

Guías rápidas de apoyo y control sintomático en situaciones de COVID-19

1. Comunicación en situaciones específicas COVID-19: Orientaciones para profesionales de la salud
2. Malas noticias en seis pasos (Buckman, 1992)
3. Auto-cuidados para profesionales atendiendo situaciones COVID-19
4. Control de síntomas al final de la vida COVID-19
5. Sedación
6. Delirium



1. COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECÍFICAS COVID-19

Orientaciones para profesionales de la salud

Es probable que muchos profesionales nos enfrentemos a situaciones complejas y nuevas para las que nos notemos poco preparados. Surgirán situaciones específicas de la pandemia COVID 19 y conversaciones que nunca habríamos esperado o querido tener.

La manera en la que comuniquemos será clave para que el paciente o la familia se sientan acompañados y seguros con el equipo asistencial. El contexto de pandemia impone presión por falta de tiempo, falta de espacio o de un lugar más privado. También notaremos que las medidas de protección son barreras para la comunicación no verbal, tan importante para confortar a quien está recibiendo la noticia.

Screening

Cuando alguien está preocupado por una posible infección

Lo que dicen	Lo que puedes contestar
<i>¿Por qué no hacen pruebas a todos?</i>	No tenemos suficientes kits para todos. Desearía que fuera diferente.
<i>¿Por qué tardan tanto en dar los resultados?</i>	El laboratorio va tan rápido como puede. Sé que es difícil esperar.
<i>¿Por qué a los futbolistas se lo hacen tan rápido?</i>	Desconozco los detalles, pero puedo decirle que estamos en un momento diferente. La situación está cambiando tan rápidamente que lo que hacíamos hace una semana no es lo que hacemos hoy.

Triage

Cuando decides dónde tiene que ir el paciente

Lo que dicen	Lo que puedes contestar
<i>¿Por qué no voy al hospital y ya está?</i>	Nuestra principal preocupación es su seguridad. Estamos intentando organizar cómo vienen los pacientes. Por favor responda a mis preguntas. Puede ayudar a acelerar el proceso para usted mismo y cualquier otro si lo hace así
<i>¿Por qué me tienen fuera del hospital y tengo que estar en casa?</i>	Me imagino que está preocupado y quiere el mejor cuidado posible. En este momento el hospital se ha convertido en un lugar de riesgo, salvo que realmente lo necesite. Lo más seguro para usted es...



Ingreso

Cuando el paciente necesita ingreso hospitalario o UCI

Lo que dicen	Lo que puedes contestar
¿Esto quiere decir que tengo COVID19?	Necesitaremos hacerle la prueba y sabremos el resultado en horas Es normal sentirse nervioso mientras está esperando los resultados, por ello lo mejor es que intente hacer cosas que le ayuden a estar distraído.
¿Cómo de malo es esto?	De la información que tenemos ahora y de mi examen médico, su situación es lo suficientemente seria como para tener que estar en el hospital. Sabremos más en las próximas 24 horas y le tendremos informado.
¿Se va a salvar mi abuelo?	Imagino que está asustado. Lo que puedo decirle es que: como tiene 90 años y además tiene otras enfermedades, es muy posible que no pueda salvarse si no está en el hospital. Sinceramente... es muy pronto para hablar con seguridad.
¿Me está diciendo que nadie puede visitarme?	Sé que es duro no tener visitas. El riesgo de expandir el virus es tan alto, que siento decirle que no podemos permitir visitas. Tendrían mucho riesgo si entran en el hospital. Desearía que las cosas fueran diferentes.
¿Cómo es posible que no me dejen entrar a visitar a mi familiar?	El riesgo de expandir el virus es tan alto que siento decirle que no podemos permitir visitas. Podemos ayudarle a estar en contacto electrónicamente. Desearía poderle permitir que visitara a su familiar, porque sé que es muy importante para ustedes, pero no es posible ahora.

Counseling

Cuando el afrontamiento necesita un empuje o las emociones surgen

Lo que dicen	Lo que puedes contestar
Estoy asustado.	Es una situación muy dura. Creo que cualquiera estaría asustado. ¿Qué le asusta en este momento?, ¿quiere hablarme un poco más de esto?
Necesito algo de esperanza.	Hábleme un poco de sus esperanzas, de lo que espera. Me gustaría entenderle mejor.



<i>¡Sois incompetentes!</i>	Veo que está descontento con la situación. Quiero hacer todo lo que esté en mi mano para mejorar las cosas. ¿Qué podría hacer para ayudarle?
<i>Quiero hablar con su jefe.</i>	Veo que está frustrado/contrariado. Le pediré a mi jefe que venga en cuanto pueda. Pero me imagino que se hace cargo de que está atendiendo a muchas cosas a la vez en este momento.
<i>¿Tengo que despedirme?</i>	Desearía que no fuera el caso, pero me preocupa que el tiempo pueda ser corto. ¿Le preocupa algo en este momento?

Decisiones

Cuando las cosas no van bien, objetivos de cuidado

Lo que dicen	Lo que puedes contestar
<i>Quiero todo lo que sea posible, quiero vivir.</i>	Estamos haciendo todo lo que podemos. Es una situación dura. ¿Podemos ir un paso atrás por un momento para saber un poco más de usted? ¿Qué debería saber de usted para hacer mejor mi trabajo al cuidarle?
<i>Pienso que mi padre no hubiera querido esto.</i>	Bien, veamos un poco y hablemos sobre qué hubiera querido él. ¿Me puede decir qué consideraba él como lo más importante en su vida? ¿Qué era lo más significativo para él, que le daba sentido a su vida?
<i>No quiero acabar siendo un vegetal o conectado a una máquina.</i>	Le agradezco que comparta esto con nosotros. Es muy importante para mí saber esto. ¿Me puede hablar un poco más de esto y explicarme qué me quiere decir con ello?
<i>No estoy seguro de lo que quería mi abuelo. Nunca hablamos sobre algo así.</i>	Muchas personas se encuentran en la misma situación que usted. Es una situación dura para la que no estamos preparados. Para ser sincero, dada su condición general en este momento, si necesitamos ponerle un respirador o reanimarle él no lo resistiría. Las posibilidades están en su contra. Mi recomendación es que aceptemos que no vivirá mucho más y que le dejemos fallecer en paz y con tranquilidad. Sé que esto es duro de escuchar. ¿Qué le parece?



Recursos

Quando las limitaciones te fuerzan a elegir, e incluso racionar

Lo que dicen	Lo que puedes contestar
<i>¿Por qué mi abuela de 90 años no puede ir a la UCI?</i>	Se trata de una situación extraordinaria. Estamos intentando usar los recursos de una manera justa para todos. La situación de su abuela no cumple los criterios para ingresar en UCI en este momento. Desearía que las cosas fueran diferentes.
<i>¿Yo no debería estar en la UCI?</i>	Su situación no cumple los criterios para UCI en este momento. El hospital está siguiendo una reglas especiales sobre la UCI porque estamos intentando usar los recursos de una manera justa para todos. Si esto hubiera sucedido hace un año quizás podríamos estar tomando otra decisión. Pero se trata de una situación excepcional. Desearía que dispusiéramos de más recursos.
<i>¡Mi abuela necesita ingresar en UCI o fallecerá!</i>	Sé que es una situación que asusta y yo también estoy preocupado por su abuela. Este virus es tan dañino que incluso si la pudiéramos trasladar a la UCI, no estoy seguro de que pudiera salir adelante. Necesitamos estar preparados para lo peor, podría fallecer. Haremos todo lo que podamos por ella.
<i>¿La está discriminando sólo porque es una anciana?</i>	No. Estamos usando unos protocolos que han desarrollado personas de la sanidad para prepararse para un evento como este- médicos, gestores, y personas de la calle-no se discrimina a nadie. Estos protocolos se vienen desarrollando desde hace años, no son de ayer. Sé que es duro escuchar esto.
<i>Nos está tratando de manera discriminada por nuestra cultura/procedencia/color de piel...</i>	Puedo imaginar que ha tenido experiencias negativas en el pasado por este motivo por el simple hecho de ser quien es. Eso no es justo y desearía que las cosas hubieran sido diferentes. La situación hoy es que nuestros recursos médicos se han limitado y estamos usando protocolos que se han desarrollado en este entorno. En la elaboración de los protocolos han participado personas de todo tipo y condición, intentando así ser justos. Nosotros tampoco queremos que se trate diferente a nadie por su cultura/procedencia/color de la piel.



<i>Suena como que están racionando la sanidad.</i>	Lo que estamos intentando hacer es extender nuestros recursos de la mejor manera posible. <i>Es un tiempo en el que desearía que tuviéramos más para cada persona que hay en este hospital.</i>
<i>Estás jugando a ser Dios. No puedes hacer eso.</i>	Lo siento. No quisiera que tuviera esa sensación. Soy un simple profesional intentando hacer lo mejor que puedo. <i>En la ciudad/región/país, todos los hospitales están trabajando en conjunto para intentar usar esos recursos de una manera justa para todos. Soy consciente de que no tenemos suficiente.</i> Desearía que tuviéramos más. Por favor entienda que estamos trabajando todos todo lo que podemos.
<i>¿No pueden conseguir 15 respiradores más de algún otro sitio?</i>	Ahora mismo el hospital está trabajando por encima de su capacidad. Para nosotros no es posible aumentar nuestra capacidad. <i>Y entiendo que es algo terrible de escuchar.</i>



*Para esta tabla que aparece a continuación se puede consultar además el protocolo más detallado de cuidados del profesional

Anticipación

Cuando te preocupas sobre lo que puede pasar

Lo que temes	Lo que puedes hacer
<i>El hijo del paciente se va a enfadar mucho.</i>	Antes de entrar en la habitación, dedica un momento para coger aire. ¿Por qué está enfadado? ¿Por amor, responsabilidad, por miedo?
<i>No sé cómo explicar a esta adorable anciana que no la voy a llevar a la UCI y que va a fallecer</i>	Recuerda lo que SÍ que puedes hacer: Puedes escuchar lo que le preocupa, le puedes explicar lo que sucede, le puedes ayudar a prepararse, puedes estar presente. Eso es un regalo para ella y para tí.
<i>He estado trabajando todo el día con personas infectadas y estoy preocupado por si podría pasárselo a las personas a las que más quiero.</i>	Habla con ellos sobre lo que te preocupa. Podéis decidir juntos qué es lo mejor. No hay respuestas sencillas. Pero las preocupaciones son más fáciles de llevar cuando las compartes.
<i>Tengo miedo de quemarme, estoy perdiendo el corazón.</i>	¿Puedes buscar algún momento del día en el que conectes con alguien, compartas algo o disfrutes con algo? Es posible encontrar pequeños remansos de paz incluso dentro de la vorágine.
<i>Me preocupa estar tan desbordado que no sea capaz de hacer lo que realmente es lo mejor para mis pacientes.</i>	Chequea tu propio estado emocional, incluso si sólo tienes un momento. Si un extremo ese estar fatal o derrumbado y el otro es sentirse fuerte, ¿Dónde estoy en este momento? Recuerda que sea cual sea tu estado, estos sentimientos son inherentes a nuestra condición humana. Intenta aceptarlos, no empujarlos fuera y luego decide qué necesitas.

Duelo

Cuando fallece un paciente

Lo que estoy pensando	Lo que puedes hacer
<i>Debería haber sido capaz de salvar a esta persona.</i>	Fíjate: ¿me estoy calificando a mí mismo? ¿Podría ir un paso atrás e intentar ver cómo me siento? Quizás es tristeza o frustración o justo cansancio. Estos sentimientos son normales. Y este momento es claramente anormal y excepcional



Dios mío no puedo creer que no tengamos los equipos necesarios/ ¿Cómo piensa esta persona esto de mí?/ ¿Por qué todo lo que hago parece como que me explota?

Fíjate: ¿**estoy catastrofizando**? ¿Puede esto tener que ver con algo diferente? Como: qué situación más triste, qué sentimientos de impotencia tengo o qué insignificantes parecen nuestro esfuerzos. En estas condiciones es lógico tener este tipo de pensamientos. Pero no deberíamos permitir que nos ahoguen. Podemos darnos cuenta de ellos, sentirlos y ¿quizás compartirlos? Y luego pregúntate a ti mismo: ¿Puedo estar algo menos reactivo, en una situación algo más equilibrada mientras paso a lo siguiente?

REFERENCIAS

VITALtalk <https://www.vitaltalk.org/>

Centeno C. Gómez M. Nabal M Pascual A. Manual de Medicina Paliativa. 2009 EUNSA. Ediciones Universidad de Navarra. Pamplona.

2. MALAS NOTICIAS EN SEIS PASOS (Buckman, 1992)

Algunas veces habrá que dar malas noticias en la pandemia COVID19. Una mala noticia es cualquier información que cambie de manera significativa y adversa la idea que el interlocutor se ha hecho de su futuro. Una mala noticia puede ser la información de un resultado positivo en el test del COVID, la conveniencia de pasar a UCI, o la necesidad de intubar, retirar medidas de soporte, o informar de un fallecimiento, etc.

La manera en la que comuniquemos será clave para que el paciente o la familia se sientan acompañados y seguros con el equipo asistencial. El contexto de pandemia impone presión por falta de tiempo, falta de espacio o de un lugar más privado. También notaremos que las medidas de protección son barreras para la comunicación no verbal, tan importante para confortar a quien está recibiendo la noticia.

1.- Preparar la Situación

El objetivo es prepararse uno mismo para la entrevista, establecer una relación con el paciente o el familiar y facilitar el intercambio de información.

- Reflexionar sobre lo que vamos a decir
- Buscar un espacio recogido (si no es posible una consulta que sea una zona apartada)
- Decidir quién estará presente (si es el paciente o el familiar)
- Hacerlo sentados a ser posible y si no es posible mantener un adecuado contacto ocular.

Preparar la situación



2.- Ver cuál es la percepción que tiene el paciente o familiar de la situación

EL objetivo es determinar qué entienden y evaluar posible negación, así como entender las expectativas y preocupaciones de ambos. Esto permite conectar con el interlocutor y ver si está nervioso, preocupado, enfadado, o simplemente a la espera de nuestra información

- Comenzar con una **pregunta abierta**: “¿Cómo se encuentra?” (tanto si es al propio paciente, como si la conversación es con la familia).
- Ver **qué sabe**: “¿Qué le han explicado?”
- Abordar **expectativas irreales**: “Desearía que fuera así”
- Abordar **negación**: “Puedo ver que es difícil para usted escuchar esto”

3.- Pedir permiso para dar la información

El objetivo es determinar cuánta información quiere o está preparado para recibir el paciente.

Es justo una pregunta o un paso intermedio que permite también al paciente o al familiar percibir que vienen malas noticias.

- “¿Quiere que le explique con detalle la situación?”
- “Tengo aquí los resultados y se los voy a comentar ¿de acuerdo?”

4.- Dar la Información

El objetivo es preparar para la mala noticia y asegurarnos de que el paciente 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 el paciente **entiende** lo que vamos explicando
- **Evitar tecnicismos** (Incluso palabras como biopsia pueden ser difíciles de entender)
- **No dar falsas esperanzas**
- Abordar las **dudas o preguntas** que puedan surgir



5.- Responder a las emociones de los pacientes.

El objetivo es abordar las respuestas emocionales y facilitar la recuperación emocional así como reconocer las propias emociones.

- Anticipar las reacciones emocionales.
- Identificarlas y nombrarlas para ayudarle a hacer frente a ellas. (*“Veo que esto que le he dicho le ha asustado, le ha entristecido, le ha impactado mucho”*)
- Legitimarlas y normalizarlas. (*“Es normal sentirse así en una situación como esta”*)
- Escucha + Empatía + Validar + Explorar = Apoyo psicológico

Técnica	Ejemplo	Resultado
Empatía	<i>Puedo entender lo triste que es esto para usted</i>	El paciente siente que estás “en línea” con sus emociones
Validar	<i>Es muy normal sentirse así</i>	El paciente se siente “normal”
Explorar	<i>¿En qué podríamos ayudarle?</i>	El paciente siente que tienes interés por cómo está

6.- Organizar y Planificar

El objetivo es asegurarse de que le ha quedado claro lo que hemos hablado y abordar los siguientes pasos a dar (posibilidades y alternativas).

- No pretender que retenga todo
- Darle la posibilidad de consultarnos si tiene dudas y ofrecer disponibilidad en la medida de lo posible.

Referencia:

Buckman, R. (2005). Breaking Bad News: The S-P-I-K-E-S Strategy. *Community Oncology* 2, (2), 138-142.

3. AUTO-CUIDADOS PARA PROFESIONALES ATENDIENDO SITUACIONES COVID-19.

Los profesionales que atienden pacientes y familiares con coronavirus afrontar situaciones con una alta carga emocional

Responder con profesionalismo en situaciones de crisis es a la vez gratificante y desafiante. Vamos a ser testigos, en corto espacio de tiempo, de importantes sufrimientos. Además, nos pesará el riesgo personal de ser infectados y las horas de trabajo intensas. Tendremos que tomar decisiones de las que dependerá de algún modo el pronóstico inmediato de los enfermos. A lo mejor pasamos períodos separados de la familia...

Prevenir y manejar el estrés es fundamental para mantenerse bien y poder continuar ayudando.

SIGNOS DE QUE UNA SITUACIÓN NOS COMPROMETE EMOCIONALMENTE

Para establecer mecanismos de soporte adecuados, el primer paso es **reconocer los posibles riesgos** a los que nos enfrentamos como profesionales.

Además, hay que saber identificar los signos de que estás experimentando estrés

- **Sensaciones físicas corporales:** palpitaciones, tensión y dolores musculares, dolores de cabeza, cansancio, problemas gastrointestinales, incapacidad para relajarse, dificultades de sueño o pesadillas.
- **Manifestaciones cognitivas:** confusión, dificultades para concentrarse, resolver problemas o tomar decisiones. Dificultades para recordar instrucciones o para ver las situaciones con claridad. Pensamientos intrusivos o rumiaciones.
- **Manifestaciones emocionales:** estado de shock, miedo o temor, enfado, frustración, irritabilidad, tristeza intensa, culpa, desesperanza, bloqueo emocional, dificultad para expresar emociones, dificultad para mantenerse equilibrado.
- **Dificultades de relación con otras personas:** mayor irritabilidad, conflictos, menor capacidad de apoyar a otros y aislamiento entre otros.

Se trata de reacciones “normales” ante la situación que se está viviendo. Sin embargo, mantener un equilibrio psicológico es tan importante como atender la salud física, en este momento, con el fin de poder pensar con claridad para ayudar o cuidar de otros.

Servicio de Medicina Paliativa · Clínica Universidad de Navarra · Avenida Pío XII, 36 · 31008 Pamplona · España

Tel. +34 948 255 400 · Fax + 34 948 255 400 · E-mail: mpaliativa@unav.es

PREVENCIÓN DE ESTRÉS DE TRABAJAR CON COVID-19

Lo ideal es prepararse antes de enfrentarse a la situación de más presión o estrés. En estos días muchos profesionales van a tener que ayudar en equipos o servicios que desconocen y ante situaciones para las que no están formados. Sería conveniente prepararse a tres niveles:

Formación específica de atención a pacientes con Coronavirus

- **Fórmate** e identifica claramente cuál va a ser tu **rol**
- Intenta formarte en la **simptomatología**, la clínica o la manera de atender a los pacientes, pero también en todos aquellos protocolos de prevención de contagio que te van a dar seguridad.
- **Revisa los protocolos** de los que dispongas antes de entrar, para ir más confiado en cuanto a qué hacer. Síntomas más frecuentes, pautas de medicación, comunicación en situaciones difíciles.
- Estar preparado te hará enfrentarte con **mayor confianza y menor estrés**.

Practica el afrontamiento del estrés

- Intenta **identificar** las **situaciones** que te resultan más **difíciles a nivel emocional** (dar malas noticias, ver a alguien llorando, diferencia de opiniones con otros colegas) y piensa en cómo podrías abordarlas (formarte o pedir ayuda, por ejemplo)
- Crea **equipo** con un par de compañeros más cercanos con los que en un momento dado puedas hablar abiertamente de cómo estás.
- Identifica tus **señales personales de estrés**. (Estar más acelerado, más irritable, más sensible, aislarte) Incluye a tus compañeros en tu plan, para que ellos puedan decirte si muestras esos signos de estrés.
- **Cuídate a ti mismo en este momento**: Busca momentos para intentar desconectar mentalmente de la situación. Pueden ser 10 segundos de mirar por la ventana mientras te lavas las manos o te cambias de guantes. Hacerlo de manera consciente puede ser de ayuda.
- En la medida de lo posible intenta llevar una **rutina** que incluya maneras constructivas de reducir el estrés. Respiraciones profundas, estiramientos, leer o escuchar música.

Preparar un plan en casa o para cuando sales del hospital

- Intenta abordar de manera sencilla la situación en tu casa hablando de ella con tu pareja, hijos, padres y tranquilizándoles en la medida de lo posible, es normal que estén preocupados por tu situación.
- Crea un plan de comunicación que te permita estar conectado con los familiares a los que no puedes ver estos días (hacer videoconferencias con tus padres, hermanos...)

MANEJO DEL ESTRÉS MIENTRAS SE ATIENDE PACIENTES

Durante la fase de impacto de la situación urgente el foco del manejo del estrés tiene que ir a abordar los estresores reales de la situación en el momento inmediato.

Toma precauciones que te ayudan a reducir el estrés

- **Intenta tener sensación de control.**
Controla aquello que puedas hacer para **reducir el estrés** de la situación:
Protégete empleando siempre el equipo de protección individual recomendado para la prevención de contagio de coronavirus.
- Verifica cuál es tu **tarea** y la de los que están más cercanos a ti.
- **Comunícate** y **chequea** con tus compañeros de manera regular cómo estás/cómo están. Fomenta la **expresión de emociones**. Marca unos momentos para hacerlo. Escucha y comparte también tus experiencias.
- Cuando acabes con una situación urgente dedica **10-15 segundos a pararte** y reducir la tensión con un par de inspiraciones profundas y reflexionando sobre lo que acabas de hacer.
- Intenta **comer adecuadamente**, evitar exceso de café o estimulantes.

Técnicas de manejo del estrés:

- **Reduce la tensión física** haciendo algún estiramiento, tomando inspiraciones profundas.
- Si dispones de algunos minutos libres intenta **pensar con tranquilidad**.
- **Habla** con otros compañeros sobre las **emociones y reacciones** que estáis viviendo.

- Saber **dar y recibir ayuda** a otros puede ser muy importante para ti y los que te rodean.
- Acostúmbrate a **dar y recibir gratificación**, el agradecimiento es valor intangible en este momento.
- Practica el **auto reconocimiento**.
 - ✓ Reconoce tus **síntomas personales de distrés**.
 - ✓ Pacta con tus compañeros que aceptaréis instrucciones de otros cuando te vean mal o con necesidad de parar un momento.
 - ✓ La empatía es fundamental para ayudar a los pacientes, pero intenta **evitar la sobre-identificación** para reducir el impacto. Por ejemplo, intenta recordar que tú o tus familiares estáis bien.
 - ✓ Hay momentos en los que uno llega a un límite de capacidad de estar continuamente atendiendo con empatía a los pacientes. Eso se llama Fatiga de la compasión. Intenta estar atento y si te sientes así habla con alguien tu equipo para pedir apoyo.

AUTO-CUIDADOS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Recuerda que tu bienestar psicológico es tan importante como el físico.

Es fundamental hacer paradas. Trabajar sin parar no supone que estés haciendo tu mejor contribución. Quizá parando un poco lo hagas luego mejor y otras personas también pueden ayudar en ese momento de descanso.

Responder a situaciones extremas puede ser gratificante y estresante. Ser consciente de que vas a tener estrés y responder afrontándolo te ayudará a estar bien y te permitirá continuar ayudando a pacientes.

Trabajar en una situación de epidemia y con falta de recursos puede aumentar mucho el estrés y hacer que cuando salgas estés agotado.

- A veces ayuda en un momento de descanso tomar conciencia de la satisfacción que puede generar nuestro trabajo incluso en circunstancias dramáticas.
- Intenta en la medida de lo posible **tomar tiempo fuera** de la escena fomentando **emociones positivas**.
- Algunos profesionales sanitarios están experimentando el miedo de familiares o amigos por la exposición a este tipo de pacientes y la posibilidad de contagio. Puede suponer un reto que haga más difícil de sobrellevar. Si es posible **mantente conectado** con tus seres queridos por medios digitales.

- Además de **descansar** que es fundamental, intenta hacerte con una lista de posibles **autocuidados sencillos** y llevarlos a cabo como una rutina más de cuidado personal.
 - Ejercicio físico: pasear, correr, tablas de ejercicios en casa
 - Mantén una dieta sana, sin concesiones excesivas por ansiedad o capricho, que luego hacen sentirse mal
 - Meditación, oración mental cristiana, ejercicios de mindfulness (atención plena), respiración, relajación, etc.
 - Leer novelas ligeras o libros o revistas que capten la atención y distraigan
 - Ver películas o series, pero que no sean de sufrir...
 - Estar en familia, hablar con amigos por teléfono, no solo enviar mensajitos
 - Practicar el recuerdo positivo: ver fotos, recordar momentos agradables con amigos o familiares
 - Practicar la escritura reflexiva, llevar un diario, tocar un instrumento, o cualquier otra forma de expresión que te ayude o te haya ayudado en otras situaciones

REFERENCIAS

- World Health Organization.
- https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_8
- Centers for Disease Control and Prevention. Emergency Preparedness and Response. <https://emergency.cdc.gov/coping/responders.asp>
- SAMHSA. Substance abuse and mental health services administration. Tips for disaster Responders. <https://store.samhsa.gov/system/files/sma14-4873.pdf>
- Martínez M, Centeno C. Equipo de cuidados paliativos y burnout. En: Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención psicológica y espiritual. 2016. Obra Social la Caixa.

4. PROTOCOLO DE CONTROL DE SÍNTOMAS AL FINAL DE LA VIDA COVID-19

En los próximos días la pandemia puede obligarnos, en momentos de aluvión de casos graves, a denegar, después de triaje, o interrumpir, tras mala evolución, la atención intensiva a pacientes críticos. Estos pacientes deben recibir atención menos intensiva y en algunos casos paliativa.

El equipo de Medicina Paliativa es pequeño y debería atender los casos más complejos. Cualquiera de vosotros podéis aplicar cuidados al final de la vida para vuestros pacientes que lo necesiten.

En estas circunstancias de enfermedad altamente transmisible, intentaremos usar mediación pautada de forma **continua en infusión** cuando sea posible, para reducir las entradas innecesarias de enfermería en la habitación y disminuir riesgos de contagio. Si faltaran bombas de infusión, pueden usarse elastómeros en estos pacientes.

Control de disnea y tos

- La morfina es muy útil en el alivio de estos dos síntomas, si el paciente está ya en tratamiento con codeína o dextrometorfano (romilar) por tos, y precisa introducir morfina por disnea, se retirará la codeína y romilar, y se tratarán ambos síntomas con un solo fármaco, la morfina.
- La dosis inicial para tratar tos o disnea es de 2 mg subcutáneos cada 4 horas, si tolera bien las dos primeras dosis y son de alivio para el paciente, podríamos pautar infusión de 15 mg de morfina en 24 horas en casos leves o 24 mg de morfina en 24 horas en casos moderados. Los casos que precisen dosis mayores se recomienda seguir pauta horaria cada 4 horas para realizar ajuste de dosis más preciso y estrecho. En cualquier caso, el paciente podrá recibir dosis de rescate cuando sea necesario, la dosis de rescate será aproximadamente un 10% de la dosis total en 24 horas.

Fiebre

- Es previsible que estos pacientes presenten fiebre en sus últimas horas, intentaremos anticiparnos con antipiréticos, preferiblemente paracetamol, cada 6-8 horas. El objetivo es el confort. Si el paciente a pesar de estas medidas persiste febril pero está asintomático, no es necesario emplear más fármacos para bajar la fiebre.



- Si es necesario se pueden añadir otros antipiréticos a demanda como el metamizol.

Para prevenir/tratar las secreciones bronquiales (estertores premortem).

- Tened en cuenta que una vez presentes es difícil eliminarlas. Los medicamentos que proponemos disminuyen las secreciones que se van a formar. Fluidificar las secreciones si el paciente no puede toser tiene poco sentido y va a ser más rentable secarlas.
 - N-butilbromuro de hioscina 20 mg en ampollas de 1 ml. Dosis: 20 a 40 mg cada 8 hor (IV o SC)
 - Escopolamina bromhidrato 0,5 mg en ampollas de 1 ml. Dosis: 0,5 a 1 mg cada 4 horas (IV o SC)



SINTOMAS AL FINAL DE LA VIDA COVID 19							
Chuleta coronavirus 2020. Chuleta coronavirus 2020. Chuleta coronavirus 2020. Chuleta coronavirus 2020. Chuleta coronavirus 2020.	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">General</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">CONFORT</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">Evitar entradas innecesarias a la habitación pautando la medicación en infusión continua. Bomba o infusor elastomérico</td> </tr> </table>	General	CONFORT			Evitar entradas innecesarias a la habitación pautando la medicación en infusión continua. Bomba o infusor elastomérico	
	General	CONFORT					
		Evitar entradas innecesarias a la habitación pautando la medicación en infusión continua. Bomba o infusor elastomérico					
	Disnea	<p>MORFINA</p> <p>Dosis inicial: 2mg IV (en 10ml de Suero fisiológico directo) o SC /4h</p> <p>Infusión disnea leve: 15 mg/24h (en 100ml de suero fisiológico)</p> <p>Infusión disnea moderada: 30 mg/24h (en 100ml SF)</p> <p>Disnea grave o intensa: pautar cada 4 horas y ajustar dosis según respuesta o efectos secundarios</p>	<p>VIGILAR NEUROTOXICIDAD: alucinaciones, sedación intensa, mioclonías, confusión.</p> <p>En ese caso reducir dosis de morfina 50% e hidratar.</p>				
		Mantener corticoides si tiene pautados o pautar 4 mg de dexametasona/24h por la mañana.					
Tos	Inicial: romilar (dextrometorfano) 15-30mg/6h o codeína (30-60 mg/6h) VO. <p>Si son ineficaces <u>RETIRARLOS</u> y tratar con morfina 2mg cada 4 horas, se puede aumentar dosis un 30% hasta conseguir alivio. Se puede usar infusión igual que para la disnea.</p>						
Broncorrea y estertores	Escopolamina bromhidrato 0,5 mg en ampollas de 1 ml. Dosis: 0,5 a 1 mg cada 4 horas (IV o SC) <p>Buscapina 20 mg a 40 mg cada 8 horas (IV o SC)</p>						
Fiebre	Paracetamol cada 6 horas, se puede poner en un suero para infundir en 24 horas y rescatar con nolotil ev.						

Chuleta coronavirus 2020. Chuleta coronavirus 2020. Chuleta coronavirus 2020. Chuleta coronavirus 2020. Chuleta coronavirus 2020.

REFERENCIAS

1. Downar, J. & Seccareccia, D. Palliating a Pandemic: 'All Patients Must Be Cared For'. *J. Pain Symptom Manage.* **39**, 291–295 (2010).
2. Leong, I. Y.-O. *et al.* The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: opportunities for palliative care. *Palliat. Med.* **18**, 12–8 (2004).
3. Johnson, R. F. & Gustin, J. Acute lung injury and acute respiratory distress syndrome requiring tracheal intubation and mechanical ventilation in the intensive care unit: impact on managing uncertainty for patient-centered communication. *Am. J. Hosp. Palliat. Care* **30**, 569–75 (2013).
4. Guía de sedación paliativa. Organización Médica Colegial (OMC) Sociedad Española De Cuidados Paliativos (SECPAL)
5. The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbook sixth edition 2019
6. Textbook of Palliative Care. 2018. Springer International Publishing
7. Manifiesto Secpal-Mallorca. Por una clínica que acoja la experiencia espiritual del ser humano, en el final de su vida. 2011

5. PROTOCOLO SEDACIÓN

SEDACIÓN ante síntomas refractarios en pacientes con mal pronóstico a corto plazo no candidatos a cuidados intensivos

Sedación por disnea o tos refractaria en caso de insuficiencia respiratoria secundaria a infección por coronavirus en paciente no candidato a medidas invasivas que evoluciona desfavorablemente y tiene mal pronóstico a corto plazo. Disnea o tos que no puede ser adecuadamente controlada con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable. En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la disminución de la consciencia.

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son, por este orden, las benzodiacepinas (midazolam), los neurolépticos sedativos (clorpromazina iv o levomepromazina sc) los anticonvulsivantes (fenobarbital im o sc) y los anestésicos (propofol iv).

Indicaciones para iniciar sedación con midazolam y levomepromacina

Si no se consigue con estos dos fármacos es recomendable pedir ayuda experta a Paliativos o anestesia

1. El **midazolam** es siempre la primera opción, excepto cuando el síntoma refractario es el delirium, siendo en este caso de elección la levomepromacina (sinogan). El midazolam puede usarse por vía subcutánea o endovenosa, tiene una dosis techo aproximada de 150 a 200 mg diarios, a partir de la cual pueden producirse reacciones paradójicas. Existen formulaciones con diferentes concentraciones, por lo que se recomienda pautar siempre en mg y no en ml.

Sedación con midazolam por vía endovenosa

- La dosis de inducción se calcula administrando entre 1,5 y 3,5 mg en bolo lento, repitiendo la dosis cada 5 minutos hasta alcanzar el nivel de sedación mínimo con el que se logre el alivio del síntoma refractario. La suma de las dosis que han sido necesarias se denomina dosis de inducción. Dicha dosis de inducción, multiplicada por seis, será la dosis a administrar en infusión continua durante las siguientes 24 horas. Las dosis de rescate serán las

mismas que la dosis de inducción y se añadirán tantas veces como sean precisas.

- Tras 24 horas se calculará el ritmo de la bomba de infusión endovenosa continua en mg/h. Se prepara una perfusión continua endovenosa de 50 mg de Midazolam en 100 ml de suero fisiológico (0,5mg/ml). Si se precisa se puede subir hasta 0.5mg/h (=1ml/h) cada hora, a criterio de médico a cargo.

2. La levomepromacina

Se usa como primera opción en casos de delirio refractario, y como segunda opción cuando fracasa la sedación con midazolam. Puede usarse por vía subcutánea o endovenosa. La levomepromacina tiene una dosis techo de aproximadamente 300 mg diarios. La presentación es de ampollas de 25 mg en 1 ml.

- Si el paciente está bajo intento de sedación previa con midazolam, debe reducirse la dosis de éste fármaco un 50% en el día de la inducción con levomepromacina, intentando rebajar la dosis de midazolam progresivamente en los días posteriores, según sea la respuesta clínica. Se calcula la dosis de inducción de forma similar al midazolam, con dosis iniciales de 12,5 a 25 mg, aunque utilizando mayor intervalo de tiempo (6 a 8 horas), dado que la vida media de éste fármaco es mayor (de 15 a 30 horas). La dosis diaria de infusión continua será la suma de las dosis administradas en las primeras 24 horas, siendo habitualmente esta dosis de aproximadamente 100 mg diarios

Otras consideraciones

En el caso de la sedación paliativa en la agonía hay que valorar la retirada de los fármacos que ya no sean necesarios, pero mantendremos los que tenga para controlar dolor, disnea, tos o fiebre.

- Morfina: si el paciente precisaba morfina para disnea o dolor, mantendremos la dosis que recibía antes iniciar de la sedación
- Antipiréticos: pautados cada 6 o 8 horas
- Prevenir secreciones: escopolamina o buscapina
- Hidratación mínima necesaria, un exceso de aporte de líquido en fallo multiorgánico puede propiciar el empeoramiento de estertores y la aparición de edemas.



Guía rápida de sedación COVID-19 ante síntomas refractarios en pacientes con mal pronóstico a corto plazo no candidatos a intensivos

Fármaco	Dosis de inducción	Cálculo dosis cada 24 horas	Dosis en infusión continua (SC o IV)	Atención
midazolam	3mg en bolo lento IV, repetir cada 5-10 minutos hasta que el paciente tenga grado de sedación que esperamos (no buscamos sedación profunda, sino sedación que permita confort)	Dosis de inducción que ha sido necesaria para alcanzar confort multiplicada x 6 Ojo, en mg/24h Si dividimos %24 horas, tenemos el ritmo de infusión en mg/h	50 mg de Midazolam en 100 ml de suero fisiológico (0,5mg/ml) Si se precisa se puede subir 0.5mg/h (=1ml/h) cada hora.	ampollas de 15mg/3ml
				dosis techo de 150 a 200 mg diarios, a partir de ahí pueden producirse reacciones paradójicas
Sinogan (levomepromazina)	12,5 mg IV en 100 ml de suero fisiológico IV a pasar en 20mt, repetir cada 6-8 horas hasta que el paciente tenga grado de sedación que esperamos		La dosis diaria de infusión continua será la suma de las dosis administradas en las primeras 24 horas, siendo habitualmente esta dosis de aproximadamente 100 mg diarios	ampollas de 25 mg en 1 ml.
Si tiene ya midazolam previo, hay que reducir la dosis de midazolam un 50%				dosis techo 300 mg /24h diarios.
Retirar tratamiento fútil		Mantener tratamiento que controla síntomas <ul style="list-style-type: none"> • Morfina: si el paciente precisaba morfina para disnea o dolor, mantendremos la dosis que recibía antes iniciar de la sedación • Antipiréticos: pautados cada 6 o 8 horas • Prevenir secreciones: escopolamina o buscapina 		
Hidratación mínima necesaria, un exceso de aporte de líquido en fallo multiorgánico puede propiciar el empeoramiento de estertores y la aparición de edemas				
Si no se consigue control adecuado con estos dos fármacos es recomendable pedir ayuda experta a <u>Paliativos o Anestesia</u>				

Chuleta coronavirus 2020. Chuleta coronavirus 2020. Chuleta coronavirus 2020. Chuleta coronavirus 2020. Chuleta coronavirus 2020.

Chuleta coronavirus 2020. Chuleta coronavirus 2020. Chuleta coronavirus 2020. Chuleta coronavirus 2020. Chuleta coronavirus 2020.

REFERENCIAS

1. Downar, J. & Seccareccia, D. Palliating a Pandemic: 'All Patients Must Be Cared For'. *J. Pain Symptom Manage.* 39, 291–295 (2010).
2. Leong, I. Y.-O. *et al.* The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: opportunities for palliative care. *Palliat. Med.* 18, 12–8 (2004).
3. Johnson, R. F. & Gustin, J. Acute lung injury and acute respiratory distress syndrome requiring tracheal intubation and mechanical ventilation in the intensive care unit: impact on managing uncertainty for patient-centered communication. *Am. J. Hosp. Palliat. Care* 30, 569–75 (2013).
4. Guía de sedación paliativa. Organización Médica Colegial (OMC) Sociedad Española De Cuidados Paliativos (SECPAL)
5. The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbook sixth edition 2019
6. Textbook of Palliative Care. 2018. Springer International Publishing
7. Manifiesto Secpal-Mallorca. Por una clínica que acoja la experiencia espiritual del ser humano, en el final de su vida. 2011



PROTOCOLO DELIRIUM

DELIRIUM o síndrome confusional por fallo cerebral agudo, es un problema habitual en situaciones de alteración orgánica severa, y ha sido descrito como uno de los síntomas neurológicos presente en los pacientes que sufren infección por el COVID-19, especialmente en los cuadros más severos.

Diagnóstico

Al ser una alteración frecuente que muchas veces es infra diagnosticada si no se evalúa de forma sistemática, recomendamos descartarlo a diario, empleando una herramienta simple, el **Confusion Assessment Method (CAM)**, que exponemos a continuación. Para el diagnóstico de delirium utilizando el CAM, se requiere que sean afirmativas las preguntas 1 y 2, más alguna de las otras dos (3 y/o 4).

1. Inicio agudo y curso fluctuante: ¿Hay evidencia de un cambio del estado mental del paciente con respecto a su estado previo hace unos días?, ¿Ha presentado cambios de conducta el día anterior, fluctuando la gravedad?

2. Inatención: ¿Presenta el paciente dificultades para fijar la atención? (p. ej., se distrae fácilmente, siendo difícil mantener una conversación; las preguntas deben repetirse, persevera en una respuesta previa, contesta una por otra o tiene dificultad para saber de qué estaba hablando)

3. Desorganización del pensamiento: ¿Presenta el paciente un discurso desorganizado e incoherente, con una conversación irrelevante, ideas poco claras o ilógicas, con cambios de tema de forma impredecible?

4. Alteración del nivel de conciencia: ¿Qué nivel de conciencia (como capacidad de ser influido por el entorno) presenta el paciente? 1. Alerta (normal) 2. Vigilante (hiperalerta) 3. Letárgico (inhibido, somnoliento) 4. Estuporoso (difícil despertarlo) 5. Comatoso (no se despierta)

Si se diagnostica habrá que intentar corregir la causa, o causas que lo desencadena y tratar la sintomatología asociada que aparezca si provoca malestar en el paciente. Los desencadenantes que con más frecuencia harán aparecer delirium en pacientes con COVID-19 serán la hipoxemia, el estado inflamatorio agudo, fiebre, y las alteraciones hepáticas.



Protocolo actuación

Diagnóstico	Cribado realizando el CAM una vez al día
Tratamiento etiológico	Oxigenoterapia y de otras causas
Tratamiento sintomático	Medidas no farmacológicas y Neurolépticos
Delirium refractario	Sedación paliativa para control de agitación terminal

Medidas para el Tratamiento sintomático del delirium	
No farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">- Reorientar al paciente- Explicar a la familia como reorientar al paciente y explicarles que las alteraciones de la conducta que puede sufrir su ser querido son secundarias a la enfermedad
Oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none">- Recomendamos mantenerla hasta el final, incluso en situación de últimos días, resto de medidas de tratamiento de la Insuficiencia Respiratoria emplearlas siempre que estén indicadas
Farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">- Si síntomas positivos: alucinaciones y/o alteración de la conducta (delirios)<ul style="list-style-type: none">- Haloperidol 1-2 mg (IV o SC) cada 8 horas y hasta cada 2h. (Dosis tope 20 mg)- Olanzapina SC 2,5 mg cada 24 horas antes de acostarse y hasta cada 8 h. (Dosis tope 20 mg)- Si predomina insomnio por intranquilidad o agitación nocturna<ul style="list-style-type: none">- Quetiapina 25 mg VO antes de acostarse, pudiendo dar dos dosis más de 25 mg a lo largo de la noche. (Dosis tope 600 mg)- Levomepromazina 6 mg (VO, SC o IV) antes de acostarse antes de acostarse pudiendo repetirse hasta dos veces la dosis durante la noche. (Dosis tope 300 mg)- Delirium refractario o terminal: objetivo controlar agitación<ul style="list-style-type: none">- <u>Seguir protocolo de sedación paliativa</u>, en casos de delirium primera opción levomepromazina, si no efectivo midazolam e incluso anestésicos (propofol)

REFERENCIAS

1. Downar, J. & Seccareccia, D. Palliating a Pandemic: 'All Patients Must Be Cared For'. *J. Pain Symptom Manage.* 39, 291–295 (2010).
2. Twycross R, Wilcock A, Howard P. Antipsychotics pp 168-190. Palliative Care Formulary Fifth Edition, 2014. Halstan Printing Group, Amershan, UK.
www.palliatiivedrugs.com
3. Gonzalez M, de Pablo J, Fuente E, et al. Instrument for detection of delirium in general hospitals: adaptation of the confusion assessment method. *Psychosomatics* 2004;45:426-431.