

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
Subsecretaría de Prestación de Servicios Médicos e Insumos
Programa de Voluntad Anticipada y Cuidados Paliativos

Pandemia COVID-19

***“Estrategia de Atención Paliativa
Interdisciplinaria Integral”***

Junio de 2020



**GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO**

**CIUDAD INNOVADORA
Y DE DERECHOS**

Cuidados Paliativos

Los **cuidados paliativos** constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal.

Previene y alivia el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual.

Los programas de asistencia paliativa utilizan el trabajo en equipo para brindar apoyo a los pacientes y a quienes les proporcionan cuidados.

Cuidados Paliativos

Esa labor comprende la atención de necesidades prácticas y apoyo psicológico a la hora del duelo. La asistencia paliativa ofrece un sistema de **apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.**

Los **cuidados paliativos** están reconocidos expresamente en el contexto del **derecho humano a la salud**. Deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona que presten especial atención a las necesidades y preferencias del individuo.

Pandemia COVID-19

El 11 de marzo 2020, la OMS declaró el brote del nuevo coronavirus (COVID-19) como una Pandemia.

Una enfermedad generada por un virus cuya capacidad de contagio es muy alta y una morbilidad relativamente mediana, pero con complicaciones respiratorias severas.

Puede generar una sobredemanda que potencialmente rebasará cualquier capacidad de respuesta

Reto para los Sistemas de Salud

- Prevención
- Identificación Temprana
- Atención oportuna a complicaciones que amenacen la vida
- Fallecimientos

Reto Social y Económico

Desafíos de los Cuidados Paliativos ante la Pandemia COVID-19

Sistema con grandes carencias y debilidades tecnológicas.

Un importante número de personas tiene la posibilidad de presentar complicaciones severas por COVID-19 (neumonía atípica y SIRA).

La atención deberá tener un enfoque hacia los pacientes, familiares, cuidadores.

Desafíos de los Cuidados Paliativos ante la Pandemia COVID-19

Esquema que debe incluir al personal de salud involucrado en la atención de la pandemia.



El enfoque integral, humanista y multidisciplinario, es ahora más que nunca, necesario.

¿Y que pasa del otro lado?: La Pandemia COVID-19 y los Cuidados Paliativos

- Los pacientes con padecimientos crónicos, son mas susceptibles de presentar complicaciones ante el COVID-19.
- Los pacientes adultos mayores y aquellos con múltiples comorbilidades, son particularmente susceptibles.
- No hay suficiente evidencia para para limitar el uso de corticoesteroides o AINES, por lo que se deja a criterio del médico tratante su prescripción.

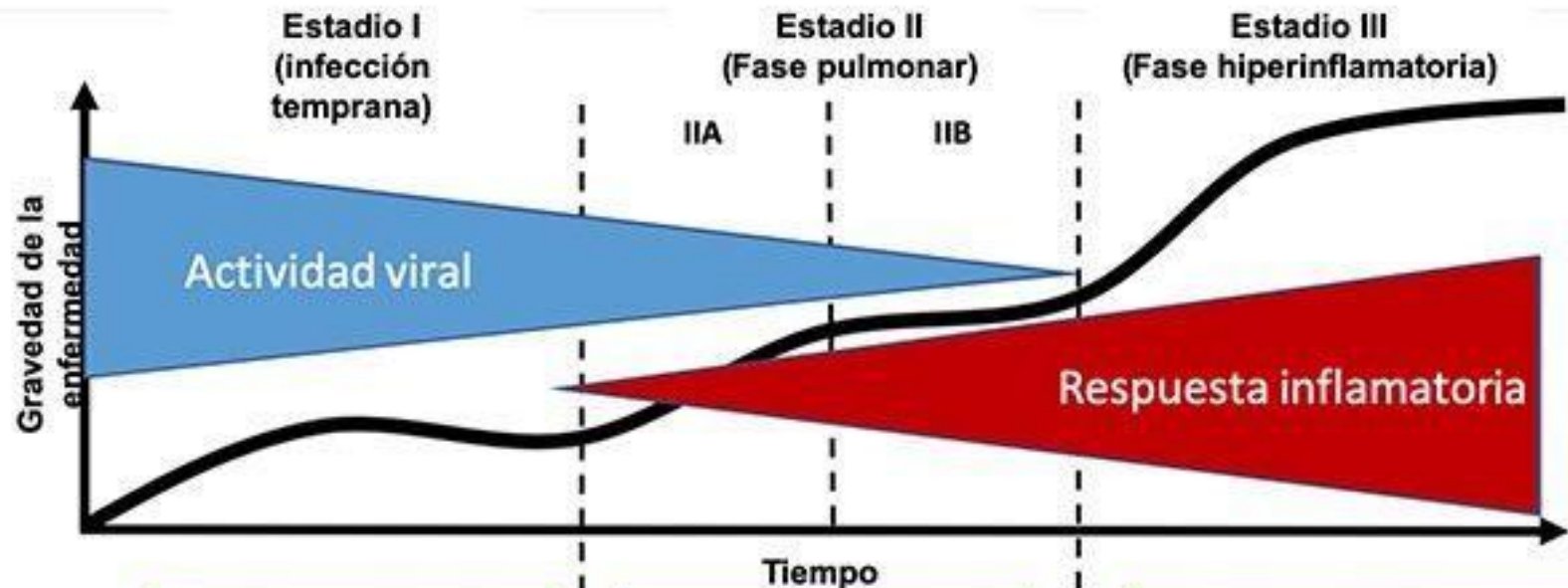
- Shanthanna H, Cohen SP, Strand N, Lobo CA, Eldabe S, Bhatia A, Narouze S. **Recommendations on Chronic Pain Practice during the COVID-19 Pandemic.** www.asra.com/covid-19/cpguidance.
- Acute use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in people with or at risk of COVID-19 (RPS2001) 14 April 2020, Version 1
- Arthur Y Kim, MD, FIDSA, Rajesh T Gandhi, MD (Apr 2020) Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Management in adults. UpToDate Walter Kluwer

Síntomas en las complicaciones severas del COVID-19

- Disnea
- Dolor
- Tos seca persistente
- Nausea
- Fiebre
- Delirium hiperactivo

Importante vigilar que los síntomas no se conviertan en refractarios

Fases de la COVID-19




	Estadio I (infección temprana)	Estadio II (Fase pulmonar)	Estadio III (Fase hiperinflamatoria)
Clínica	Síntomas constitucionales leves; anosmia; fiebre > 38 °C; tos seca; diarrea.	Disnea (falta de aire)	SIRA, SEPSIS, lesión renal aguda, insuficiencia cardíaca aguda
Análisis clínicos	Linfopenia; aumento leve DHL; aumento dímero D	SatO ₂ baja; radiografía anormal de tórax; aumento: dímero D, DHL y transaminasas	Aumento: ferritina, dímero D, proteína C reactiva, DHL, troponina, creatinina, tiempos de coagulación

Modificado de Siddiqi y cols.

Criterios de rechazo a la unidad de cuidados intensivos

No hay evidencias que definan los criterios de rechazo. Sin embargo, varios de los criterios basados en el juicio clínico incluyen la disponibilidad de camas, la gravedad de la enfermedad –como se explicó previamente mediante la escala de SOFA–, la voluntad anticipada del paciente, el estado de no resucitar y la base funcional en especial en pacientes adultos mayores.²⁰

²⁰ James FR, Power N, Laha S. Decision-making in intensive care medicine – A review. J Intensive Care Soc. 2018;19(3):247-258.

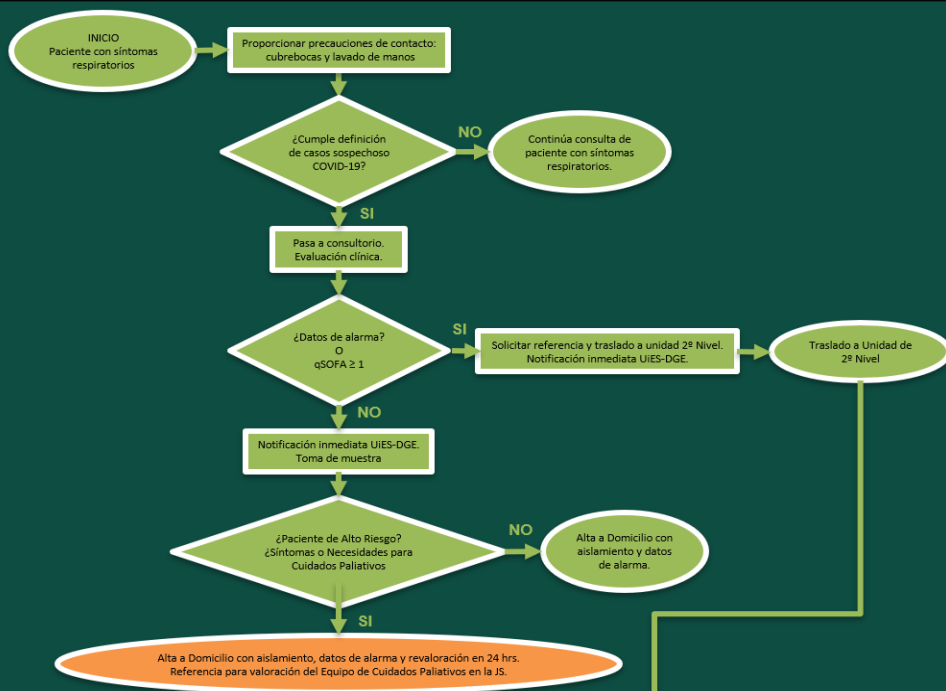


**Algoritmo General de la *Estrategia*
de Atención Paliativa
*Interdisciplinaria Integral***

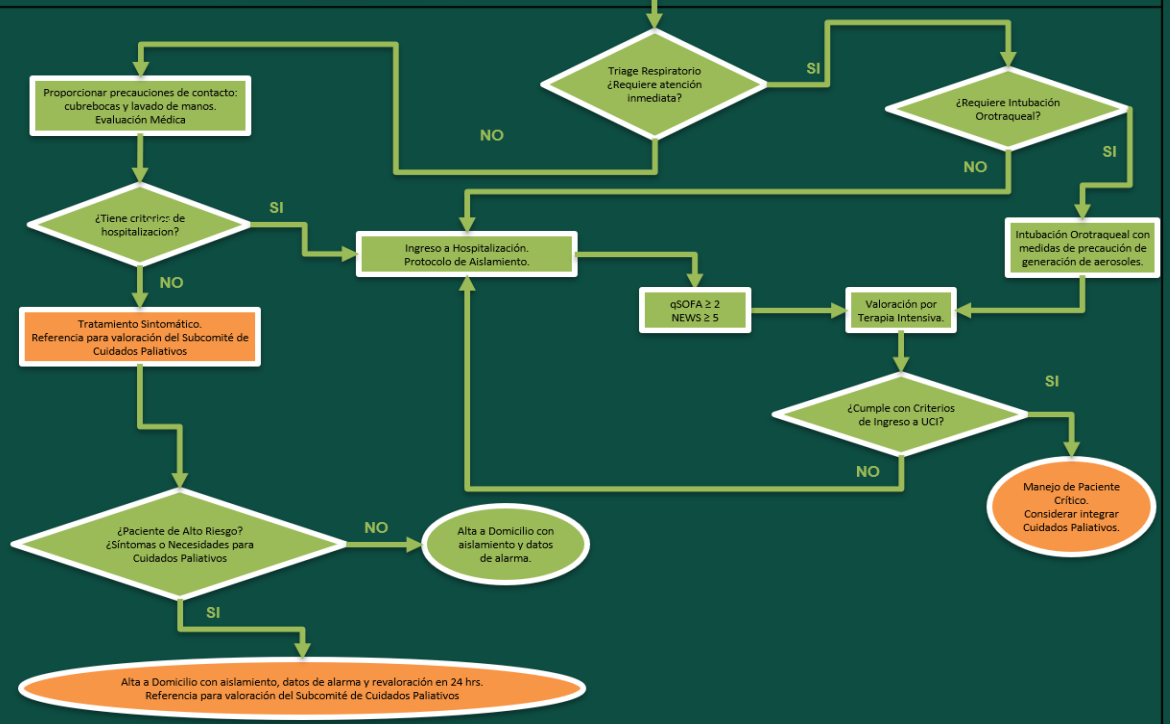
Esquema General

Algoritmo General de la Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

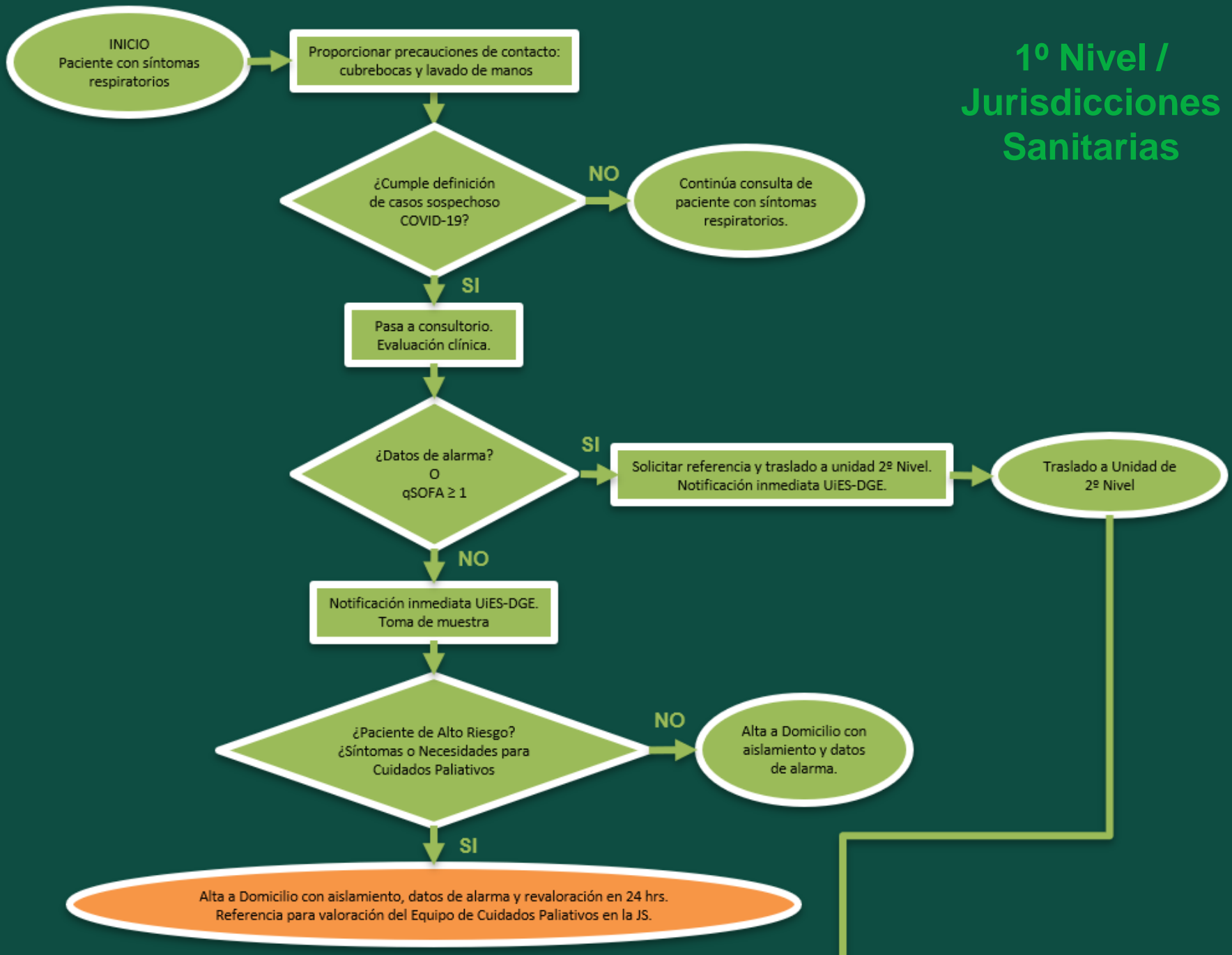
Primer Nivel
Jurisdicciones Sanitarias
Programa "Salud en tu Casa"

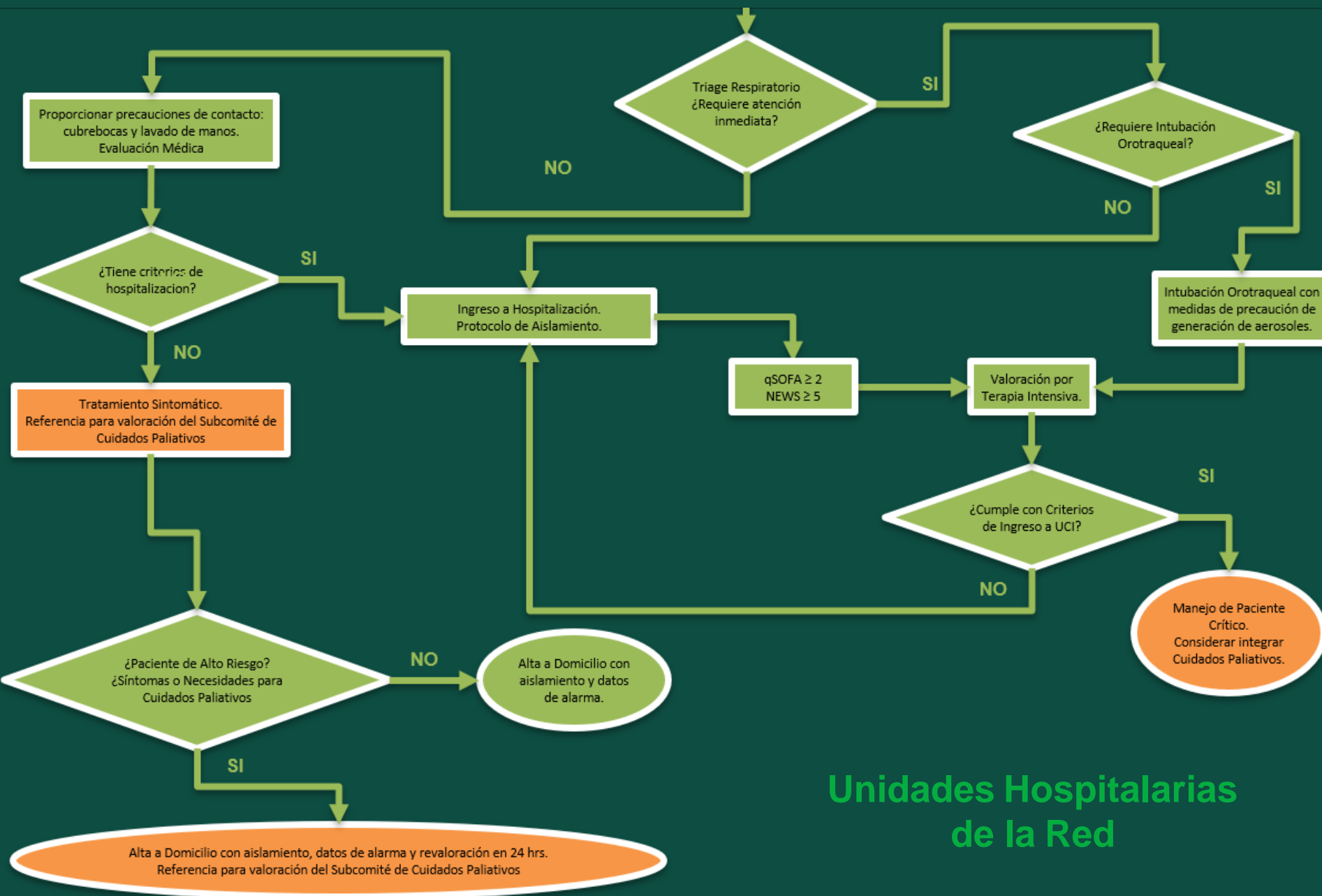


Segundo Nivel
Unidades Hospitalarias de la Red



1º Nivel / Jurisdicciones Sanitarias





Unidades Hospitalarias de la Red



*Estrategia de Atención Paliativa
Interdisciplinaria Integral*

Acciones del Área de Medicina

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área de Medicina

Valoración del paciente

- TRIAGE
- Escalas de funcionalidad y pronóstico (PPI, PPS, Karnofsky, ECOG, Barthel)

Evaluación de Síntomas

- ESAS (Escala de Valoración de Síntomas de Edmonton), Escala Visual Análoga de Dolor, LANSS y DN4.

Manejo y control de síntomas

- Disnea, Dolor moderado-severo, Náusea/Vómito, Estreñimiento y Delirium.
- *Sedación Paliativa

De la planificación compartida de la atención a la Voluntad Anticipada.

- Documentación de preferencias al final de la vida.
- Medidas de confort y acompañamiento.

Manejo del duelo para la familia, cuidadores y equipo médico.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área de Medicina

Protocolo básico para el manejo de la disnea

Paso 1: Optimizar el tratamiento y soporte de disnea.

Paso 2: Verificar la saturación de oxígeno, suministrar oxígeno si, se encuentra inferior a 90%.

Si no es hay control adecuado, efectuar los pasos subsecuentes:

Paso 3: Solicitar interconsulta a Cuidados Paliativos para valoración e ingreso al Programa.

Paso 4: Manejo conjunto (Médico tratante y Médico del subcomité de Cuidados Paliativos)

-Iniciar medicamento de tipo Opioide

Morfina

Vía oral de 15 a 20 mg/día tomar ½ a 1 tableta cada 6 horas.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Medicina

Protocolo básico para el manejo de la disnea

Morfina

- Aplicar de 2 a 5 mg cada 8 horas por vía subcutánea,
- Administrar 10 mg en 100ml de Solución Fisiológica, aplicar en infusión continua para 24 horas.
- **Rescates** de 3mg hasta cada hora, máximo 3 rescates en 24 horas.

Incrementar al 50% de la dosis inicial si se presenta dolor severo (EVA: 7-10) como causa de disnea.

Iniciar laxante (consultar protocolo básico de manejo de estreñimiento)

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área de Medicina

Protocolo básico para el manejo del dolor.

Paso 1: Uso de analgésicos no opioides

Paracetamol 500mg VO cada 6 horas (no administrar en caso de Insuficiencia Hepática).

No hay suficiente evidencia para determinar si el uso de AINES está relacionado con un mayor riesgo de desarrollar complicaciones más graves por la enfermedad por COVID-19, se deja a criterio del médico tratante su prescripción.

Si no hay un adecuado control del dolor con medicamentos del primer escalón analgésico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) continuar con el siguiente Paso.

Paso 2: iniciar soporte algológico con medicamentos de segundo escalón analgésico.

Tramadol (5 a 6 mg/kg/ día) Dosis máxima 400mg/día.

- Vía oral 50 a 100 mg cada 6 horas
- Vía intramuscular 100 mg cada 8 horas

- Modificado del texto Stepwise Protocols for Crisis Symptom Management, del Center Advance Palliative Care (CAPC). Actualizado el 20/02/2020
- Acute use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in people with or at risk of COVID-19 (RPS2001) 14 April 2020, Version 1
- Arthur Y Kim, MD, FIDSA, Rajesh T Gandhi, MD (Apr 2020) Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Management in adults. UpToDate Walter Kluwer
- National Institute for Health and Care Excellence (Apr 2020) COVID-19 rapid guideline: managing symptoms (including at the end of life) in the community (NG163)

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área de Medicina

Protocolo básico para el manejo del dolor.

Paso 3: Referir a Cuidados Paliativos o al Subcomité de Cuidados Paliativos. Iniciar con analgésico opioide fuerte (3 escalón analgésico de la OMS).

Morfina

- **Vía Subcutánea:** aplicar 5- 10mg por vía SC cada 4 o 6 horas.
- **Vía Intravenosa:**
 - **Dosis inicial:** Bolo IV de 2 - 10 mg. Diluir 10 mg en 9 ml de suero salino 0,9% (1 mg/ml). Infundir a ritmo menor de 2 mg/min. Puede repetirse la dosis cada 20 min hasta un máximo de 25 - 30 mg al día.
 - **Dosis de mantenimiento:** Infusión de 1 - 5 mg/h. Diluir 20 mg en 100 ml suero salino 0,9% (0,2 mg/ml) infundir de 5 - 20 ml/h.

Recomendaciones

- Verificar función renal y hepática previamente.
- Reducir al 30% de la dosis total en pacientes adultos mayores.
- Incrementar al 50% de la dosis inicial si se presenta dolor severo (EVA: 7-10).
- Iniciar laxante, si inicia cualquier medicamento tipo opioide.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área de Medicina

Protocolo de manejo de Agitación/Delirio/Inquietud/Confusión

Paso 1: Examen completo – buscar causas que provoquen el delirium, causas dolorosas o agitación derivada de estreñimiento, retención urinaria o úlceras por presión.

Paso 2: Revise la lista de medicamentos y elimine todos los medicamentos no esenciales para descartar que el delirium sea secundario al uso de medicamentos.

Paso 3: El dolor es una de las principales causas del delirio – iniciar tratamiento farmacológico no opioide.

Paracetamol 500mg por vía oral cada 6 horas (evitar en la enfermedad hepática)

Aplicar protocolo de manejo de dolor. Según severidad del mismo iniciar con los medicamentos correspondientes al escalón analgésico.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área de Medicina

Protocolo de manejo de Agitación/Delirio/Inquietud/Confusión

Paso 4: Referir a Cuidados Paliativos o al Subcomité de Cuidados Paliativos para control algológico.

Paso 5: Iniciar con fármaco antipsicótico típico (haloperidol).

VÍA ORAL:

- Solución gotas (haloperidol 2 mg/ml): dar ¼ml (5 gotas) a ½ml (10 gotas) por vía oral o debajo de la lengua cada hora hasta alivio o calma;
- Comprimidos (haloperidol): 1 comprimido de mg, dar medio comprimido cada 1 hora hasta la calma, aumentar a comprimido completo si no hay alivio de la dosis inicial.

VÍA INTRAVENOSA / VÍA SUBCUTANEA:

- Haloperidol 5 mg/1 ml: 2.5-10mg cada 8-12h IV o SC (máximo 30mg al día).
- Aplicar 25 unidades (1/4 de ml) cada hora hasta el alivio, aumentar a 1/2 ml si no hay alivio de la dosis inicial.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área de Medicina

Protocolo de manejo de Agitación/Delirio/Inquietud/Confusión

Paso 5:

**Iniciar con fármaco antipsicótico 2da línea
Levomepromazina.**

VÍA ORAL :

- Levomepromazina dosis de 6.25-12.5mg SC cada 6 h
(max.200mgaldía)

- *Si hay un control eficiente del síntoma con haloperidol, continuar con paso 6*

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área Médica

Protocolo de manejo de Agitación/Delirio/Inquietud/Confusión

Paso 6: Uso de benzodicepina de acción rápida (midazolam)

MIDAZOLAM ampula de solución inyectable 15mg/3ml: :

Administrar por vía IV o SC 1ml (5mg/ml) en “bolo” (no menos de 5 minutos y vigilar por al menos 30 minutos posteriores) máximo 3 aplicaciones de 5mg/1ml cada 30 min.

Valorar la disminuir la dosis del medicamento opioide.

Vigilar constantemente la oxigenación y la mecánica respiratoria.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área Médica

Protocolo de náuseas y vómitos

Paso 1: Buscar la posible causa de la náusea/vómito (obstrucción gastrointestinal, vértigo, estreñimiento).

Paso 2: Tratar con metoclopramida u ondansetrón vía oral.

ORAL:

Metoclopramida: 10 mg cada 8 horas VO

Ondansetrón: 4 mg cada 8 horas, aumentar a 8 mg si no hay alivio de la dosis inicial.

Intravenoso / subcutáneo:

Metoclopramida: 5 mg/ml, dar 1 ml cada 6 horas durante todo el día.

Ondansetrón: 0,15 mg/kg IV cada 8 horas

Si usa cualquiera de los dos medicamentos para control de náusea inducida por opioides, administrar 30 minutos antes de la opioide durante 3-4 días.

Si no hay un control eficiente , pasar al paso 3

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área Médica

Protocolo de náusea y vómito

Paso 3: Haloperidol

ORAL:

- Solución gotas (haloperidol 2 mg/ml): 5 gotas a 10 gotas (0.5 ml) por vía oral o debajo de la lengua cada hora hasta controlar el síntoma.
- Comprimidos (haloperidol 10 mg): ½ a 1 comprimido vía oral cada 1 hora hasta la calma, aumentar a comprimido completo si no hay alivio de la dosis inicial.

Intravenosa / subcutáneo:

(Haloperidol 5 mg/1ml): aplicar 1/4 ml – 25 UI cada hora hasta el alivio, aumentar a 1/2 ml - 50 UI si no hay alivio de la dosis inicial.

Si no hay un control eficiente , pasar al paso 4

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área Médica

Protocolo de náusea y vómito

Paso 4: Uso de benzodicepina de acción rápida (midazolam)

IV o SC: Midazolam inyectable 15mg/3ml: Administrar por IV o SC 1 ml (5mg/ml) en caso de sensación de náusea insoportable. Máximo 3 aplicaciones de 1ml cada 30 min.

- Administrar en “bolo” despacio y de forma continua, en no menos de 5 minutos y vigilar por al menos 15 min posterior a la aplicación.

Vigilar constantemente la oxigenación y la mecánica respiratoria.

Paso 5: Referencia a Cuidados Paliativos o al Subcomité de Cuidados Paliativos.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área Médica

Protocolo de estreñimiento

Paso 1: Descartar la impactación/oclusión intestinal

Paso 2:

- Senosidos A-B VO tomar 1 o 2 tabletas cada 24 horas por la noche
- Lactulosa VO tomar de 15 a 30ml cada 12 o 24 horas por la noche

Si no hay respuesta adecuada en 48 horas...

Paso 3: Supositorios: 1 supositorio por recto cada 24 horas por la mañana
Aplicar este tratamiento solo por 2 días.

Si no hay un control eficiente , pasar al paso 4

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área Médica

Protocolo de estreñimiento

Paso 4: Enema - agua a temperatura corporal (36°), repetir hasta que haya resultados

NO se recomienda

-**Laxantes a base de Fosfato Sódico** / laxante osmótico salino (Fleet), que su mecanismo de extracción de agua de la luz intestinal por osmosis, causando deshidratación o desequilibrio hidroelectrolítico; riesgo de hiperfosfatemia, hipocalcemia, arritmias).

- **Psyllium plantago**

Por ser formadores de masa.

Paso 5: Referencia a Cuidados Paliativos o al Subcomité de Cuidados Paliativos.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área Médica

Protocolo de Síntomas Refractarios

- Para síntomas refractarios derivados de la enfermedad por COVID-19. valorar sedación paliativa
- La Sedación Paliativa implica el uso de sedantes al final de la vida para reducir la nivel de conciencia para que evitar el sufrimiento.
- Debe haber Expertos en Cuidados Paliativos para apoyar al personal que no tenga experiencia en llevar a cabo este procedimiento.

- Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises A WHO guide. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0IGO.
- Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos, Consejo de Salubridad General.2018
- Guía de Práctica Clínica - Cuidados Paliativos en Adultos:440-11
- Arya A., Buchman S., Gagnon B., Downar J. Pandemic Palliative care:beyond ventilators and saving lives. Canadian Med A J 2020 Mar 31. doi: 10.1503/cmaj.200465
- Malotni M., Scarpi E., Rosati M., Dermi S., Fabbri L., Martini F., Amadori D., Nanni O.. Palliative Sedation in End-of-Life Care and Survival: A Systematic Review. J Clin Oncol 30:1378-1383. 2012 DOI: 10.1200/JCO.2011.37.3795

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

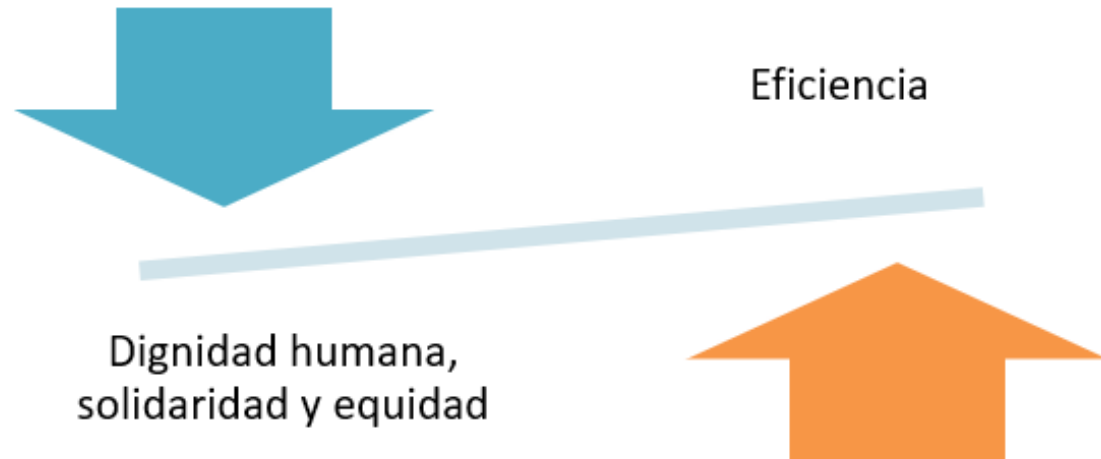
Acciones del Área Médica

Protocolo de Medidas de Confort y Acompañamiento

- Debido a las medidas de aislamiento y restricción de visitas, el acompañamiento familiar o social se verá limitado.
- Se recomienda el empleo de medios de telecomunicación como Smartphones y Tablet, con la finalidad de reducir la sensación de separación entre la familia o cuidadores y los pacientes.
- En caso de que algún paciente no pueda usar un equipo electrónico o hacer videollamadas debido a su condición, se sugiere que los Trabajadores Sociales y otros Profesionales de la Salud brinden apoyo a estos individuos.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área Médica

Consideraciones Bioéticas:



Tratar el mayor número de pacientes y salvar la mayor cantidad de vidas



- a) La probabilidad de que un paciente mejore y sobreviva
- b) El tiempo que dicho paciente utilizará los recursos escasos que pueden reutilizarse

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área Médica

Consideraciones Bioéticas: Sistemas de Triage

- “Rapid Emergency Medicine Score”

<https://www.mdcalc.com/rapid-emergency-medicine-score-remc>

- “APACHE II (cuando se cuenta con estudios de laboratorio y radiografía)

<https://www.mdcalc.com/apache-ii-score>

- “qSOFA” (para sepsis)

- Modified Early Warning Score (MEWS)
para deterioro clínico (<1 min) : eficacia para
valoraciones iniciales rápidas

<https://www.mdcalc.com/modified-early-warning-score-mews-clinical-deterioration>

- “PSI/PORT” (especialmente diseñado para neumonía, 3 min requieren de prueba para COVID-19)

<https://www.mdcalc.com/psi-port-score-pneumonia-severity-index-cap>

Se pueden
utilizar desde
el celular

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área Médica

**Consideraciones Bioéticas:
Elementos importantes del Triage**

Sistema de asignación de recursos

Entorno de capacidad sobrepasada (o cerca) e imposibilidad de referir pacientes



Consideraciones Bioéticas: Elementos importantes del Triage

- **Desempate con criterios de equidad**
 - SEXO
 - PROTECCIÓN A GRUPOS VULNERABLES
 - ALEATORIEDAD Y TRASPARENCIA
- **Importancia de la información al paciente y familiares (especialmente cuando forman parte de grupos vulnerables)**
 - A cargo del Comité de Triage
- **Personal de salud como caso prioritario**
 - Salvo cuando el tratamiento sea fútil



Diagramas de flujo



Diagrama de Flujo de Atención Paliativa para Pacientes con COVID-19 que presentan Disnea Refractaria en Hospitales de la RED

Pacientes con Disnea Refractaria

Continuar protocolo de estudio y manejo de las causas subyacentes de la disnea

¿El paciente presenta Hipoxia?

Sí

No

Continuar protocolo de estudio y manejo las causas subyacentes de la Hipoxia.

Administrar Oxigeno Suplementario

¿Continua con Disnea?

No

Sí

Medidas No-Farmacológicas

¿El paciente se encuentra en Fase de Agónica?

No

Sí

RESCATES

- Opiode VO cada 3-4 horas en caso de crisis por disnea.
- Opiode IV cada 30 minutos en caso de crisis por disnea.
- Evitar el uso de Benzodiacepinas

- Opiode IV cada 15 min en caso de disnea.
- Duplicar la dosis inicial de Opiode IV cada 15 min, si la disnea no se alivia con la dosis previa.
- Midazolam IV 5mg/ml cada 30 min en caso de ansiedad, delirio o disnea que no responder a Opiode.

Medidas No-Farmacológicas:

- Colocar al paciente en Fowler o Semi-Fowler.
- Realizar ejercicios de relajación con respiración prolongada y profunda.

Medidas Farmacológicas:

- Los opioides son unos de los tratamientos de elección para la disnea refractaria.
- Para los pacientes con disnea sintomática, se recomienda la administración de opioide en infusión para 24h, además, el empleo de dosis en "bolo" (rescates) de hasta el 10% de la dosis total en 24h, máximo 5 rescates al día (No se sugiere el uso de parches).

Recomendaciones para la dosificación:

- Para pacientes vírgenes a opioides.
 - Morfina VO 5-10mg/día
 - Oxycodona VO 2.5-5mg/día
 - Morfina IV/SC 2-4mg/día
 - Hidromorfona IV/SC 0.4-0.6mg/día
- Considerar reducir el 30% de la dosis calculada en pacientes adultos mayores o con fragilidad.

Potencia Analgésica y Tabla de Conversión

Opiode	Dosis VO	Dosis IV
Morfina	30	10
Oxycodona	10	20
Fentanilo	--	100mcg

Si se inicia tratamiento con Opioides, añadir un laxante como:

- Senosidos AB
- Picosulfato de Sodio
- Metoclopramida



Diagrama de flujo de Atención Paliativa para Pacientes con COVID-19 que presentan múltiples síntomas en Hospitales de la RED

Pacientes con COVID-19 con presencia de múltiples síntomas.

Evaluación y tratamiento de síntomas.

Delirium

Aplicar la Escala de "CAM" (Confusion Assessment Method) para detección del delirium.

- Identificar causas agregadas y manejarlas (hipoxia, dolor, desequilibrio hidroelectrolítico, otros).
- Haloperidol a dosis 2.5-10mg cada 8-12h IV o SC (max. 30mg al día).
- Levomepromazina a dosis de 6.25-12.5mg SC cada 6h (max. 200mg al día).

Aplicar el CAM a las 24 horas para evaluar la dosis-respuesta y reajustar el tratamiento.

En caso de que no haya mejoría clínica y/o adecuado control sintomático a pesar de la escalada de medicamentos y se hayan descartado otras causas, considerar la Sedación Paliativa.

Dolor

Aplicar el cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS) o la Escala Visual Análoga (EVA) para medir la intensidad del dolor.

Se recomienda utilizar la escalera analgésica de la OMS se deben utilizar los fármacos según la intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente.

- Dolor leve (1-4): analgésicos no opioides (se recomienda el empleo de paracetamol).
- Dolor moderado (5-6): se emplearán opioides débiles (tramadol, codeína).
- Dolor grave (7-10): se deben prescribir opioides potentes como:

- ❖ Morfina 50mg/2ml, administrar 1-3mg IV o 2-6mg SC cada 4-8h.
- ❖ Buprenorfina 0.3mg/ml, 75-150 mcg (1/4 a 1/2 amp) SC cada 6-8h.)

Aplicar el cuestionario de ESAS o EVA a las 24 horas para evaluar la dosis-respuesta y reajustar el tratamiento.

Ansiedad

Aplicar el cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS) para medir el grado de ansiedad.

Se recomienda el uso de benzodiazepinas en caso de crisis de ansiedad (7 a 10 en la valoración de ESAS).

- Alprazolam o clonazepam 0.25-1mg VO cada 8-12h.
- Midazolam 0,5 mg SC o 0.150 a 0.250 mg/kg cada 6 horas

VER DIAGRAMA DE FLUJO DE SEDACIÓN PALIATIVA

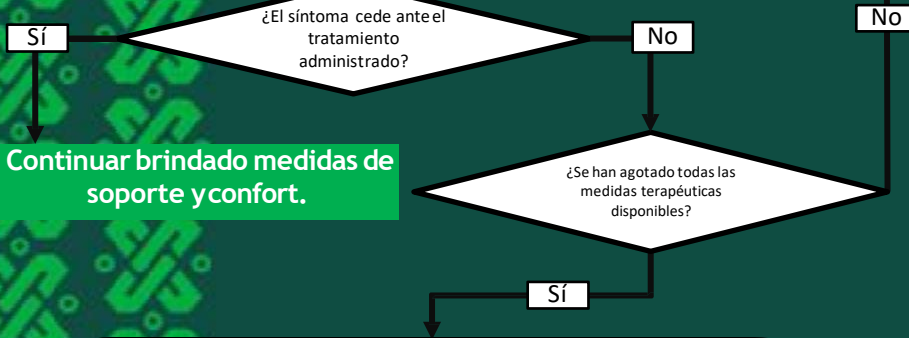


Diagrama de Flujo de Atención Paliativa para Pacientes con COVID-19 que requieran Sedación Paliativa secundario a la presencia de Síntomas Refractarios en los Hospitales de la RED.

Pacientes con Síntomas Refractarios y con las siguientes condiciones:

- Sin criterios para ingreso a la UCI.
- El paciente rechaza medidas o procedimientos invasivos, mediante la Suscripción de la Voluntad Anticipada.

Continuar protocolo de estudio y manejo de las causas subyacentes del Síntoma Refractario.



Midazolam inyectable:

Dosis carga: 0.03-0.05mg/kg, administrar lentamente (entre 2 a 5min) repetir cada 5 min hasta llegar al efecto deseado. (Valorar mecánica ventilatoria después de administrar una dosis).

Dosis de mantenimiento: iniciar con 0.02-0.1mg/kg/hora valorando estado de conciencia.

*En caso de no contar con Midazolam

Propofol inyectable:

Dosis de impregnación: 10-20mg/hora, incrementar de 10-20mg/hora valorando estado de conciencia.

Bolos de 10-20mg cada 10 min en caso de descontrol de síntomas.

Sólo se puede administrar por catéter venoso central.

Fentanilo Inyectable:

Dosis de 25mcg/hora en infusión continua IV o SC.

Definiciones:

- **Síntomas Refractarios:** Es aquél que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable, sin que comprometa la conciencia del paciente, por lo que es tributario de sedación paliativa (GPC Cuidados Paliativos 440-11).
- **La Sedación Paliativa** se utiliza para controlar y aliviar los síntomas refractarios en los pacientes durante sus últimos días u horas de vida. Los síntomas refractarios mas frecuentes son **delirium** 54%, **disnea** 30%, **trastornos psicológico** 19%, **dolor** 17%, **vómito** 5%, entre otros (GPC Cuidados Paliativos 440-11).
- **Sedación Paliativa:** Es la administración intencionada de medicamentos (en las dosis y combinaciones) con el fin de reducir la conciencia superficial o profundamente, de forma transitoria o permanente con la intención de aliviar el sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas, con el consentimiento implícito, explícito o delegado del paciente.
 - Esta acción ocurre ante síntomas refractarios a la terapéutica convencional o una urgencia paliativa que requiere alivio inmediato de un síntoma que genera distrés psicológico.
 - **La sedación terminal tiene como finalidad disminuir su nivel de conciencia y no acortar la vida del enfermo.**

(Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos, Consejo de Salubridad General 2018)

Consideraciones Indispensables para llevar a cabo el procedimiento:

1. Existencia de uno o varios síntomas refractarios.
2. Dejar constancia en el Expediente Clínico: etiología del síntoma, tratamientos o procedimientos aplicados y la falta de respuesta de los mismos.
3. Evaluación Interdisciplinaria por el equipo médico.
4. Llenado y registro del Consentimiento Informado del paciente o un familiar.
5. Intención de aliviar el sufrimiento: uso de dosis adecuadas y proporcionadas, ajuste de dosis al nivel de conciencia (valorando reversibilidad y vida media del fármaco) con base a la tolerancia del síntoma.
6. Monitorización constante del nivel de conciencia.
7. Sensibilización referente a la Suscripción del **Formato de Voluntad Anticipada.**

Villavicencio C., Sobrevia X., Esquirol J., Guerrero L., Vaquero J., García Y. Protocolo de actuación para la Sedación Paliativa ante disnea refractaria en domicilio- Protocolo especial COVID-19. Barcelona, España: 2020 mar 27.



*Estrategia de Atención Paliativa
Interdisciplinaria Integral*

***Acciones del Área de
Trabajo Social***

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área de Trabajo Social



Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área de Trabajo Social

Fase 1 “Red Interinstitucional para canalizar a pacientes”

- Contactar a las instituciones que dieron servicio a pacientes Covid – 19.
- Identificar a pacientes que recibirán seguimiento en esa institución u otra y los que no cuentan con servicio médico.
- Realizar una lista de pacientes sin servicio médico, con nombre edad y domicilio, para poder referirlos a los hospitales de red.

Fase 2 “Entrevista de pacientes y familiares”

- Realizar entrevistas correspondientes a Trabajo social (estudio socioeconómico, estudio social con familiograma, en caso de ser necesario visita domiciliaria)
- Realizar un diagnóstico socioeconómico y social, para conocer las necesidades y dinámica familiar. Llevar a cabo un plan social

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Trabajo Social

Fase 3 “Seguimiento de casos”

- **A partir de las necesidades de cada paciente y familia, gestionar apoyos y recursos para subsidiar las necesidades.**
- **Apoyo y comunicación entre los miembros de la familia.**
- **Apoyo en la reintegración a las actividades y conductas habituales**
- **Entrevistas y control de seguimiento tanto al paciente como a sus familiares.**

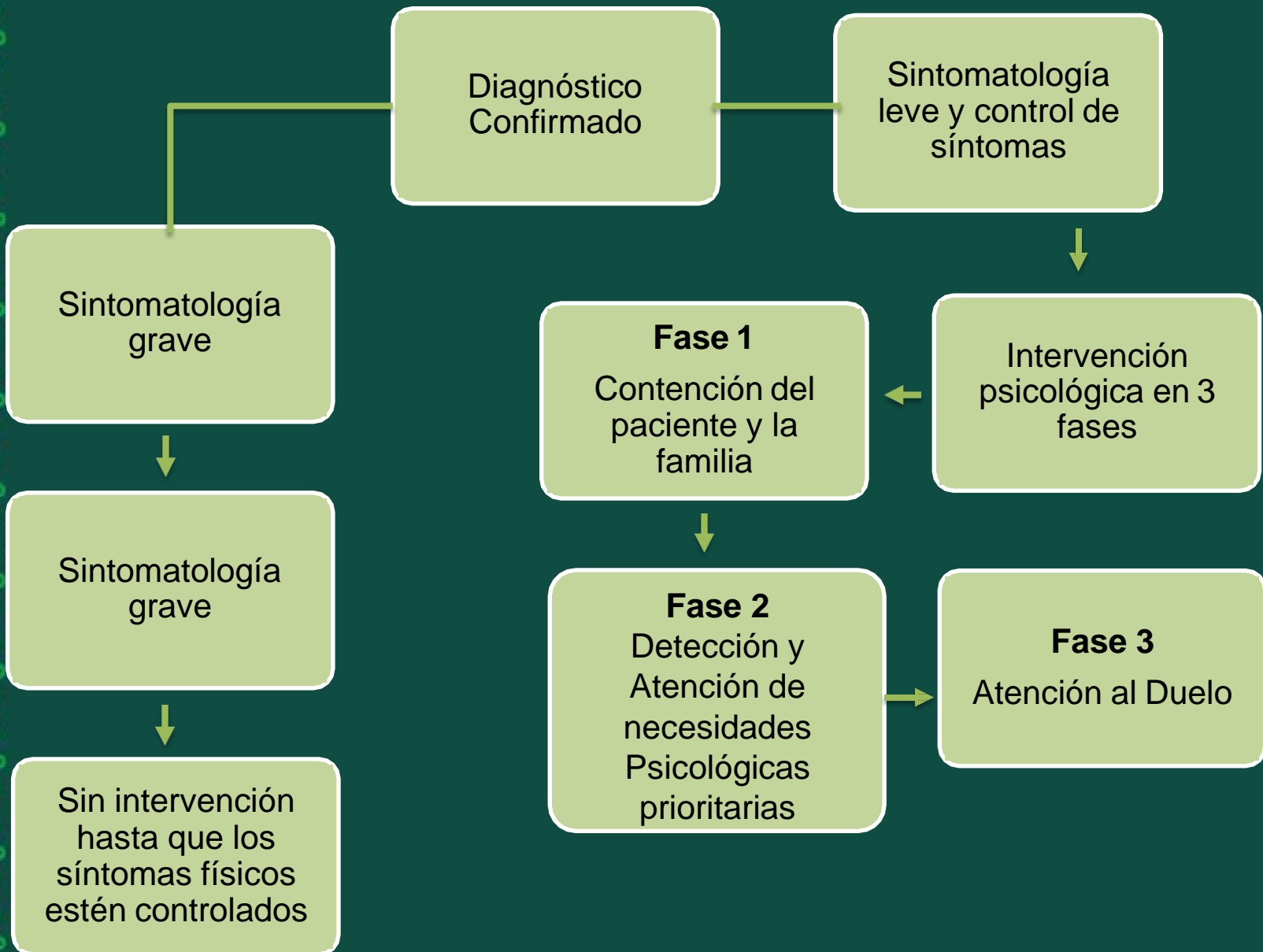


*Estrategia de Atención Paliativa
Interdisciplinaria Integral*

Acciones del Área de Psicología

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área de Psicología



Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área de Psicología

Fase 1 “Contención al paciente y su familia”

- Promover la exteriorización de sentimientos y emociones.
- Escucha activa.
- Psicoeducación con respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamientos disponibles.
- Despejar dudas.
- Coordinar y conectar con otros posibles apoyos.

Fase 2 “Detección y Atención de Necesidades Psicológicas Prioritarias del paciente y su familia”

- Prevenir, detectar y tratar síntomas de depresión, ansiedad, ira, ideación suicida, insomnio entre otros.
- Trabajar la aceptación.
- Manejo y control del estrés mediante técnicas como la relajación autógena y la imaginación guiada.
- Recomendaciones y autocuidado de los cuidadores.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Psicología

Fase 3 “Atención al Duelo”

- Acompañamiento Psicológico, detectar necesidades de la familia después de la muerte del paciente, así como recursos de afrontamiento.
- Apoyo y comunicación entre los miembros de la familia.
- Manejo de la aceptación, la adaptación y la resignificación ante la pérdida.
- Ayuda en la recuperación del estrés, mediante técnicas para el control y manejo como, técnica de solución de problemas, reestructuración cognitiva, técnicas de respiración y técnica de relajación Muscular Progresiva de Jacobson.
- Apoyo en la reintegración a las actividades y conductas habituales.
- Observación de signos y síntomas que pudieran ser o tornar en duelo patológico, o alguna otra entidad clínica psiquiátrica.
- En caso de detectar depresión moderada y grave se realizara la referencia a psiquiatria.
- Si se detecta riesgo suicida se referira a psiquiatria.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Psicología

Consideraciones Psicosociales

- Duración del aislamiento/cuarentena: el aislamiento prolongado se asocia con una salud mental deteriorada que pueden provocar síntomas de estrés postraumático o conductas de evitación, impulsividad o ira.
- Miedo a la infección: uno de los mayores temores en el paciente es que cree que está ante la posibilidad de contagiar a otras personas, especialmente a miembros de la familia y en el caso del cuidador, se siente en riesgo por verse contagiado.
- Frustración y aburrimiento: la suspensión de la rutina habitual y la pérdida el contacto social con los demás, conllevan con frecuencia al aburrimiento, frustración y una sensación de aislamiento del resto del mundo, lo que es angustiante para cualquier persona.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Psicología

Consideraciones Psicosociales

- Recursos económicos: las dificultades financieras puede ser un problema durante la cuarentena, puesto que se pierde la fuente de empleo o se interrumpen las actividades profesionales. Es un agente estresor si no hay una planificación previa.
- Estigma: a nivel social, se le da un parámetro diferente a quien cursa una enfermedad, evitándolo, discriminándolo o etiquetándolo. Lo anterior puede provocar reacciones cognitivas o conductuales de riesgo.
- El aislamiento y el aburrimiento provocarán angustia. Se debe brindar atención especial a quienes están en cuarentena de las acciones que pueden hacer para evitar el aburrimiento y sobre todo, de técnicas de control y manejo del estrés.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Psicología

“Escalas”

- Entrevista inicial de corte motivacional.
- DME- Cuestionario de Detección de Malestar Emocional.
- ESAS (Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton)
- HADS (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria)
- Inventario de Depresión de Beck.
- PLUTCHIK (Escala de Riesgo de Suicidio)
- Escala de Estrategias de Afrontamiento Espirituales –SCS
- Escala de autotranscendencia (STS)
- Inventario de Sistemas de Creencias- sbi-15r
- ZARIT (Test sobre la carga del cuidador)

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Psicología

“Recomendaciones Psicoemocionales”

- **Cuidar las necesidades básicas**
- **Planifique una rutina**
- **Mantenga el contacto con compañeros**
- **Estar en contacto con la familia y seres queridos**
- **Compartir información constructiva**
- **Manténgase actualizado:** Confíe en fuentes fiables de conocimiento..
- **Respeto a las diferencias:** Algunas personas necesitan hablar mientras que otras necesitan estar solas.
- **Auto observación: sea consciente de sus emociones y sensaciones**
- **Permítase pedir ayuda**

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Psicología

“Recomendaciones Psicoemocionales”

- **Recuerde que lo que es posible no es probable:** una importante carga emocional que a nivel cognitivo se traduce en una ideación obsesiva donde se confunde lo posible con lo probable. Es importante no perder la esperanza y recordar también que una parte importante de las personas enfermas padecen este virus en otras formas más leves.
- **Limitar la exposición a los medios de comunicación**

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

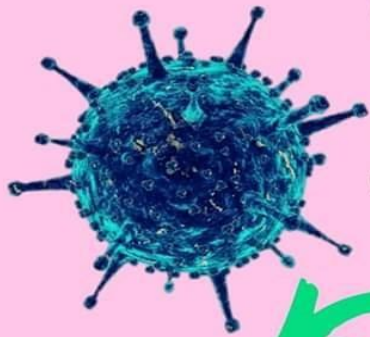
Acciones del Área de Psicología



Síntomas de ansiedad por COVID-19.



Sobreinterpretar cambios en el cuerpo.



Pensamientos obsesivos sobre el COVID 19.



Pensar que nos enfermaremos.



Somatizar.



Necesidad de leer información.



Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Psicología

Cuidado emocional y psicológico para familiares y cuidadores ante la situación de COVID-19

- La situación generada por esta pandemia, también afecta a los niños, con los cambios importantes en sus vidas, limitación de las relaciones con familia y compañeros y falta de actividad exterior, entre otras circunstancias.
- Los niños viven la incertidumbre ante las noticias y rumores y perciben los problemas o restricciones que pueden surgir en las familias, así como el miedo, tensión o ansiedad ante la posible enfermedad.
- Ante esta situación, pueden manifestar síntomas de ansiedad, reacciones de rebeldía o desobediencia.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área de Psicología

Si hay niños, ¿qué podemos hacer?

- Ser conscientes de que los niños observan comportamientos y emociones de los adultos para buscar referencias.
- Ayudarles a expresar sus sentimientos mediante conversaciones, dibujos, cuentos, etc.
- Mantenerles informados de forma adaptada a su edad, siempre con datos veraces y fiables sin ser catastrofistas.
- Limitar su exposición a las noticias.
- Establecer rutinas y mantener el orden y horarios de comida y sueño, así como de períodos de estudio y juego/ocio.
- Ser pacientes y flexibles.
- Buscar las formas de comunicación con familiares y amigos.
- Ser creativos y tener sentido del humor.
- Evitar juzgar, rechazar o discriminar a las personas afectadas por la enfermedad.
- Darles confianza y esperanza. **TODO VA A SALIR BIEN, ESTO PASARÁ.**



*Estrategia de Atención Paliativa
Interdisciplinaria Integral*

Acciones del Área de Odontología

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Odontología

Evaluar, identificar y referir al área médica a pacientes sospechosos de contraer COVID-19

- Cuestionario:
 - ¿Síntomas o problemas respiratorios agudos (leves o graves) en los últimos 14 días?
 - ¿Viajes a países de riesgo durante los últimos meses? (China, Hong Kong, Corea del Sur, Japón, Italia, España, Irán o Singapur)
 - ¿Cercanía con paciente sospechoso o confirmado?
- Datos clínicos
 - ¿Fiebre hoy o en los últimos 14 días? (temperatura corporal igual o superior a 38 C)
 - ¿Tos o Disnea?

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral

Acciones del Área de Odontología

La atención odontológica se pospondrá en todas las situaciones y se limitará a los casos de urgencia

- **Urgencia odontológica:** aparición súbita de una condición patológica bucomaxilofacial que amenaza su integridad y función, la cual provoca una demanda espontánea de atención cuyo tratamiento debe ser inmediato, oportuno y eficiente (ejemplos: dolor, abscesos y traumatismos)
- Uso de equipo de protección Nivel 3 (googles con protección lateral, pantalla facial, gorro impermeable, mascarilla ffp2/ffp3 (NIOSH N95 o N100), bata impermeable desechable, cubre zapatos y guantes de nitrilo)
- Enjuague bucal previo (Peróxido de Hidrógeno al 1% - Yodopovidona al 0.2%)
- Aislamiento con Dique de Hule
- Desinfección de las áreas clínicas y manejo de residuos RPBI

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Odontología

Promover las medidas de prevención e higiene generales

- Higiene de manos, distanciamiento, toser y estornudar “cortésmente”, permanecer en casa el máximo tiempo posible.

Vigilancia de la Higiene Oral de los Pacientes

- Implementar y reforzar un plan de higiene oral, adaptado a las necesidades y con las medidas de prevención adecuadas.
- Enjuagues orales, atomizaciones con sustancias oxidantes no irritantes de la cavidad oral.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Odontología

Valoración de la funcionalidad del Sistema Estomatognático en los pacientes

- Especial atención a la respiración, masticación y fonación

Apoyo en la comunicación veraz y asertiva

- Entre el equipo de salud y los pacientes - familiares

Capacitación de las medidas de prevención generales

- A los pacientes, familiares, cuidadores y comunidad

Registro de actividades en historia clínica



*Estrategia de Atención Paliativa
Interdisciplinaria Integral*

Acciones del Área de Nutrición

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Nutrición

Mantener una buena hidratación

- Consumo mínimo de 1.8 litros por día, contemplando consumo de líquidos naturales, caldos, infusiones y té. Disminuyendo el consumo de jugos procesados, bebidas gasificadas y bebidas alcohólicas.

Consumo de frutas y verduras

- Se debe garantizar el consumo de 3 porciones de frutas y 2 porciones de verduras por día. En pacientes con diagnóstico de Covid-19 se torna dificultad para masticar y deglutir, por lo cual se debe implementar preparar en puré, cremas o caldos. Uso de Dieta Enteral.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Nutrición

Elegir consumo de productos integrales y leguminosas.

- Consumir cereales integrales precedentes de granos enteros como: pan integral, pastas integrales, arroz integral y de parte de las leguminosas incluir: habas, frijoles, lentejas, garbanzos. No deben incluirse como platillo fuerte, solo para acompañar a los demás alimentos,

Preferir productos lácteos bajos en grasas.

- Se incluirán lácteos para fuente de calcio, alimentos como leche baja en grasa, yogurt, quesos blancos y leches fermentadas. Existen estudios que refieren que el uso de Prebióticos y Probióticos ayudan a restaurar la flora intestinal.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Nutrición

Consumo moderado de alimentos de origen animal.

- Consumo de carnes 3 – 4 veces por semana de pollo, conejo, pavo, y de 1 vez por semana carnes rojas y carne de cerdo. Pescados 2-3 veces por semana, huevos 3-4 veces a la semana, quesos blancos, yogurt y leches fermentadas 3-4 veces por semana.

Uso de frutos secos, semillas y aceite de oliva.

- El aceite de oliva y el aguacate se pueden utilizar de manera moderada en la base de la alimentación, al igual que los frutos secos como almendras, nueces, etc. Y semillas como girasol y calabaza, deberán ser naturales o tostados, evitando los frutos secos, fritos, endulzados y salados.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Nutrición

Evitar alimentos precocidos y comida rápida

- El consumo de alimentos precocidos y comida rápida como pizzas y hamburguesas, no están recomendadas para toda la población en general debido a su elevado contenido calórico, por lo tanto se debe restringir el consumo en esta cuarentena domiciliaria, por el riesgo de sobrepeso y obesidad, así como enfermedades crónicas degenerativas.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Nutrición

**Recomendaciones alimentarias y de nutrición
en el paciente crítico con COVID-19 que
ingresa en la UCI.**

- A pesar de que la OMS ha incluido la iniciación de nutrición enteral entre las 24-48h de estancia en la UCI, según una revisión Cochrane, la baja calidad de las pruebas, no permite establecer con claridad si la nutrición enteral temprana (dentro de las 48h iniciales), comparada con la nutrición enteral tardía (después de dichas 48h), afecta al riesgo de mortalidad dentro de los 30 días, la intolerancia a la alimentación, las complicaciones gastrointestinales, o la neumonía . Por su parte, la ESPEN sugiere que la terapia nutricional debe ser considerada tras 48h de estancia en la UCI.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Nutrición

Contenido Calórico – Energético

- Los indicadores a monitorizar incluyen principalmente energía y proteínas y el mantenimiento del equilibrio de líquidos. Según pruebas indirectas, en general se recomienda dieta oral versus nutrición enteral o parenteral, y se recomienda suministrar de acuerdo con la gravedad de la enfermedad, a razón de 20 ~ 30 Kcal/kg/d. Según una revisión Cochrane, no queda claro que la prescripción de apoyo nutricional hipocalórico sea un acercamiento beneficioso en términos de mortalidad (en UCI o a los 30 días), o en la duración de la estancia en la UCI o en el hospital. La mayoría de las pautas consideran que el requerimiento de proteínas es adecuado en el rango de 1.2 a 2.0 g/kg/día. Los pacientes graves tienen atrofia muscular debido al aumento del catabolismo proteico, que afecta a la supervivencia y el pronóstico.

Estrategia de Atención Paliativa Interdisciplinaria Integral
Acciones del Área de Nutrición

Complementos Alimenticios

- Debido a que en varios pacientes de COVID-19 se identificó disbiosis microbiana, es posible que el uso de prebióticos o probióticos (en forma de complementos alimenticios con una variedad cepas) pudiera evitar infección secundaria por translocación bacteriana. Evidencias indirectas de una revisión Cochrane sugieren que existen incertezas de si se debe suplementar o no con selenio a los pacientes Críticos para mejorar su sistema inmune.

Resumen del Plan de Cuidados Paliativos ante la Pandemia

Table 1
Summary of Palliative Care Pandemic Plan

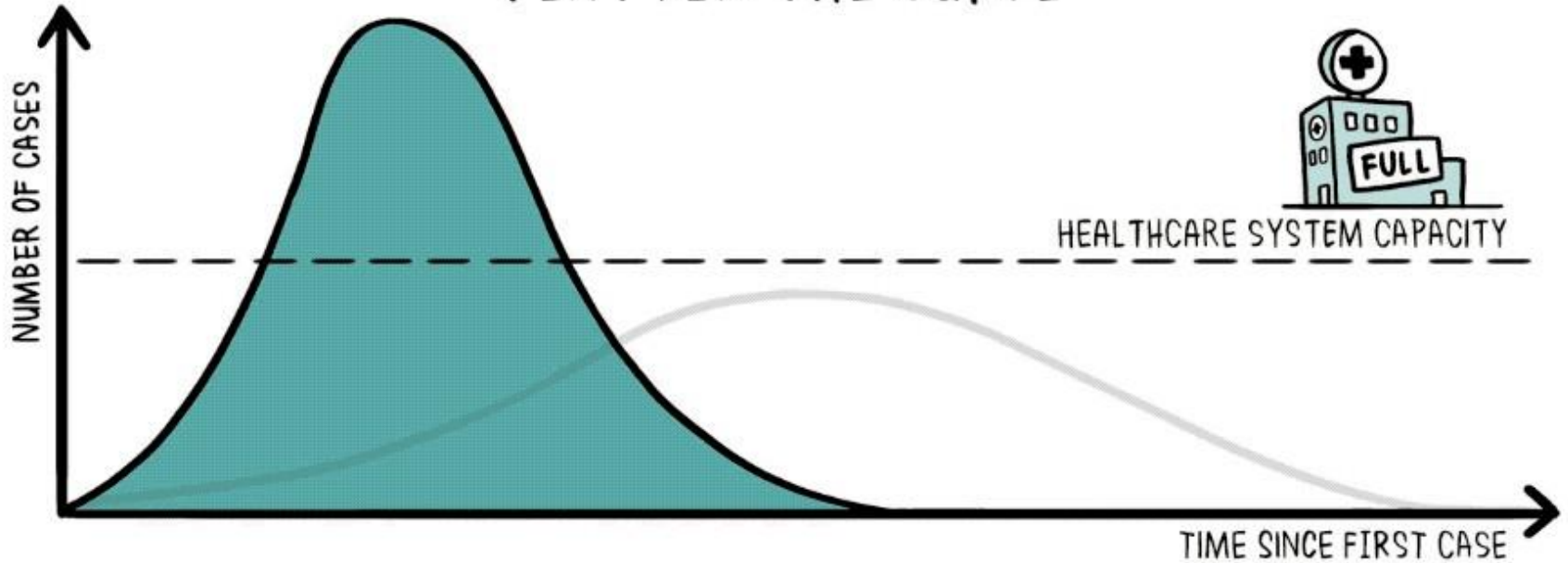
“Stuff”	Staff	Space	Systems
<p>Stockpile medications for common symptoms:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opioids for dyspnea and pain • Haloperidol or methotrimeprazine for nausea and delirium • Scopolamine for secretions <p>Stockpile equipment to deliver medications:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subcutaneous butterflies • Continuous drug delivery pumps <p>Prepare kits including medications and equipment to deliver medications for long-term care facilities and home care services.</p>	<p>Identify all clinicians with palliative care expertise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Physicians • Nurse specialists <p>Provide focused education sessions to frontline staff for symptom management and end-of-life care for H1N1 patients.</p> <p>Develop standardized order sheets and protocols for symptom management and end-of-life care for H1N1 patients.</p> <p>Involve specialist allied health care workers to provide psychosocial support and grief and bereavement counseling.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Social workers • Spiritual care staff 	<p>Identify wards and nonclinical areas in all health care facilities that would be appropriate to accommodate large numbers of patients expected to die.</p> <p>Maximize the use of identified palliative care unit, hospice, and ward beds.</p>	<p>Create a triage system to identify patients in need of specialist palliative care management (see text).</p> <p>Create a triaging system for intrafacility, interfacility, and community transfers to dedicated palliative care units, hospices and wards.</p> <p>Create a system for direct consultation support for staff in hospitals, long-term care facilities, and the community by telephone or telemedicine.</p> <p>Ensure that all patients currently admitted to health care facilities have clear and updated advance care plans.</p>

SOB = shortness of breath; LTC = long-term care.

Conclusiones

- *Los Cuidados paliativos tienen un papel activo y fundamental en situaciones de desastres, crisis y pandemias.*
- *La Pandemia generada por el COVID-19 presenta un perfil de pacientes que no serán recuperables, los cuales requieren una atención enfocada al confort de los síntomas y atención en los últimos días de vida.*
- *También aporta recursos para atender a los familiares de aquellos pacientes en estado crítico, o incluso los no recuperables.*
- *Es necesario implementar el enfoque para brindar atención a toda la población que lo requiera.*

FLATTEN THE CURVE



@SIOUXSIEW @XTOTL @THESPINOFFTV

'ADAPTED FROM @DREWAHARRIS, THOMAS SPLETTSTÖBER (@SPLETTE) AND THE CDC'
CC-BY-SA

Tabla 4. Evaluación de insuficiencia orgánica secuencial

Variables	CLASIFICACIÓN SOFA				
	0	1	2	3	4
Cardiovascular: Hipotensión, mmHg	PAM: > 70 Sin vasopresores	PAM: < 70 Sin vasopresores	Dopamina < 5 ó dobutamina (cualquier dosis)	Dopamina > 5 ó epinefrina < 0.1 ó norepinefrina < 0.1	Dopamina > 15 ó epinefrina > 0.1 ó norepinefrina > 0.1
Respiratorio: PaO ₂ /FiO ₂	> 400	301 - 400	201 - 300	< 200 con soporte respiratorio	< 100 con soporte respiratorio
Renal: Creatinina, mg/dl	< 1.2	1.2 - 1.9	2.0 - 3.4	3.5 - 4.9	> 5.0
Hematológico: Cuenta de plaquetas, X 10 ³ /mm ³	> 150	100 - 150	51-100	21-50	< 20
Hepático: Bilirrubinas, mg/dl	< 1.2	1.2 - 1.9	2.0 - 5.9	6.0 - 11.9	> 12.0
Neurológico: Escala de Coma de Glasgow		13-14	10-12	6-9	< 6

* PAM: Presión arterial media. Los agentes adrenérgicos son administrados por al menos 1 hora y están en mcg/Kg/min. PaO₂: Presión arterial de oxígeno; FiO₂, Fracción inspirada de oxígeno

Piense en cómo ha sentido su dolor en la última semana.

Por favor diga si las siguientes frases describen exactamente su dolor.

1. ¿Siente su dolor como una desagradable y extraña sensación en su piel? Las siguientes palabras podrían describir esa sensación: Pinchazos, hormigueos, agujas, chinchetas.

NO, realmente no siento mi dolor así.....(0)

SÍ, tengo esas sensaciones a menudo(5)

2. El aspecto de la piel en el área dolorosa, ¿parece diferente de lo normal? Las siguientes palabras podrían describir esa sensación: enrojecimiento, manchas, moteada.

NO, mi dolor no afecta al color de mi piel.....(0)

SÍ, he notado que el dolor hace que mi piel parezca diferente.....(5)

3. ¿Su dolor hace que su piel sea anormalmente sensible cuando se toca? Esas sensaciones desagradables pueden provocarse acariciando la piel ligeramente o por la ropa.

NO, el dolor no hace más sensible la piel en esa zona.....(0)

SÍ, mi piel parece anormalmente sensible cuando me toco esa zona(3)

4. ¿Su dolor aparece repentinamente como si fueran descargas sin ninguna razón aparente? Las siguientes palabras podrían describir esa sensación: corriente eléctrica, golpes, saltos.

NO, no siento mi dolor de esa manera.....(0)

SÍ, tengo esas sensaciones a menudo(2)

5. La temperatura en el área dolorosa ¿parece diferente a lo habitual? Las siguientes palabras podrían describir esa sensación: calor, caliente, quemazón.

NO, realmente no tengo esas sensaciones(0)

SÍ, tengo esas sensaciones a menudo(1)

PALLIATIVE PROGNOSTIC INDEX (PPI)

- Predice la supervivencia a las 3 y 6 semanas
- Incluye el PPS-v2 y otros síntomas como la disnea, delirium, edema e ingesta oral
- Puntuación mayor de 6: Menos de 3 semanas
- SE 80%; ES 85%

<i>PPI</i> puntuación	Supervivencia estimada en semanas	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo
>6	Menor de 3	86%	76%
5-6	Menor de 6	91%	64%
≤4	Mayor de 6	83%	71%

CRITERIOS PARA OBTENER LA PUNTUACIÓN				
<i>PPS</i> 10-20 4 30-50 2,5 >50 0	<i>Delirium</i> 4	Disnea Reposo 3,5	Edemas 1	Ingesta oral Mínima 2,5 Reducida 1

Harlos, M. Guideline for estimating length of survival in palliative patients. University of Manitoba, Canada.

PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS-V2)

- Modificación del KPS
- Mide el Estado Físico específicamente en Cuidados Paliativos
- 50%: Solo el 10% de los pacientes tendrán sobrevida mayor a 6 meses

%	Deambulaci3n	Evidencia enfermedad (EE)	Autocuidados	Ingesta	Conciencia
100	Libre	Normal. Sin EE	Completos	Normal	Alerta
90	Libre	Normal. Alguna EE	Completos	Normal	Alerta
80	Libre	Con esfuerzo. Alguna EE	Completos	Normal o reducida	Alerta
70	Reducida	Alguna EE	Completos	Normal o reducida	Alerta
60	Reducida	Imposible hacer hobbies trabajo dom3stico. E. manifiesta	Ayuda ocasional	Normal o reducida	Alerta o confusi3n
50	Principalmente sentado o estrado	Imposible cualquier trabajo. E. extensa	Ayuda considerable	Normal o reducida	Alerta o confusi3n
40	Principalmente encamado	Igual	B3sicamente asistido	Normal o reducida	Alerta o somnolencia o confusi3n
30	Totalmente encamado	Igual	Completamente dependiente	Reducida	Igual
20	Totalmente encamado	Igual	Completamente dependiente	Pequeños sorbos	Igual
10	Totalmente encamado	Igual	Completamente dependiente	Cuidados boca	Somnolencia o confusi3n
0	Fallecido				

- Gu3a pr3ctica cl3nica sobre cuidados paliativos. Gu3as de Pr3ctica Cl3nica en el SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de Espa3a, 2008
- Harlos, M. Guideline for estimating length of survival in palliative patients. University of Manitoba, Canada.

Escala de valoración funcional de Karnofsky

Escala	Valoración funcional
100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo
10	Moribundo
0	Fallecido

**TABLA
2**

Clasificación Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)

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

ÍNDICE DE BARTHEL (ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA)

Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc	5
	- Dependiente	0
Deposiciones	- Continente	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinente	0
Micción	- Continente o es capaz de cuidarse la sonda	10
	- Ocasionalmente, máx un episodio de incontinencia en 24h,necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	- Incontinente	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	- Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión	10
	- Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m	10
	- Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para subir y bajar escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión	5
	- Dependiente	0

Valoración de la incapacidad funcional:

100 Total independencia (siendo 90 la máxima si el paciente usa silla de ruedas)

60 Dependencia leve

35-55 Dependencia moderada

20-35 Dependencia severa

20 Dependencia total

**Cuestionario de evaluación de síntomas de edmonton, versión revisada
ESAS-r (es)**

Por favor, marque el número que describa mejor como se siente AHORA:

Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Nada agotado (cansancio, debilidad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Nada somnoliento (adormilado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Ninguna pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito que se pueda imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Nada desanimado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Duermo perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente (sensación de bienestar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Nada _____ Otro problema (por ej; sequedad de boca)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible

Anexos

Anexos



B- VALORACION SENSORIAL

La sensibilidad del dolor puede examinarse comparando el área dolorosa con un área adyacente o contralateral no dolorosa, mediante la presencia de alodinia y umbral de dolor alterado mediante pinchazo.

1. ALODINIA

Examine la respuesta al acariciar ligeramente con un algodón sobre el área no dolorosa y el área dolorosa. Si la sensación experimentada es normal en el área no dolorosa, pero duele o provoca sensaciones desagradables (hormigueo, náuseas) la prueba es positiva.

- NO, sensaciones normales en las dos áreas.....(0)
- SÍ, presencia de alodinia sólo en el área dolorosa(5)

Documentos www.lania.com

El dolor neuropático.

2. UMBRAL DE DOLOR

Determine el umbral de pinchazo comparando la respuesta a una aguja 23 g montada sobre una jeringuilla de 2 ml colocándola con cuidado sobre la piel en un área no dolorosa y en un área dolorosa.

Si la presión de la aguja se siente en el área no dolorosa, pero provoca una sensación diferente en el área dolorosa [por ej. ninguna sensación o sólo presión (alto umbral) o una sensación muy dolorosa (bajo umbral)], hay cambios en el umbral de dolor. Si la aguja no se siente en ninguna zona, cambiar la jeringuilla para aumentar el peso y repetir la prueba.

- NO, la misma sensación en las dos áreas(0)
- SÍ, presencia de cambios en el umbral del dolor en el área dolorosa.....(3)

Escala de Dolor de LANSS

Anexos

PUNTUACIÓN TOTAL: MÁXIMO 24

VALORES >12 puntos: probablemente estemos ante un dolor neuropático;

VALORES <12 puntos: probablemente no se trate de un dolor neuropático

RESULTADOS > a mayor PUNTUACIÓN > GRADO INCAPACIDAD

Completar con un *SÍ* o un *NO* cada una de las 4 preguntas siguientes:

Entrevista al paciente

Pregunta 1: ¿El dolor tiene una o más de las siguientes características?

- | | SÍ | NO |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ardor (quemazón) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Frío doloroso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Toque o descarga eléctrica | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Pregunta 2: ¿Está asociado el dolor con uno o más de los siguientes síntomas en la misma área?

- | | SÍ | NO |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4. Hormigueo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Alfileres y agujas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Adormecimiento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Picazón o comezón | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

El resultado del DN4 es positivo cuando se tiene un puntaje de respuestas positivas igual o mayor a 3.

Escala DN4

Programa de Voluntad Anticipada y Cuidados Paliativos



Contacto



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SEDESA

PROGRAMA DE VOLUNTAD ANTICIPADA
Y CUIDADOS PALIATIVOS

Altadena 23 - 4º piso (ala sur).

Col Nápoles. Alcaldía Benito Juárez.

Tel. 5132 1200. Ext. 1419 - 1307 - 1308 - 1560

Correos electrónicos:

cuidadospaliativosdf.sedesa@gmail.com

voluntad.anticipada.cdmx@gmail.com