

## **ESTE DOCUMENTO ES EXCLUSIVAMENTE PARA PROFESIONALES DE LA SALUD**

**PARA CUALQUIER CONSULTA EN RELACIÓN A LO INDICADO EN ESTE DOCUMENTO PUEDES CONTACTAR CON PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS DE TU ÁREA DE SALUD Y CCAA**

### **ORIENTACIONES SOBRE EL CONTROL SINTOMÁTICO DE ENFERMOS GRAVES AFECTADOS POR LA ENFERMEDAD COVID 19 Y QUE REQUIERAN ATENCIÓN PALIATIVA O SE ENCUENTREN PRÓXIMOS AL FINAL DE LA VIDA.**

Ante la pandemia actual que estamos viviendo en relación al Covid 19 es presumible la necesidad de la atención de muchas personas mayores con comorbilidades asociadas, en especial en centros residenciales o en sus domicilios, debido a la saturación de los servicios de urgencias o de las unidades de medicina interna, cuidados intensivos o cualquier otro servicio que puede suponer una dificultad para garantizar su atención clínica.

Cualquier persona, independientemente de su edad y enfermedad, tiene derecho a recibir asistencia sanitaria adecuada y la intensidad de ésta se determinará según criterios objetivos y expectativas de resolución del proceso con buena calidad de vida y funcionalidad. La edad biológica no debería ser un criterio para la limitación del esfuerzo terapéutico.

Por ello desde la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) queremos realizar una serie de recomendaciones, independientemente del ámbito de atención, dirigidos al alivio sintomático de personas afectadas por la enfermedad en situación de gravedad y presumiblemente en las últimas horas o días de vida, así como destacar la importancia de su acompañamiento y el soporte emocional a sus familias.

Estas recomendaciones también pueden ser útiles para aquellos enfermos graves ingresados en los hospitales que, después del triaje realizado en los mismos, no sean candidatos a ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos pero se encuentren con una carga sintomática grave que requiera de una atención paliativa que alivie sus síntomas y el sufrimiento.

Como premisa inicial y ante la presencia de una enfermedad altamente transmisible, intentaremos utilizar la medicación en infusión subcutánea continua (especialmente si el paciente se encuentra en un centro residencial o en su domicilio) o en bomba de infusión intravenosa si está ingresado en el hospital con el objetivo de minimizar las visitas presenciales por parte de personal sanitario o de los cuidadores y disminuir el riesgo de contagio.

Ni que decir tiene que se deberán extremar las medidas de seguridad y protección por parte del personal sanitario y/o del cuidador o acompañante familiar según las indicaciones del Ministerio de Sanidad en cuanto a la atención y cuidados de personas afectadas, confirmadas o con alta sospecha de afectación por COVID 19.

Además de estas medidas, queremos destacar la importancia de una atención cercana, individualizada y compasiva, atendiendo a todos los niveles de sufrimiento que por desgracia van a aflorar en estos casos. Los fármacos, las vías, los protocolos, son herramientas en manos de profesionales que atienden personas. La actitud de escucha, de respeto, de empatía, no son aderezos sino elementos esenciales también en estos momentos tan complicados.

Las dosis de fármacos que se muestran son orientativas y el aumento o disminución de la dosificación dependerá de la situación clínica del enfermo siendo el objetivo garantizar y priorizar el bienestar y confort del mismo.

Ante la presencia de una sintomatología refractaria a los fármacos utilizados estaría indicada una sedación paliativa para lo cual se dan una serie de recomendaciones al final de este documento. Siempre que sea posible se tratará de recabar la existencia de un documento de voluntades anticipadas del paciente y facilitar en la medida de lo posible el contacto telefónico de los pacientes con sus familias. Si esto no es posible (como sucederá en muchos casos), es importante transmitir información del estado del paciente a sus familiares.

Los síntomas más frecuentes que suelen presentarse en aquellas personas afectadas de la enfermedad COVID 19 y que suelen revestir gravedad son:

#### **.- DISNEA**

La Morfina es el fármaco de elección para el tratamiento de la disnea severa cuando se han descartado otras medidas de intervención terapéutica (UCI) o se prevé un final próximo.

#### ✓ **En personas gravemente enfermas que estén confinadas en sus domicilios o en Centros Residenciales:**

**Infusor Subcutáneo** con la siguiente medicación cada 24h (ajustar dosis en función de si el infusor es de 24h o 48h). En domicilio se podría utilizar infusor de varios días siempre y cuando se pueda garantizar el seguimiento telefónico estrecho.

- **Morfina 1%** (amp 1 ml/10mg): Poner entre 15 mg – 30 mg cada 24h (1,5-3 amp/24h) 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.
- **Haloperidol** (amp 1ml/5mg): Añadir 2,5 mg – 5 mg /24h (0,5-1 amp) para evitar náuseas/vómitos secundarios al inicio del tratamiento con opioides.
- **Buscapina** (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 **Levomepromacina** (amp 1ml/25mg) a dosis de 12,5 mg (suspendiendo en este caso el Haloperidol).

**EN CASO DE NO DISPONER DE INFUSOR** : Utilizar suero fisiológico 0.9% de 100cc al que retiraríamos el volumen de suero que ocupan los fármacos a administrar a una perfusión de 4.2ml /h con dosiflow para 24 h.

#### ✓ **En personas gravemente enfermas que estén hospitalizadas:**

**Bomba de infusión intravenosa** con 500 ml de Suero Fisiológico a pasar a 21 ml/h con la siguiente medicación:

- **Morfina 1%** (amp 1 ml/10mg): Poner entre 10-20 mg cada 24h ( 1-2 amp/24h) en función de la gravedad de la disnea.
- **Haloperidol** (amp 1ml/5mg): Añadir 2,5mg - 5mg/24h (0,5-1 amp) para evitar náuseas/vómitos secundarios al inicio del tratamiento con opioides
- **Buscapina** (amp 1 ml/20mg): Poner 60 mg/24h (3 amp) para evitar las secreciones respiratorias secundarias a la infección
- **Midazolam** (amp 3ml/15 mg): 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 **Levomepromacina** (amp 1ml/25mg) 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 pautaada (si la dosis de cl. Mórfico es de 15mg/d el rescate será de 2,5 mg sc; si la dosis de cl.Mórfico es de 30 mg/d el rescate será de 5mg sc) 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 añadiendo Midazolam o Levomepromacina al tratamiento, vía subcutánea o intravenosa según proceda y con una frecuencia de cada 4h o incluso antes si se precisara hasta control sintomático (ver sedación paliativa más adelante).

Cuando ponemos por primera vez una infusión de cl.mórfico 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. En este caso, necesitaríamos realizar un sondaje vesical.

Si el paciente está hospitalizado, las dosis de cl.mórfico se deberán ajustar diariamente añadiendo la medicación de rescate necesitada por día.

En el entorno domiciliario o residencia, se variarán las dosis del infusor subcutáneo según la frecuencia de duración del mismo y se procederá a la administración de medicación de rescate tal como se describió con anterioridad hasta que el infusor subcutáneo pueda ser cambiado.

#### **.- TOS SECA PERSISTENTE**

Se recomienda utilizar dosis de Morfina 1% al 50% de la dosis indicada para la Disnea.

#### **.- FIEBRE**

Es previsible que estos pacientes desarrollen un cuadro febril en sus últimas horas por lo que nos anticiparemos con antipiréticos del tipo Paracetamol 1 gr cada 6-8h en caso de conservar la vía oral o Paracetamol 600 mg por vía rectal.

En su defecto podría indicarse Ketorolaco 1 amp por vía subcutánea cada 8h. Por vía subcutánea también puede usarse el Dexketoprofeno 50 mg, 1 ampolla subcutánea cada 8-12 horas. El Diclofenaco, con peor tolerancia por vía subcutánea, puede usarse empleando entonces media ampolla de 75 mg cada 8 horas.

En caso de no disponer de esa medicación se emplearían medidas locales (paños húmedos en el cuerpo) para bajar la fiebre en caso de estar muy sintomático, teniendo en cuenta que el objetivo principal es el bienestar y confort.

Si el paciente está hospitalizado podría indicarse el Paracetamol 1 gr/6-8h por la vía intravenosa.

#### **.- DELIRIUM HIPERACTIVO**

Es relativamente frecuente que en la fase final de este proceso aparezca delirium con agitación psicomotriz. Para tratarlo y en circunstancias de fase final está indicado el uso de Levomepromacina vía subcutánea (sc) o intravenosa (iv):

- Dosis de inducción en bolus: 12.5-25 mg (1/2 ó 1 amp de 25 mg)

- Dosis de rescate: 12.5 mg-25 mg cada 4-8 h si fuera necesario hasta control de sintomatología

Dosis inicial en ICSC (infusión subcutánea continua) o en IEVC (infusión endovenosa continua): 50 mg-75mg/24 h. Puede optarse por dosis en bolus de 12,5 mg a 25 mg cada 4-8 horas, sc o iv.

## **ORIENTACIONES SOBRE LA SEDACIÓN PALIATIVA DE ENFERMOS GRAVES AFECTADOS POR LA ENFERMEDAD COVID 19**

La sedación paliativa es un procedimiento que produce una disminución deliberada de la conciencia, una vez obtenido el consentimiento oportuno, y que se emplea para control sintomático en pacientes en situación de terminalidad cuya muerte se prevé próxima y que presentan un sufrimiento intolerable y refractario al tratamiento realizado en un tiempo razonable.

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

En los pacientes con COVID + con pronóstico infausto y mal control sintomático que no sean candidatos a tratamiento en unidades de cuidados intensivos podría estar indicada una sedación paliativa cuando el tratamiento ordinario se muestra insuficiente y la sintomatología se vuelve por tanto refractaria.

Se consideran síntomas refractarios aquellos que no pueden ser adecuadamente controlados con los tratamientos disponibles en un periodo de tiempo razonable, teniendo en cuenta que los pacientes con esta enfermedad pueden desarrollar con rapidez un distrés respiratorio y fallecer en horas.

En todos aquellos pacientes con sintomatología refractaria a los tratamientos recomendados y en los que esté indicada una sedación paliativa se debe proceder a informar al paciente (en el caso que éste esté consciente y competente para la toma de decisiones) y a la familia antes de realizar tal procedimiento. Es de gran importancia que la familia esté adecuadamente informada y permitir, en la medida de lo posible y con los adecuados elementos de protección, poder despedirse de su familiar enfermo una vez dado su consentimiento. Considerar la atención psicológica a las familias.

Reflejar en la historia clínica el motivo de sedación y consentimiento verbal por parte del paciente o familia, cuando se inicia y dosis empleada que facilite a los diferentes dispositivos asistenciales el seguimiento y ajuste del tratamiento pautado.

En caso de estar en domicilio sería recomendable dejar teléfonos de contacto, resolver dudas antes de salir del mismo y acordar próximo seguimiento telefónico o presencial según el caso.

## Procedimiento:

En el caso de los pacientes COVID 19, los síntomas más frecuentes que pueden motivar sedación paliativa serán probablemente disnea e inquietud por cuadro confusional (Delirium).

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son:

- **MIDAZOLAM** (como primera opción)
- **LEVOMEPRMACINA** (si el síntoma refractario es el Delirium)
- **FENOBARBITAL Y PROPOFOL** estarían como opción en caso de no responder a las medidas anteriores.

## Sedación con MIDAZOLAM

**Dosis de inducción:** La dosis de inducción por vía intravenosa (iv) 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 control del síntoma refractario. Para ello, diluir 5 mg (1cc) de midazolam (de la presentación 15mg/3cc) en 4cc de Suero Fisiológico, y disponemos de una concentración 1mg/ml de midazolam).

La dosis de inducción por vía subcutánea (sc) es de 2,5 (0,5cc) a 5 mg (1cc), administrada en bolo.

Las dosis a administrar se individualizará, dentro de ese rango, en función del estado de conciencia del que partimos y de la fragilidad del paciente.

En caso de pacientes que hayan desarrollado tolerancia a benzodiazepinas por tratamientos previos, la dosis de inducción será mayor (entre 3,5 – 5 mg vía iv o 5 a 10 mg por vía sc)

Si tras la dosis de inducción el paciente presenta agitación, o mantiene el síntoma refractario, se administra una dosis de rescate extra igual a la dosis de inducción inicial. Puede repetirse la dosis de rescate tantas veces como se precise hasta alcanzar la sedación, siempre teniendo en cuenta que el inicio de la acción por vía endovenosa es de 3-5 minutos y por vía subcutánea requiere de 10 a 15 minutos, y que la vida media del midazolam puede fluctuar entre 1 y 4 horas.

**Dosis de Mantenimiento:** Se recomienda iniciar una perfusión continua de entre 30 mg - 45 mg de Midazolam iv o sc, e incluso en pacientes hospitalizados valorar dosis mayores entre 60-90 mg dada la gravedad del cuadro respiratorio, la rapidez de instauración del mismo y el estado de aislamiento que requieren estos pacientes. Ajustar la dosis de mantenimiento diariamente añadiendo la medicación de rescate utilizada cada 24h y hasta conseguir una sedación adecuada.

**Medicación de Rescate:** Se aplicará una dosis de rescate extra igual a la dosis de inducción inicial, la cual se podría repetir cada 4h o incluso antes según las necesidades para alcanzar una sedación adecuada.

La dosis máxima de Midazolam es de 240 mg/24h. Si con esta dosis no se alcanza la sedación adecuada o sin llegar a ese techo la escalada de dosis necesarias para conseguir la disminución del nivel de conciencia está siendo muy rápida, habrá que pasar a un segundo escalón con Levomepromacina.

### **Sedación con LEVOMEPRMACINA (SINOGÁN)**

En caso de que el síntoma refractario sea el Delirium, el fármaco de elección será la Levomepromacina. Si el paciente está bajo intento de sedación previa con midazolam, debe reducirse la dosis de este fármaco un 50% en el día de la inducción con levopromacina, intentando rebajar la dosis de midazolam progresivamente en los días posteriores, según sea la respuesta clínica.

**Dosis de inducción:** Se calcula la dosis de inducción de forma similar a la descrita para el midazolam, pero con dosis iniciales de 12,5 a 25 mg, y utilizando mayor intervalo de tiempo (6 a 8 horas), dado que la vida media de éste fármaco es mayor (de 15 a 30 horas).

Si tras la dosis de inducción el paciente presenta agitación o mantiene el síntoma refractario, se administra una dosis de rescate extra igual a la dosis de inducción inicial. Puede repetirse la dosis de rescate tantas veces como se precise hasta alcanzar la sedación.

Las dosis a administrar se individualizará, dentro de ese rango, en función del estado de conciencia de partida y de la fragilidad del paciente.

**Dosis de Mantenimiento:** Se recomienda iniciar una perfusión continua de entre 50mg - 75 mg de Levomepromacina iv o sc e ir ajustando en función de las necesidades de medicación de rescate con el objetivo de alcanzar una sedación adecuada. Al igual que con el Midazolam, dependiendo de la gravedad de la sintomatología y de la rapidez de instauración podría empezarse con dosis más elevadas (entre 100 mg - 150 mg/24h). Ajustar la dosis de mantenimiento diariamente añadiendo la medicación de rescate utilizada cada 24h y hasta conseguir una sedación adecuada.

**Medicación de Rescate:** Se aplicará una dosis de rescate extra igual a la dosis de inducción inicial, la cual se podría repetir cada 4h – 8h o incluso antes según las necesidades para alcanzar una sedación adecuada.

La dosis máxima de Levomepromacina es de 300 mg/24h. Si no se alcanza la sedación adecuada con esta dosis habrá que pasar a un tercer escalón con FENOBARBITAL o PROPOFOL, ante estas situaciones se recomienda contactar con profesionales de Cuidados Paliativos o Anestesia. Se pueden consultar las dosis en la Guía SECPAL para Sedación.

En ingresos hospitalario otra opción de segundo escalón sería **CLORPROMACINA iv (LARGACTIL)**. Su presentación son ampollas de 25mg/5 ml y su inducción se haría con 0.5-1 ampolla en 100 ml de suero y la dosis de mantenimiento y medicación de rescate similar a la Levomepromacina.

### **Utilización de otros fármacos durante la sedación**

Se recomienda mantener durante la sedación algunos fármacos esenciales. Entre ellos los anticolinérgicos (indicados como antiseoretos bronquiales) o los opioides, que no deben ser retirados durante la sedación.

**N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA (BUSCAPINA):** (amp 1ml/20mg). Se utilizan para prevenir/tratar las secreciones bronquiales (estertores premortem). La dosis puede variar entre 60 mg – 120 mg.

**MORFINA.** No retirarla nunca si el enfermo ya la estaba recibiendo por dolor o disnea. Tiene capacidad sedante aunque no se usa con esa intención.

### Medidas a deprescribir:

- Antibioterapia
- Transfusiones
- Heparina de bajo peso molecular
- Hidratación
- Medicación antiviral específica
- Aerosoles.
- Reservorio de O<sub>2</sub>. Se puede cambiar por unas gafas nasales con O<sub>2</sub> entre 1-3 lpm.
- BM test e insulina.

### EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Revisar periódicamente el nivel de sedación según la Escala de Ramsay modificada (tabla 1).
2. Evaluar y dejar constancia en la historia clínica de la evolución
3. En el caso de que el paciente esté hospitalizado es importante mantener informados a todos los turnos de enfermería.
4. 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.

Tabla 1: Evaluación sistemática del nivel de sedación con la escala de Ramsay modificada (Ramsay ICO):

Nivel I	Agitado, angustiado
Nivel II	Tranquilo, orientado y colaborador
Nivel IIIa	Respuesta agitada a estímulos verbales
Nivel IIIb	Respuesta tranquila a estímulos verbales
Nivel IVa	Respuesta rápida y agitada a estímulos dolorosos
Nivel IVb	Respuesta rápida y tranquila a estímulos dolorosos
Nivel V	Respuesta perezosa a estímulos dolorosos
Nivel VI	No respuesta

## **REFLEXIÓN PARA PROFESIONALES**

La sedación paliativa, cuando está bien indicada, autorizada por el paciente o la familia y bien realizada constituye una buena práctica médica y es ética y deontológicamente obligatoria.

La sedación paliativa implica, para el enfermo, una decisión de profundo significado antropológico: la de renunciar a experimentar conscientemente la propia muerte. Tiene también para su familia importantes efectos psicológicos y afectivos. Tal decisión ha de ser resultado de una deliberación sopesada y una reflexión compartida acerca de la necesidad de disminuir el nivel de conciencia del enfermo como estrategia terapéutica ante la inevitabilidad de la muerte, que se sabe próxima y donde el objetivo principal es el alivio del sufrimiento físico y emocional, garantizar el confort del paciente y contribuir así a “una buena muerte”.

Este motivo es el que debería de guiarnos a realizar una **PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LOS CUIDADOS**, lo cual debería tenerse en cuenta en todos aquellos pacientes que no sean candidatos a recibir terapia intensiva en UCI.

Por último y, aunque el tema excede a este documento no podemos olvidarnos de atender el duelo a los familiares de la persona fallecida.