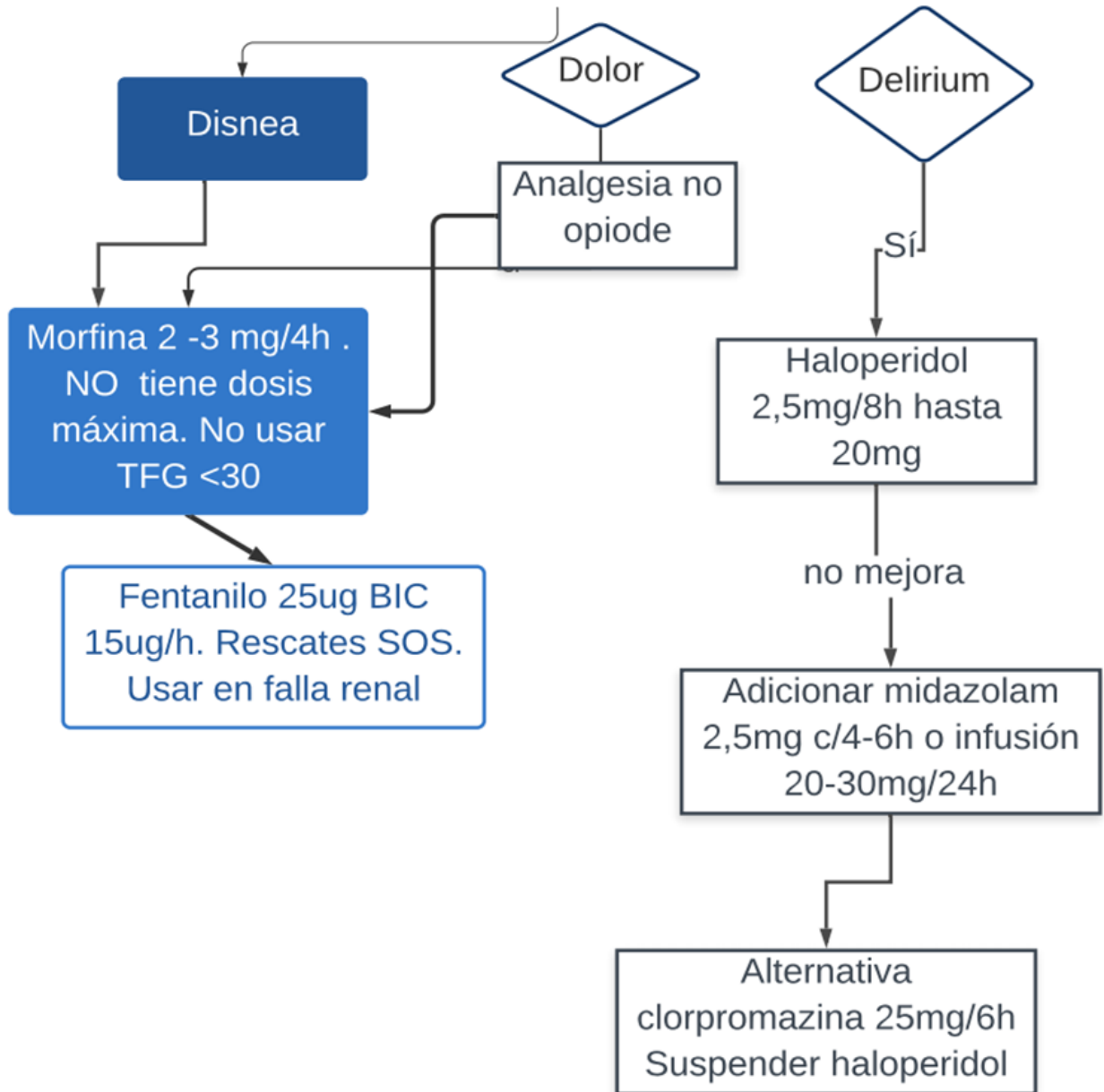
**Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD)**

- Comprar
- Tomar medicamentos
- Usar teléfono
- Manejar su dinero
- Usar transporte público
- Preparar alimentos
- Hacer aseo
- Lavar su ropa

\*ABVD: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA  
AIVD: ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

ANEXO 3: ALGORITMO PARA MANEJO DE SÍNTOMAS: DOLOR – DISNEA - DELIRIUM

## Manejo de síntomas



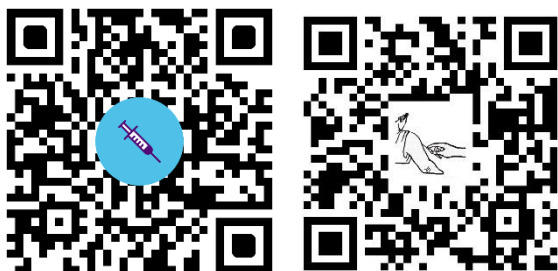
Elaborado por Dra. Diana Pareja

#### ANEXO 4: USO DE FÁRMACOS POR VÍA SUBCUTÁNEA

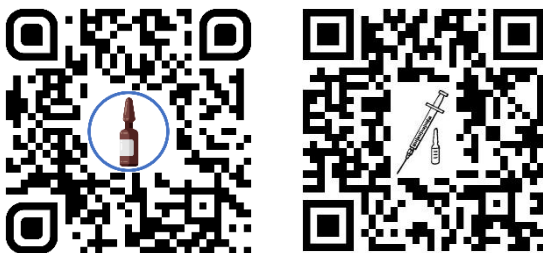
Ver Cartilla de Uso de Vía Subcutánea en Pacientes con COVID-19.

#### Acceso a material educativo:

Instalación de Vía Subcutánea



Administración de medicamentos



Hidratación subcutánea:



#### ANEXO 5: COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECÍFICAS COVID-19. Orientaciones para profesionales de la salud

Ver COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECÍFICAS COVID-19 -  
Orientaciones para profesionales de la salud – Vital Talk