

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN



**INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL**

**LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA EL MANEJO
DE CUIDADOS PALIATIVOS ANTE LA
PANDEMIA POR COVID-19**

JULIO 2020

Presentación



El *Instituto Salvadoreño del Seguro Social* en su Política de “Adoptar el Sistema de Calidad que garantice la atención en salud y prestaciones económicas integrales a los derechohabientes”, ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación del **Departamento de Normalización**, según acuerdo **Según Acuerdo CD#2019-2232.OCT.- Contenida en acta N° 3874** dependencia responsable de la elaboración y actualización de los documentos técnico-normativos de salud del ISSS.

En este sentido los **LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA EL MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19**, será el documento normativo que tendrá como objetivo de proporcionar una atención de calidad y calidez a pacientes y sus familiares brindando el mayor control de síntomas disconfortantes y en aquellas situaciones de últimos días y en el duelo. Disminuyendo en lo posible, el sufrimiento en un contexto de elevado estrés, durante la pandemia por COVID-19, constituyéndose en una herramienta valiosa con que contarán los Centros de Atención que posean el portafolio de servicios para la realización, quienes deberán proceder a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio.


Licda. Rosa Delmy Cañas de Zacarías.
Directora General del ISSS






EQUIPO NORMATIVO.

Nombre	Procedencia
Dra. Silvia Guadalupe Mendoza de Ayala	Jefe Departamento de Normalización
Dra. Mery Elizabeth Cardoza de Parada	Colaborador Técnico de Salud II Departamento de Normalización
Dra. Ingrid Lizzette Hugentobler	Colaborador Técnico de Salud II Departamento de Normalización
Dr. David Jonathan Hernández	Colaborador Técnico de Salud II Departamento de Normalización
Dr. Willian Adonay Sosa	Colaborador Técnico de Salud II Departamento de Normalización
Ing. Luis Asdrubal Ovando Medrano	Colaborador Técnico de Salud I Departamento de Normalización

EQUIPO ELABORÓ EL DOCUMENTO.

Nombre	Procedencia
Dra. Lorena Gómez Argueta	Coordinadora de Equipo de Soporte Domiciliar No Oncológicos
Dr. Carlos Reyes Silva.	Coordinador de Equipo de Soporte Domiciliar No Oncológicos
Dr. Samuel Henríquez Olivares	Coordinador Atención Domiciliar
Dra. Cledys García	Equipo de Soporte Domiciliar No Oncológico
Dr. Victor Manuel Campos Madrid	Colaborador Técnico II de Sección Atención Primaria en Salud



PROFESIONALES QUE REVISARON Y VALIDARON EL DOCUMENTO.

Nombre	Procedencia
Dr. Francisco Antonio Araniva García	Jefe Dpto. Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Arce
Dra. Claudia Beatriz Barahona Navarrete	Médico Psiquiatra Hospital Policlínico Zacamil
Dra. Jenny P. Solano Presa.	Jefa Sección Regulación de Medicamentos.



CONTENIDO

A.	MARCO LEGAL	1
B.	INTRODUCCIÓN.....	6
C.	OBJETIVOS	7
D.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	7
I.	DISPOSICIONES GENERALES	8
1.	COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS: COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE	8
2.	COMUNICACIÓN CON FAMILIARES Y PROCESO DE DUELO	9
3.	ASPECTOS BIOÉTICOS EN LA PANDEMIA COVID-19.....	11
4.	LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET) EN CASOS DE COVID-19.....	11
5.	ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (AET) EN CASOS DE COVID-19	12
6.	MANEJO DISNEA REFRACTARIA-COVID-19	14
7.	CONSIDERACIONES EN TRATAMIENTO RESPIRATORIO DE COVID-19.....	14
8.	TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA.....	15
9.	TRATAMIENTO PARA CONFORT DISNEA REFRACTARIA ¹⁶	16
10.	RECOMENDACIONES TRAS ALTA DOMICILIAR	17
11.	DELIRIUM TERMINAL EN SITUACIÓN COVID-19	17
12.	SEDACIÓN PALIATIVA-COVID-19.....	19
13.	PROCEDIMIENTO:.....	21
14.	AUTOCUIDADO PARA PERSONAL DE SALUD ATENDIENDO SITUACIONES COVID-19	23
15.	ESPIRITUALIDAD "ANIMÁNDOTE ESPIRITUALMENTE EN EL FINAL DE VIDA". ANTE LA DESESPERANZA DEL COVID-19 ²⁶	28
16.	ANTE ESTA EMERGENCIA DEL MUNDO CON LA PANDEMIA COVID-19. LA DESPEDIDA Y DUELO DE LOS FAMILIARES RECOMENDAMOS LO SIGUIENTE.....	29
II.	OBSERVANCIA.....	30
III.	INFRACCIONES Y SANCIONES.....	30
IV.	DISPOSICIONES GENERALES.....	30
V.	VIGENCIA DE LA NORMA	31
VI.	OFICIALIZACIÓN.....	31
VII.	BIBLIOGRAFÍA.....	32



A. MARCO LEGAL.

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR.

Art. 2.- Toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la libertad, a la seguridad, al trabajo, a la propiedad y posesión, y a ser protegida en la conservación y defensa de los mismos. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

LEY DEL SEGURO SOCIAL

SECCION OCTAVA

Medicina Preventiva

Art. 71.- El Instituto prestará servicios de medicina preventiva con el fin de proteger y vigilar el estado de salud de sus asegurados y de los que dependan económicamente de ellos. Se dará especial importancia a la prevención de aquellas enfermedades que acusen un índice más alto de morbilidad y de aquellas cuya terapéutica oportuna evite complicaciones.

Con el objeto de evitar duplicación de esfuerzos, el Instituto deberá, en lo posible, armonizar los mencionados servicios con otros organismos estatales de igual índole.

El reglamento respectivo podrá establecer la concesión de un subsidio proporcional al salario del asegurado, en los casos en que los servicios médicos del Instituto recomienden que éste deje de trabajar temporalmente, como parte del tratamiento médico. (4)

SECCION NOVENA

Disposiciones comunes a todos los beneficios

Art. 76.- Es obligación de todas las personas cubiertas por el Seguro Social, someterse a las medidas de medicina preventiva, exámenes y tratamientos que aquél ordene. Los reglamentos determinarán la manera de hacer efectiva esta obligación.



LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA EL MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Acuerdo n.º 1048

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud

CONSIDERANDO:

I. Que la Constitución de la Republica, en su artículo 65, determina que la salud de los habitantes de la Republica constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

II. Que en cumplimiento al Decreto Legislativo nº 593 del Estado de Emergencia Nacional de la Pandemia por COVID-19, el cual ha sido prorrogado mediante Decreto Legislativo 634 de fecha 30 de abril del presente año, y en el que específicamente a lo prescrito por el "artículo 2.- Se establecen como medidas inmediatas para la atención de la emergencia, las siguientes: a) El Ministerio de Salud deberá ejecutar todas las acciones necesarias, a fin de dar cumplimiento al Plan de Prevención, Contención y Respuesta a la Pandemia por COVID-19 y prestar los servicios públicos indispensables para evitar la propagación entre los habitantes de la Republica".

III. Que el Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, en el artículo 42, numeral 2), establece que compete al Ministerio de Salud: Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.

IV. Que de conformidad a los considerandos anteriores se hace necesario establecer las disposiciones técnicas para el manejo de cuidados paliativos en situación de pandemia COVID-19.

LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.

Capítulo II

Salud, Seguridad Social y Medio Ambiente

Artículo 21.- Derecho a la salud.

La salud es un bien público y un derecho fundamental de las niñas, niños y adolescentes que debe entenderse de manera integral como la resultante de la interacción dinámica de distintos factores bio-psico-sociales, económicos, el medio ambiente, el agua en calidad y cantidad suficiente, el estilo de vida y el sistema de atención sanitaria.



El estado debe garantizar este derecho mediante el desarrollo de las políticas públicas y programas que sean necesarios para asegurar la salud integral de la niñez y adolescencia.

En todo caso, la ausencia de políticas y programas de salud no exime de la responsabilidad estatal de atención que sea en forma individualizada para cualquier niña, niño o adolescente.

LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Objeto de la Ley

Art. 1.- El objeto de la presente Ley es regular y garantizar los derechos y deberes de los pacientes que soliciten o reciban servicios de salud, así como de los prestadores de servicios en el ámbito público, privado y autónomo, incluyendo el Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Ámbito de Aplicación

Art. 2.- El ámbito de la presente Ley, es de obligatorio cumplimiento para todos los pacientes y usuarios que utilicen los servicios de salud, y todas las instituciones públicas, privadas o autónomas, incluido el Instituto Salvadoreño del Seguro Social que se dediquen a la prestación de servicios de salud.

CAPITULO IV DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

Sección 1ª

DERECHOS DE LOS PACIENTES

Art. 10.- Derecho de Atención

Art. 11.- Derecho a Trato Igualitario

Art. 12.- Derecho a una Atención Calificada

Art. 13.- Derecho a la Información

Art. 14.- Contenido del Alta Hospitalaria

Art. 15.- Derecho de Consentimiento Informado

Art. 16.- Consentimiento Informado en Casos de Investigación Médica

Art. 17.- Otorgamiento del Consentimiento por Sustitución

Art. 18.- Excepciones a la Exigencia del Consentimiento Informado

Art. 19.- Derecho a la Privacidad



- Art. 20.- Derecho a la Confidencialidad
- Art. 21.- Derecho a Formular Sugerencias, Consultas y Reclamos
- Art. 22.- Derecho a Segunda Opinión
- Art. 23.- Derecho a Conocer Costos
- Art. 24.- Derecho a Medicamentos y Otros
- Art. 25.- Derecho a la Visita

Sección 2ª

DEBERES DE LOS PACIENTES

- Art. 26.- Deber de Respetar al Equipo de Salud
- Art. 27.- Deberes de los Pacientes
- Art. 28.- Deber de Cumplir Prescripciones Médicas

CAPITULO V

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Sección 1ª

DERECHOS DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

- Art. 30.- Derecho de los prestadores de servicios de salud a un trato respetuoso
- Art. 31.- Derechos de los Profesionales de la Salud

Sección 2ª

DEBERES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

- Art. 32.-Deberes de los Prestadores de Servicios de Salud, de Dar Trato Respetuoso a Pacientes y Familiares
- Art. 33.- Deberes de los Prestadores de Servicios de Salud
- Art. 34.- Deber de Informar
- Art. 35.- Responsabilidad por Contratación de Personal.



NORMAS CONTROL INTERNO ESPECIFICOS DEL ISSS.

Capítulo III.

ACTIVIDADES DE CONTROL.

Documentación, actualización y divulgación de Políticas y Procedimientos.

Art 2. El sistema de control Interno: es el conjunto de procesos continuos, interrelacionados e integrados en todas las actividades inherentes a la gestión administrativa, operativa y jurisdiccional realizada por los servidores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, diseñados para evitar o minimizar los riesgos internos y externos que afectan las actividades del Instituto, detectando y previniendo las desviaciones que puedan alterar la coherencia entre la acción y objetivos, proporcionando un grado de seguridad razonable en la eficiencia, eficacia, y economía de las operaciones, en la confiabilidad de la información financiera y en el cumplimiento de leyes, reglamentos, políticas, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.

Art. 3. El sistema de control interno, proporcionará al Instituto, seguridad razonable sobre el cumplimiento de los siguientes objetivos:

Objetivos de gestión: están relacionados con la eficiencia, eficacia y transparencia de los procesos administrativos en el desarrollo de las auditorías y rendición de cuentas.

Objetivos relacionados con la información: impactan en la efectividad del reporte de la información suministrada a nivel interno y externo y va más allá de la información financiera.

Objetivos relacionados con el cumplimiento de leyes, reglamentos, disposiciones administrativas, y otras regulaciones aplicables: están relacionadas con el cumplimiento de la normativa legal y técnica aplicable a la gestión del Instituto, por parte de sus servidores

Art. 48. Los Centros de Atención, Unidades y Divisiones del área administrativa del ISSS, se regirán por el cumplimiento de las funciones establecidas en los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos, respectivamente y además de toda la normativa legal vigente, aplicable al correspondiente Centro de Atención, los cuales deberán ser actualizados periódicamente de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

Art. 49. Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas velar por la mejora de los procesos, actualizaciones que deben ser expresadas en Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, a fin de garantizar la eficiencia de los mismos.



Art. 50. Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas que conforman el ISSS, la divulgación interna y el cumplimiento de las normas y procedimientos, establecidos en los Manuales de Normas y procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, cada vez que estos sufran modificaciones o actualizaciones, a fin de que se garantice el óptimo funcionamiento de los mismos.

Art. 51. Será responsabilidad de todas las dependencias informar al Jefe inmediato superior, cualquier diferencia, inconsistencia, falla de los sistemas de información u omisión a los procedimientos, a fin de actualizar los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos, u otra normativa legal vigente, y aplicar acciones correctivas correspondientes.

B. INTRODUCCIÓN

En una situación de crisis como la que estamos viviendo, es muy probable que los profesionales de salud que atiendan a pacientes con COVID-19 avanzado, enfrenten situaciones nuevas y complejas en que se noten con limitaciones en el actuar e incapaces para la toma de decisiones difíciles.

Además, los sistemas de salud pueden verse desbordados en capacidad de atención: Los servicios de emergencia, las instalaciones de hospitalización y los servicios de medicina intensiva e intermedia. La limitación de instrumental de trabajo, medicamentos, equipos de protección puede llevar a tomar medidas no compasivas ni equitativas.

Las consecuencias pueden ser graves y dejar muchas heridas internas en los profesionales y en las familias de los enfermos. El fallecimiento de pacientes y profesionales de la salud, será un problema que debemos afrontar interiormente cada una de las personas involucradas, y para ello debemos prepararnos externamente y conocer algunas recomendaciones prácticas y sencillas.

Las instituciones que trabajamos en Cuidados Paliativos, donde cada uno de los profesionales nos enfrentamos a situaciones de final de vida con enfermos crónicos avanzados y familias angustiadas, nos hemos dado cuenta que la atención paliativa planificada y basada en criterios éticos y científicos aunada a una comunicación asertiva frecuentemente disminuye el sufrimiento de los pacientes, la familia y el personal de salud.

Estas medidas antes mencionadas y una estructura hospitalaria bien organizada, disminuyen el riesgo de hacer acciones no éticas como la eutanasia, la obstinación terapéutica o lo que es peor,



un abandono terapéutico del paciente y su familia. No hay que olvidar que quizá los duelos sean patológicos, ya que la familia no podrá hacer una despedida adecuada con su familiar, y el paciente quizá no pueda a veces tomar decisiones sobre dónde y cómo quiere morir.

La Asociación Salvadoreña para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos (ASEDP), la Fundación de Medicina Paliativa de El Salvador (PALIAMED), La Asociación de Bioética de El Salvador (ABIOES), el Hospice La CIMA y el Hospital Divina Providencia, son los responsables de esta guía clínica que a través de el presente documento adaptamos, esperando que sea de utilidad en estos momentos donde la unidad y el trabajo en equipo debe prevalecer.

C. OBJETIVOS

➤ OBJETIVO GENERAL:

Establecer las disposiciones para proporcionar una atención de calidad y calidez a pacientes y sus familiares brindando el mayor control de síntomas disconfortantes y en aquellas situaciones de últimos días y en el duelo. Disminuyendo en lo posible, el sufrimiento en un contexto de elevado estrés, durante la pandemia por COVID-19.

➤ OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Facilitar una orientación sobre la comunicación de malas noticias con el paciente, la familia y durante el proceso duelo.
2. Brindar apoyo a los profesionales de salud por medio del enfoque de adecuación del esfuerzo terapéutico en situaciones de enfermedad avanzada y en el manejo de control de síntomas como la disnea refractaria, fiebre, delirium, así como ante la necesidad de aplicación de sedación paliativa.
3. Orientar al personal de salud sobre medidas de autocuidado en el marco de contacto con la mortalidad derivada de la situación de pandemia COVID-19

D. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Está sujeto a la aplicación de los presentes lineamientos técnicos, el personal de Salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.



I. DISPOSICIONES GENERALES

1. COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS: COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

Una mala noticia es una información que cambia drásticamente la perspectiva del paciente de sí mismo en relación con su entorno y el futuro. En el caso de la pandemia estas podrían ser el resultado positivo de COVID que conlleva el traslado a un centro de contención, cuarentena domiciliaria, ingreso hospitalario o a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en la cual pudiese haber necesidad de intubar. También informar sobre la complicación de la situación de salud, de un fallecimiento, que el paciente no es candidato para cuidados intensivos, o quien será candidato a sedación paliativa, entre otras situaciones probables.

La forma en la que se comunique la información tendrá un impacto psico-emocional en el paciente y la familia, siendo la comunicación un aspecto clave para que se sientan acompañados, seguros y confiados en el equipo asistencial.¹

El proceso para dar malas noticias en COVID-19 se diferencia de los protocolos normales sobre todo en la búsqueda de un lugar adecuado ya que por motivos de seguridad la noticia debe de comunicarse en el mismo lugar donde se encuentra el paciente y en algunas situaciones por vía telefónica.

TABLA 1. 6 PASOS PARA DAR LA NOTICIA.

PASOS	ABORDAJE
Preparación.	<ul style="list-style-type: none">• Reflexionar sobre la información a comunicar.• Presentación del médico responsable del pacientes.• Procurar estar sentado en el momento de comunicar si esto no es posible, mantener un adecuado contacto con el paciente.
Percepción del paciente.	<ul style="list-style-type: none">• Iniciar las preguntas para mentene una adecuada relación con el paciente: <i>¿Cómo se encuentra?</i>• Indagar que sabe de la situación <i>¿Qué es lo que comprende de su situación de salud y que es probable que suceda?</i>• Identificar si manifiesta expectativas irreales. <i>"Desearía que las cosas fueran como Usted dice"</i>• En caso de negación, abordarla. <i>"Puedo ver que es difícil para usted hablar de esto"</i>
Pedir permiso para informar	<ul style="list-style-type: none">• <i>¿Quiere que le explique con detalle la situación?</i>



Informar (Clayton et al., 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Dar tiro de aviso. "<i>Lamento tener que decirle</i>". • Informar poco a poco. • Asegurarse que el paciente entienda lo que se le va explicando. • EVITAR TECNICISMOS. • NO dar falsas esperanzas. • Abordar las preguntas o dudas que puedan surgir.
Responder a las emociones del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Dar tiempo necesario para reacciones emocionales. Técnica a utilizar. • Empatía. <i>No puedo imaginarme lo difícil que pueda ser eso para Usted.</i> • Identificar y nombrar las emociones. <i>Veo que esto que le he dicho le ha impactado.</i> • Normalizar las emociones. <i>Es normal que se sienta así en estas situación.</i> • Explorar: <i>¿En que podríamos ayudarte?</i>
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • No pretender que el paciente retenga toda la información. • Ofrecer disponibilidad en la medida de lo posible. • Dejar abierta la comunicación si hay dudas.

Fuente: tomado y modificado de UNAV. Clínica Universidad de Navarra (2020). Guías rápidas de apoyo y control sintomático en pacientes avanzados con COVID-19. 2, 32.

2. COMUNICACIÓN CON FAMILIARES Y PROCESO DE DUELO

La situación actual dificulta la adecuada resolución del duelo debido a las barreras de aislamiento que conlleva a un escaso contacto del paciente con su familia. Por lo tanto, resulta imprescindible realizar pautas concretas para facilitarle al paciente su partida y para que la familia pueda sentirse acompañada y de alguna manera expresen su sentir al paciente en situación de últimos días.

A. PAUTAS A SEGUIR ANTES DEL FALLECIMIENTO:

Comunicar pronóstico al paciente a través del protocolo de malas noticias planteado en esta guía (permitiendo la ventilación emocional)²:

- Informar al paciente del contacto de sus familiares a la distancia.
- Motivar al paciente y a su familia a mantener contacto a través de un medio de comunicación electrónico-audiovisual siempre y cuando el nivel de conciencia lo permita.
- Impulsar al paciente a utilizar los recursos espirituales para afrontar su situación (rituales de acuerdo a su creencia religiosa como la oración, rezo, plegarias, meditación, mindfulness etc.).
- Si es posible, exhortar a la familia a poner en contacto al paciente con su guía espiritual (sacerdote o pastor) a través de video llamadas o llamadas telefónicas.
- Informar a la familia sobre la evolución, posible sedación paliativa y pronóstico del paciente a través de una llamada telefónica tomando en cuenta las siguientes recomendaciones:



- ✓ Presentarse por nombre y profesión.
- ✓ Identificar a la persona mayor de edad responsable del paciente.
- ✓ Brindar la información de forma clara y progresiva.
- ✓ Comunicar la situación actual del paciente, haciendo un planteamiento general de la situación.
- ✓ Informar sobre la atención que va a recibir el paciente por parte del equipo de salud.
- ✓ Al comunicar la información se deberá bajar ligeramente el tono de voz, ya que las voces agudas pueden causar un poco de molestias, hablando despacio y con claridad.
- ✓ Mostrar empatía a las reacciones emocionales del familiar: "Entiendo que esto puede resultarle difícil; si yo fuera usted reaccionaría igual".
- ✓ Impulsar a los familiares a utilizar los recursos espirituales para afrontar esta situación.

El profesional sanitario será el mediador y transmisor de información para que ambas partes puedan sentirse informadas y acompañadas de esta forma se facilita de alguna manera el bienestar de ambos.

B. PAUTAS A SEGUIR DESPUÉS DEL FALLECIMIENTO¹:

TABLA 2. PAUTAS A SEGUIR DESPUÉS DEL FALLECIMIENTO.

PASOS	RECOMENDACIONES.
Apertura	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un tono de voz bajo, hablar despacio y claro. • Identificarse (Nombre y profesión) • Identificar al familiar responsable (de mayor edad). • Indagar si hay mas miembros de la familia en casa (Pedir que estén presentes)
Dar la noticia.	<ul style="list-style-type: none"> • Ser claros al dar la noticia. • Mencionar el nombre de la persona fallecida y parentesco con la persona que recibe la noticia. <p><i>Sr/Sra... Lamento tener que decirle que debido a la condición grave de salud de su padre... Hace una hora a fallecido. siento mucho tener que comunicarle esta noticia.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar la evolución del paciente en las últimas horas, si el paciente estuvo confortable y si expresó algún deseo. • Es fundamental comentarle a la familia que la persona no sufrió. <p><i>"permitame comunicarle que su ser querido no ha sufrido. ha fallecido <u>tranquilo. ya que la sedación le ayudó"</u></i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Permitir un momento para la expresión de emociones, validándolas.
Cierre.	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre cuestiones técnicas o prácticas.

Fuente: Tomado y modificado Clínica Universidad de Navarra (2020). Guías rápidas de apoyo y control sintomático en pacientes avanzados con COVID-19. 2, 32.



Sobre el protocolo de cómo dar malas noticias por teléfono, antes de realizar la llamada al familiar del paciente se sugiere que el personal sanitario encargado se tome un momento para respirar y concentrarse en la tarea.

3. ASPECTOS BIOÉTICOS EN LA PANDEMIA COVID-19

Se plantean los dilemas bioéticos que ayudaran a tomar mejores y oportunas decisiones a los profesionales de salud que se encuentren en las áreas destinadas para el manejo de los pacientes con COVID-19

4. LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET) EN CASOS DE COVID-19

La LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET) es la decisión de detener o no iniciar medidas terapéuticas porque en el estado del enfermo ya no son útiles.³

Los motivos por el que se hace inútil un tratamiento pueden ser:

- a. Que al médico especialista a cargo del paciente no le sorprenda que él pueda fallecer en días u horas por su condición (evaluado por parámetros clínicos, de laboratorio y escalas pronósticas: Quick SOFA, PapSCORE, APACHE, TRIAGE PRIORIDAD 3 Y 4 etc.)^{4,5}
- b. Que el paciente por voluntad propia decida no continuar con tratamientos que le prolonguen la vida o si el paciente este inconsciente y en conversación con la familia ellos deciden no continuar con manejos con intención curativa.
- c. Que los problemas crónicos de salud se encuentren en etapas finales:
 - ✓ Cirrosis hepática Child C.
 - ✓ ICC Clase IV según la New York Heart Association.
 - ✓ EPOC grave -- hipercapnia, uso domiciliario de O₂, o hipertensión pulmonar o fibrosis pulmonar severa.
 - ✓ IRC en diálisis o hemodiálisis periódica dos o más veces por semana.
 - ✓ Cáncer con metástasis fuera de protocolo oncológico con intención curativa.
 - ✓ Enfermedad neurológica: Enfermedad de Parkinson estadio V, Alzheimer estadio III, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Infarto Cerebral maligno o que compromete un hemisferio. Cualquier tumor que provoca herniación cerebral, paciente con muerte cerebral comprobada con ROT ausentes, pupilas dilatadas no reactivas, prueba de apnea positiva (no hace falta EEG).⁶



Las medidas terapéuticas que se detienen o no se inician incluyen:⁷

- a. Ingresos a UCI o Unidad de Cuidados Intermedios.
- b. Soporte ventilatorio (Ventilación mecánica invasiva).
- c. Maniobras de resucitación cardiopulmonar.
- d. Aminas vasoactivas (sobre todo cuando el paciente este en oliguria, anuria y presiones arteriales con tendencia a la baja).
- e. Alimentación asistida (enteral o parenteral) e hidratación endovenosa (en situación de agonía; este contexto estas dos medidas terapéuticas se consideran extraordinarias).
- f. Hemodiálisis o diálisis peritoneal.
- g. Transfusiones.
- h. Quimioterapia o radioterapia intención curativa o paliativa.

5. ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (AET) EN CASOS DE COVID-19

La ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (AET) es una actuación terapéutica proactiva que incluye añadir, modificar, no iniciar o retirar tratamientos de acuerdo a los objetivos terapéuticos del momento evolutivo del enfermo.⁸ Otros autores dicen que es ajustar un tratamiento o sustituir una medida por otra menos invasiva, cuando el pronóstico del paciente sea limitado o buscando más confort para el enfermo.⁹

Ejemplos de las medidas menos invasivas en el enfermo avanzado buscando confort y en su calidad de vida son:

- a. Uso preferente de la vía subcutánea para hidratar o reponer electrolitos siempre que sea factible.¹⁰
- b. Uso de vía subcutánea para medicamentos de soporte, incluidos antibióticos si aún no se consideran extraordinarios.⁶
- c. Uso de anticolinérgicos (N-Butilioscina) para secar las secreciones pulmonares o estertores (ver apartado de sedación paliativa o disnea refractaria).
- d. Uso de morfina para manejo de disnea o dolor (ver sedación paliativa o disnea refractaria).
- e. Mantener oxígeno por bigotera hasta 5 litros por minuto no escalando la oxigenoterapia.
- f. Efectuar por parte de enfermería cuidados esmerados de piel y mucosas.
- g. Movilizar un paciente de UCI a hospitalización por que el pronóstico empeoro, al grado de ponerlo en situación de muerte cercana.



Aunque no hay un consenso sobre cómo se debe llevar a cabo, es mejor que la adecuación se aplique escalonadamente, acompañando la sedación (si fuese necesaria) y otras medidas paliativas, terapéuticas y de cuidados. La forma en que, de manera progresiva, puede adoptar la adecuación, es la siguiente:

1. Limitación del ingreso en unidades de medicina intensiva y críticos.
2. Continuación del tratamiento, pero sin nuevas actuaciones terapéuticas.
3. Continuación del tratamiento, pero condicionada a una respuesta en un plazo determinado y, de no obtenerse, proceder a la retirada.
4. Retirada de algún tratamiento ya iniciado.
5. Retirada de todo tratamiento.⁴

Otras consideraciones éticas son:

- ✓ Justicia distributiva: Este principio se refiere a la justa asignación de la distribución de los recursos sanitarios limitados. Además, los protocolos de triage¹¹ deben adecuarse en el marco de situaciones de recursos escasos para ayudar a tomar decisiones de forma justa y transparente. Todas las decisiones deben ser consensuadas en equipo y quedar descritas en la historia clínica.
- ✓ Deber de cuidar y no abandonar: No es ético abandonar al paciente, debiendo de existir un espacio para el cuidado paliativo del paciente en situación final de vida.
- ✓ Responsabilidad en la calidad de trabajo, cuidando todas las normas de bioseguridad, avisando si hay fallos en el sistema. No arriesgarse ni exponerse si las condiciones del lugar no son adecuadas para trabajar.¹² Todo personal de salud que no se considera apto para atender a pacientes Covid-19 debe ser respetada su decisión de retirarse.
- ✓ Trabajo en equipo:¹³ Ninguna decisión debe tomarse aislada. Siempre debe comentarse con el médico de mayor rango o con el equipo de atención del paciente.
- ✓ Doctrina del doble efecto: Este principio ético dice que todo acto médico tiene un resultado querido y uno no querido. En la situación de sedación paliativa con fármacos sedantes o manejo de disnea refractaria con morfina el resultado querido siempre será evitar el sufrimiento o angustia del paciente, mientras que el efecto no querido podría ser el acortamiento de la vida. En ese caso, este principio bioético nos resguarda.¹⁴



6. MANEJO DISNEA REFRACTARIA-COVID-19

El equipo de Medicina Paliativa es pequeño y debería atender los casos más complejos. Por tanto, cualquiera de nosotros podría aplicar cuidados al final de la vida para los pacientes que lo necesiten.

La Disnea es la sensación subjetiva de falta de aire con "sensación de ahogo", y debido a los problemas pulmonares descritos en la evolución del COVID-19 pueden ir desde:

1. Enfermedad no complicada: Síntomas locales de vías áreas superior alta y síntomas inespecíficos.
2. Neumonía leve: Conformado con Radiografía de tórax y sin signos de gravedad con Sat.O >90% en aire libre.
3. Neumonía Grave: Falla orgánica (más de órgano afectado) con Saturación O < 90% y/o FR > o igual a 30 respiraciones por minuto.
4. Distres Respiratorio: Hallazgos clínicos, hallazgos radiográfico con infiltrados bilaterales más déficit de oxigenación relacionado a la PaO₂ / FiO₂ (Kirby) (Médico tratante decidirá interrumpir la atención intensiva a pacientes críticos que presentan pobre evolución o progresión en aquellos pacientes que no califican para tener soporte de oxígeno a través de ventilación mecánica y así recibir atención menos intensiva y más paliativa.)
5. Sepsis: Definida como disfunción orgánica con o sin alteración según la gravedad de los signos vitales, pudiéndose manifestarse con estado confusional agudo, insuficiencia respiratoria, disminución de la diuresis, taquicardia y coagulo Patía.
6. Shock Séptico: Hipotensión arterial que persiste a pesar de líquidos, requiriendo uso de vasopresores acompañada o no de acidosis metabólica o elevación de lactato. En estas circunstancias de enfermedad altamente transmisible, intentaremos usar mediación pauta 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 utilizarse bombas elastómericas en estos pacientes.

7. CONSIDERACIONES EN TRATAMIENTO RESPIRATORIO DE COVID-19

1. Evitar AINES.
2. Evitar en la medida de lo posible las nebulizaciones/humidificadores, por la creación de aerosoles, y en aquellos pacientes que precisen broncodilatadores utilizar con cámara espaciadora.



3. En Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA) por neumonía grave, se pueden utilizar esteroides intravenosos con metilprednisolona 0.5 mg /kg cada 12 horas por 4 días o dexametasona 4 mg cada 6 horas. Vía IV o subcutáneo por 4 días. (Quedan sujetos a sufrir cambios según sean los datos que se obtengan de la evidencia encontrada en cuanto a este punto).

8. TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

1. Oxigenoterapia: Bigotera y otros de acuerdo a protocolos en paciente COVID-19.
2. Ventilación mecánica invasiva (criterios de acuerdo a UCI).
3. Tomando en cuenta que de los pacientes afectados con COVID-19, aproximadamente el 20% se complicara y requerirá de ventilación mecánica, a parte de las prioridades ya establecidas, lo cual es importante porque el resto serán pacientes que tendrán necesidad de atención paliativa para manejo del distares el cual es agobiante, afección emocional, causando al final sufrimiento a paciente y familia. Las prioridades en estos casos (Triage) son:
 - ✓ Prioridad 1: Paciente crítico e inestable, necesitando monitoreo y tratamiento intensivo (VM).
 - ✓ Prioridad 2: Paciente que precisa monitoreo y que pueda requerir de intervención inmediata. No ventilados, pero con gran requerimiento de oxígeno, aunque hay fracaso de otro órgano.
 - ✓ Prioridad 3: Paciente inestable y crítico, con pocas posibilidades de recuperación.
 - ✓ Prioridad 4: Beneficio mínimo e improbable de recuperación, declarado como enfermedad progresiva o terminal.

Clasificación de la disnea: Se debe de basar en el interrogatorio del paciente. Se puede preguntar de la escala del 1 al 10 que tanto le cuesta respirar¹⁵:

LEVE (EVA 1-3)	MODERADA (4-6)	SEVERA (7-10)
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente puede sentarse y acostarse. • Intermitente. • Aumenta con esfuerzo liviano. • No ansiedad. • No se observa dificultad al respirar. • No cianosis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Persistente actualmente. • Aumenta al caminar, con esfuerzos pequeños, mejora al descansar. • Pausas al hablar cada 30 s. • Se observa dificultad al respirar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aguda o crónica. • Ha ido empeorando. • Ansiedad presente. • Insomnio por disnea • Pausas al hablar 5-15 s. • Se observa dificultad al respirar al estar despierto y dormido. • Delirium. • Cianosis. • Ortopnea.



9. TRATAMIENTO PARA CONFORT DISNEA REFRACTARIA ¹⁶

SINTOMAS	MEDICAMENTOS	DOSES	EFFECTO SECUNDARIO
DISNEA	Morfina	Dosis inicial: 2 mg IV (en 10ml de suero fisiológico directo) o SC/4h infusión disnea refractaria en 15-30 mg/24h (a completar 100 ml con suero fisiológico), pautar "rescates" al 10% de la dosis en 24 hrs y ajustar dosis según respuestas.	Vigilar: Neurotoxicidad: - alucinaciones, - mioclonías, - confusión.
	Dexametasona	Mantener 4 mg cada 12 hrs o 4 mg/día. (o con criterio médico)	
ANGUSTIA ANSIEDAD	Midazolam	Son muy efectivas a muy bajas dosis de Midazolam (alrededor de 10 o 15 mg de Midazolam en 24 h). En la mayor parte de los casos, una perfusión intravenosa o subcutánea de Midazolam aliviará y evitará sedación paliativas por síntomas refractarios.	No descritos.
BRONCORREA/ ESTEROIDES	ButilHioshina	20 mg a 40 mg cada 8 horas (IV o SC)	

➤ FIEBRE

Acetaminofén 1 gr VO cada 8 horas.

➤ TOS SECA PERSISTENTE ¹⁵

HIGIENE DE LA TOS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS	MEDIDAS FARMACOLÓGICAS*
<ul style="list-style-type: none"> • Para minimizar contagios: Cubrir la nariz y boca con el codo, con pañuelos desechables cuando tosen o estornuden. • Desechar los pañuelos descartables en un solo lugar. • Labarse las manos con agua y jabon cada vez que tose o estornuda o tiene contacto con secreciones respiratorias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar fumado. • Evitar nebulizaciones. • Elevar respaldo de la cama. • Líquidos orales. • Te de miel con limón. • Caramelos para la tos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si presenta broncorrea y estertores: hioscina butilbromuro 20-40 mg iv/sc cada 8 horas. • Si lo anterior no funciona, y paciente presenta síntomas severos o en situación de últimos días: • Considerar bomba elastomérica o de infusión continua iniciando Morfina 10 mg y/o midazolam 10 mg en 24 horas, volver a revalorar, se puede aumentar hasta 30 mg morfina y 60 mg de midazolam.

NOTA: El dextrometorfan no está disponible en el ISSS a la fecha, sin embargo, se describe como una alternativa terapéutica.



10. RECOMENDACIONES TRAS ALTA DOMICILIAR

Estas recomendaciones se encuentran sujetas a los protocolos o lineamientos dados por la institución.

1. Continuar en aislamiento por lo menos 14 días y con vigilancia sanitaria.
2. En el hogar debe disponer de una habitación de aislamiento con todas las precauciones necesarias (individual, uso de mascarilla, buena ventilación, mínimo contacto con familiares, adecuado lavado de manos y no actividades al aire libre).
3. Contar con apoyo psicológico y espiritual.
4. Adecuada comunicación con paciente y familia.

11. DELIRIUM TERMINAL EN SITUACIÓN COVID-19

El 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 severos¹. Se caracteriza por alteraciones en la conciencia y la atención asociadas a trastornos cognitivos, conductuales y perceptivos.¹⁷ Otras características clínicas son las alteraciones del ciclo vigilia-sueño, los delirios, labilidad emocional y trastornos de la actividad psicomotriz.¹⁸

Clasificación clínica:¹

- Hiperactivo: Confusión + agitación +/- alucinaciones +/- ilusiones +/- mioclonías +/- hiperalgesia
- Hipoactivo: Confusión + somnolencia +/- retraimiento
- Mixto: Alternancia de ambos

Es un cuadro generalmente infravalorado, pero que su falta de tratamiento supone sufrimiento significativo para el paciente, por lo que es imprescindible evaluar a diario utilizando una herramienta sencilla, el Confusion Assessment Method (CAM), descrito a continuación:¹⁹

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).

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).¹⁹ Para el tratamiento, el fundamento sigue siendo el adecuado diagnóstico y el tratamiento de los factores precipitantes o perpetuantes. La prescripción de antipsicóticos debía ser usual, porque incluso en el delirium hipoactivo pueden reducir la disfunción cognitiva, minimizar el sufrimiento psicológico y evitar una forma hiperactiva. Se debe abandonar la tendencia a ignorar el uso de medidas no farmacológicas (ambiente estructurado, apoyo psicoeducativo, transmitir seguridad a paciente y familia).

Protocolo de intervención^{20,21}

MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS	OXIGENOTERAPIA	MEDIDAS FARMACOLOGICAS
<ul style="list-style-type: none"> - Identifique y gestione la posible causa subyacente o combinación de causas - Garantice una comunicación y una reorientación efectivas (por ejemplo, explique dónde está la persona, quiénes son y cuál es su función) y brinde tranquilidad a las personas diagnosticadas con delirio - Considere involucrar a familiares, amigos y cuidadores para ayudar con esto. - Asegurar que las personas en riesgo de delirio sean 	<p>Recomendación:</p> <p>Mantenerla hasta el final, incluso en situación de últimos días, resto de medidas de tratamiento de la Insuficiencia Respiratoria emplearlas siempre que estén indicadas.</p>	<p>PRIMERA LÍNEA:</p> <p>Haloperidol 2.5-5 mg (IV o SC) cada 1 a 2 horas y hasta tres dosis. (Dosis tope 20 mg en 24 horas). Si no hay mejoría iniciar con Midazolam 2.5-5 mg SC O IV cada 2 horas</p> <p>SEGUNDA LINEA:</p> <p>Midazolam 10-30 mg en bomba de infusión en 24 horas más Haloperidol 2.5- 5mg en 24 horas.</p> <p>○</p>



atendidas por un equipo de profesionales de la salud que conocen a la persona en riesgo

- Evitar mover a las personas dentro y entre salas o habitaciones a menos que sea absolutamente necesario
- Garantizar una iluminación adecuada.

Clorpromazina** 12.5-50 mg IV cada 4 o 6 horas (Max 300 mg. en 24 horas).

No usar por vía subcutánea porque necrosa la piel.

**Clorpromazina no hay disponibilidad parenteral en el ISSS, en el caso de ser requerido se podrá hacer la gestión con en MINSAL

12. SEDACIÓN PALIATIVA-COVID-19

Objetivos:

1. Presentar una guía rápida de sedación paliativa para utilizar en situaciones de urgencia o grave presión asistencial como la pandemia COVID 19, teniendo en cuenta que se presentan alternativas para manejo por vía subcutánea o intravenosa que permite ajustes de dosis cada hora y otra con dosis fijas, para disminuir riesgo de contagio. Catéter Subcutáneo (SC), bombas elastómericas o BIC (bombas de infusión continua).
2. La pandemia por Covid-19 ha generado una sobrecarga de los servicios asistenciales, muchos pacientes no podrán ser atendidos en los hospitales y nos veremos en la imperiosa necesidad de atenderlos en el domicilio. También en sus últimos días, producto de que no hay un tratamiento para el coronavirus.

La sedación paliativa es la administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su "consentimiento explícito, implícito o delegado"²⁰. Será la maniobra terapéutica que se utilizará en pacientes no recuperables y que no son candidatos a cuidados intensivos por COVID-19, que evolucionan desfavorablemente y tienen mal pronóstico a corto plazo.



Bajo la situación de síntoma refractario se establece por médicos expertos tras haberse aplicado los tratamientos habituales en un plazo de tiempo razonable para la situación. En los síntomas de COVID19 esos plazos pueden ser tan cortos como tan solo unas pocas horas.

Las dificultades más frecuentes en el control sintomático de pacientes COVID19 son la disnea y la ansiedad. En situación de pandemia, una dificultad añadida es que algunos profesionales trabajando con pacientes COVID19 tienen menos experiencia en el uso de opioides y sedantes mayores. Muchas veces serán personal de refuerzo de otras unidades que no manejan estos fármacos y sienten obviamente miedo de usar aunque sea dosis bajas de morfina y midazolam. Por lo cual se sugiere dedicar unos minutos a leer este protocolo para poder ayudar a adquirir rápidamente esa capacidad o al menos tener el conocimiento de poder utilizarse.

Cuando el síntoma se considera refractario y el paciente no es candidato a medidas de soporte ventilatorio con ingreso en UCI (ver guía clínica de disnea refractarias), la disnea es el síntoma más frecuente para indicar sedación paliativa en pacientes COVID-19, aunque también por su evolución puede presentar otros síntomas como son: dolor ocasionado por la tos, agitación terminal (delirium) o una hemorragia masiva por las complicaciones de CID.

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son, en este orden, benzodiacepinas (Midazolam), neurolépticos típicos (Clorpromazina IV o IM, Haloperidol IV o SC) y anestésicos (Propofol IV) y en el contexto de insuficiencia respiratoria para proponer utilizar morfina en adyuvancia al fármaco principal en la sedación que es Midazolam, debe utilizarse N-Butilhioshina para prevenir secreciones que provoquen estertores en últimas horas.

Las condiciones para que la sedación sea considerada ética y legalmente lícita en base a los principios éticos aceptables y que deben guiar la práctica clínica (No Maleficencia, Justicia, Autonomía y Beneficencias) según SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) son:

- a. Existencia de un síntoma refractario, no solo ante un síntoma de difícil control.
- b. Dejar constancia en la historia clínica: Etiología del síntoma, tratamientos instaurados y resistencia a éstos.
- c. Intención de aliviar el sufrimiento: utilización de dosis adecuadas y proporcionadas al síntoma que queremos aliviar (dosis mínima eficaz), ajuste de la dosis para disminuir el estado de conciencia, reversibilidad y uso de fármacos de rápida metabolización y vida media corta, verificado por un monitoreo de la repuesta del paciente.



- d. Obtener el consentimiento informado del paciente. Sin embargo, ante una situación de paciente inconsciente se puede considerar suficiente el consentimiento expresado por un familiar responsable.
- e. Evaluación interdisciplinar, decisión conjunta del equipo médico que atiende.

13. PROCEDIMIENTO:

1. Asegurar que se han puesto las medidas de alivio básicas antes de tomar la decisión de sedar:
 - a. La sensación de dificultad para respirar se alivia eficazmente con dosis muy bajas de morfina (12-15 mg de morfina en 24 horas en perfusión intravenosa o subcutánea, o 2-3 mg cada 4 horas vía subcutánea). Se observa que el paciente respira de modo más tranquilo y eficaz sin alterarse la gasometría.
 - b. La angustia o la ansiedad está presente en muchos pacientes COVID-19 y, particularmente, la ansiedad provocada por el miedo a tener mucha dificultad para respirar o ahogarse, también es motivo de ansiedad el no poder contar con la presencia y el apoyo continuado de la familia, en estos casos son muy efectivas las dosis bajas de Midazolam (alrededor de 10 o 15 mg de Midazolam en 24h).
 - c. En la mayor parte de los casos, una perfusión intravenosa o subcutánea de Midazolam a esas dosis, aliviará y evitará la sedación paliativa por síntoma refractario. Será posible que algunos de esos pacientes se recuperen continuando las terapias establecidas y el soporte respiratorio.
 - d. Como alternativa, si no hubiera Midazolam disponible, podría usarse neurolepticos típicos en dosis bajas, de preferencia utilizar Haloperidol 5 mg IV o SC cada 6 u 8 horas.
2. Si el médico considera que la situación es refractaria, debería proponer la sedación paliativa al paciente de un modo apropiado con el consentimiento explícito del paciente por medio de una comunicación fluida y transparente sobre sedación paliativa a él y su familia.
3. Como inducción de la sedación: La dosis a administrar de 5mg de Midazolam + 5mg de Morfina, vía subcutánea o intravenosa lenta.
4. Se sugiere la administración de medicación en infusión continua de 24 horas:

MEDICACIÓN	DOSIS 24 HRS	PRESENTACION	AMPOLLA	VOLUMEN
MORFINA	30 mg	Amp. 10mg/1ml	3	3 ml.
MIDAZOLAM	45 mg	Amp. 15mg/3ml	3	9 ml.
HIOSCINA	60	Amp. 20mg/1ml	3	3 ml
BUTILBROMURO				
VOLUMEN TOTAL				15 ml



NOTA: Se puede preparar en Perfusor o Bomba de Infusión Continua (BIC), vía intravenosa o subcutánea, diluyendo esas cantidades para hacer un total de 100ml de volumen total con suero fisiológico. Se iniciará la perfusión continua a 4 ml/h (aprox. 2 mg/h de Midazolam). Si se precisa, por sedación insuficiente, se podrá subir el ritmo de infusión +1 ó +2 ml/hora, hasta cada hora o utilizar medicación de rescate. Se puede preparar en infusor desechable de un solo uso, que se administrará de acuerdo al flujo y ritmo de las bombas en existencia.

Otros medicamentos indicados en Sedación Paliativa son:

MEDICACIÓN	DOSIS	DOSIS TOTAL EN 24 HRS	PRESENTACION	TOTAL DE AMPOLLAS EN 24 HORAS
HALOPERIDOL	5 mg SC/IV cada 6hrs	20 mg	Amp. 5mg/1ml	4
CLOPRIMAZINA	12.5-50 mg IV cada 4 horas	300 mg	Amp 100mg/2ml**	3

** Este medicamento no está disponible en el ISSS.

5. Nivel de Conciencia en la Sedación Paliativa: ²²

NIVEL	ESCALA DE RAMSAY MODIFICADA (VALORACIÓN (SEDOANALGESIA))
I	Despierto, alerta, agitado, llanto rigurosos, disneico, desorientado
II	Letárgico, despierto al estímulo verbal, movimiento o llanto u otro síntoma débil.
III	Letárgico, solo despierta a estímulo doloroso, desorientado más o menos confortable.
IV	Ausencia de respuesta a cualquier estímulo físico, no movimientos, completamente confortable.

ESCALA RASS (2001)

Rango 1 a 4
ansiedad-agitación

↓

Rango -3 a 0
sedación moderada-consciente

↓

Rango -4 a -5
sedación profunda

- + 4 **Combativo.** Ansioso, violento
- + 3 **Muy agitado.** Intenta retirarse los catéteres, TET, etc.
- + 2 **Agitado.** Movimientos frecuentes, lucha con el respirador
- + 1 **Ansioso.** Inquieto, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos
- 0 **Alerta y tranquilo**
- 1 **Adormilado.** Despierta con la voz, mantiene ojos abiertos más de 10 segundos.
- 2 **Sedación ligera.** Despierta con la voz, no mantiene ojos abiertos más de 10 s
- 3 **Sedación moderada.** Se mueve y abre los ojos a la orden. No dirige la mirada
- 4 **Sedación profunda.** No responde, abre los ojos a la estimulación física
- 5 **Sedación muy profunda.** No hay respuesta a la estimulación física



14. AUTOCUIDADO PARA PERSONAL DE SALUD ATENDIENDO SITUACIONES COVID-19

Atender pacientes y familiares en este ámbito genera una alta carga emocional. Saber responder con profesionalismo y serenidad en situaciones de crisis es desafiante y a la vez gratificante pues seremos testigos en corto espacio de tiempo, de importantes sufrimientos tanto de nosotros el personal de salud, pacientes, familiares de pacientes, nuestros familiares es decir "Todos". Además, nos pesará el riesgo personal de ser infectados y las jornadas de trabajo intensas. Tendremos que tomar decisiones de las que dependerá de algún modo el pronóstico inmediato de los enfermos. Prevenir y manejar el estrés es fundamental para mantenerse bien y poder continuar ayudando.¹

Signos de riesgo de pérdida de equilibrio emocional. ²³

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

- ✓ 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.
- ✓ Manifestaciones emocionales: Estado de shock, miedo, enojo, 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 ente 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.

Prevención de ESTRÉS en el ámbito de COVID- 19.

Formación específica a pacientes con Coronavirus:

- Fórmate e identifica claramente cuál va a ser tu rol.
- Intenta formarte en la sintomatología, la clínica, 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 tratamientos, comunicación en situaciones difíciles.
- Estar preparado te hará enfrentarte con mayor confianza y menor estrés.

Práctica el afrontamiento del estrés ²⁴

- ✓ 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. (ventila las emociones).
- ✓ 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. Sé que será difícil pero intenta desconectar 10 segundos y conecta con tu interior 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).
- ✓ 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-CUIDADO después de las intervenciones.

- ✓ El bienestar psicológico es tan importante como el físico.
- ✓ Es fundamental tomarse un tiempo. Trabajar sin parar no supone que estés haciendo tu mejor contribución. Quizá parando un poco lo harás luego mejor. 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.



Lista de chequeo de AUTOCUIDADO ²⁵

- ✓ Descansar es fundamental.
- ✓ Hacer Ejercicio.
- ✓ Alimentación Saludable.
- ✓ Practicar Meditación / Relajación/ Mindfulness/ Ejercicios de Respiración.
- ✓ Prácticas Espirituales/Religiosas.
- ✓ Lecturas ligeras.
- ✓ Ver películas o series (evitar sufrimiento).
- ✓ Estar en contacto por teléfono o video llamada con familia/ amigos.
- ✓ Practicar el recuerdo positivo, recordar momentos agradables.
- ✓ Practicar escritura reflexiva o cualquier otra forma de expresión que pueda ayudarte.
- ✓ Escuchar música o tocar algún instrumento.
- ✓ Evitar ruidos excesivos.
- ✓ Fomenta emociones positivas y gratificantes.
- ✓ Alcanzar por lo menos un objetivo de Autocuidado.

CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE SALUD.

Para el personal de la salud, el autocuidado resulta fundamental y debe ser un objetivo prioritario, porque sin este no podemos ejercer el cuidado de la salud de otras personas.

Objetivo: Describir las pautas para el cuidado de la salud mental del personal de la salud.

La inseguridad laboral es una fuente de estrés constante, que coloca al personal de la salud en una situación de incertidumbre sobre su permanencia.

Las siguientes medidas deberían ser incluidas en el Plan de Implementación y Supervisión de Cuidado y Autocuidado de Salud Mental del Personal de la Salud en el Contexto de COVID-19.

- a. Infraestructura cómoda para el desempeño del trabajo: La infraestructura en la que los equipos de salud trabajan debe ser ergonómica (en lo material y en lo espacial) y mantenerse en condiciones óptimas para su funcionamiento. Esto incluye la infraestructura en los espacios asistenciales, como en los espacios administrativos y de gestión.

Material de bioseguridad disponible de forma continua y de acuerdo con las necesidades y grado de exposición a riesgos biológicos, independientemente de la prestación de salud a realizar.



- b. Alimentación saludable y balanceada: Es una medida de seguridad y salud en el trabajo. Debe garantizarse la información sobre las mejores alternativas locales de alimentación, y la provisión de alimentación balanceada, incluyendo frutas, vegetales y fuentes saludables de proteínas y carbohidratos.
- c. Pausas activas y saludables: Períodos alternados de trabajo y descanso que permitan mantener el bienestar ergonómico; un estado de ánimo adecuado, así como la atención, concentración, memoria y las funciones ejecutivas.

Se programan en los turnos regulares y en los turnos de guardias. Se organizan en coordinación con el personal de la de salud, considerando la naturaleza de las tareas que realizan. Se debe realizar con una periodicidad mínima de cada 2 horas y tener una duración mínima de 15 minutos. Debe incluir la realización de ejercicios de estiramiento, respiración y, de ser posible, dinámicas de activación grupales (actividades que liberan energía y ayudan a combatir el estrés y la ansiedad). Para tal fin, debe establecerse un espacio en la Institución que sea propicio para la realización de las referidas pausas.

- d. Descansos saludables y adecuados a la tarea a realizar: El personal de la salud debe contar con un espacio propicio para el descanso, el cual debe organizarse participativamente, tomando en cuenta las necesidades del personal, particularmente las de personas en condición de vulnerabilidad. Para tal fin, debe establecerse un espacio, que sea propicio para un adecuado descanso.

Alternancia entre tareas de alto estrés y de bajo estrés: Para tal fin, es fundamental que el equipo de salud cuente con un mínimo de dos personas responsables en cada área o función del trabajo en salud.

- e. Organización en el trabajo: Información clara sobre las características y alcances de la labor a realizar por cada personal de la salud, así como de los mecanismos de trabajo individual y trabajo en equipo.

En caso de imprevistos que por fuerza mayor impliquen una alteración de la organización cotidiana de trabajo, debe plantearse un plan de contingencia que clarifique nuevamente la organización del trabajo.

- f. Cumplimiento de los horarios de trabajo: El personal de la salud debe realizar su trabajo en el horario establecido, para evitar que el tempo de trabajo impacte sobre el bienestar de la persona.



- Identificación de los riesgos psicosociales específicos para los diferentes espacios y funciones en la institución. Esta identificación debe realizarse de manera participativa con el personal de la salud y las jefaturas correspondientes.
- Difundir a todos los jefes de departamentos, servicios, oficinas, unidades o áreas las disposiciones establecidas en el Plan.
- Elaborar o usar material informativo preventivo para realizar pausas activas y saludables, técnicas de relajación y afrontamiento positivo en el contexto del abordaje de la pandemia COVID-19.

Elaborar y difundir material informativo, adaptado culturalmente, a fin de recomendar al personal de la salud, adoptar estrategias de respuesta adecuadas ante el estrés, que no implique consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, la evitación, negación, el aislamiento o la incomunicación.

- g. La identificación de problemas de salud mental en el personal de la salud puede realizarse utilizando fichas de tamizaje o detectando situaciones en las que el personal de la salud presente cambios en su comportamiento, emociones negativas o revele situaciones críticas socioemocionales que dificulten el desarrollo de sus actividades.

- La identificación de casos mediante fichas de tamizaje se puede realizar en dos situaciones: Ofreciendo tamizajes realizados en sesión grupal o individualmente, mecanismos que deben ofrecerse a todo el personal de la salud.

El proceso de identificación implica el respeto irrestricto de la voluntad del personal de la salud para ser evaluado, la confidencialidad y la reserva de la información. Como consecuencia de la aplicación de las fichas de tamizaje de problemas de salud mental al personal de la salud, los resultados permiten orientar para las intervenciones a realizar.

Problemas de salud mental más comunes:

- Trastornos de adaptación
- Reacción de estrés agudo
- Trastornos de ansiedad
- Episodios depresivos
- Síndromes de maltrato
- Síndrome de agotamiento ocupacional o Burnout.



Considerar las situaciones de emergencias en salud mental que pueden surgir en este contexto: Pensamientos o actos de autolesión o suicidio. Ataques de pánico.

Síntomas psicóticos activos: ideas delirantes, alucinaciones. Las situaciones de emergencia en salud mental requieren una evaluación presencial inmediata.

15. ESPIRITUALIDAD "ANIMÁNDOTE ESPIRITUALMENTE EN EL FINAL DE VIDA". ANTE LA DESESPERANZA DEL COVID-19 ²⁶

"¿Quién nos separara del amor de Cristo? ¿Acaso las pruebas, la aflicción, el hambre, los peligros, la enfermedad? De todo esto saldremos triunfadores gracias a aquel que nos amó. Yo sé que ni la muerte ni la vida, ni los ángeles ni la fuerza del Universo, ni el presente ni el futuro, ninguna otra creatura podrán apartarnos del Amor de Dios, manifestado en Cristo Jesús, nuestro señor".
(Carta de San Pablo a los Romanos cp. 8, 35-39).

Los diferentes temores que atormentan a las personas con dificultades sobre todo de salud y la separación de sus seres queridos, sabiendo que talvez los días están contados, sienten la urgencia de invertir su tiempo ante la situación de precariedad creada por la enfermedad. ¿Qué clase de ayuda puede ofrecer la comunidad cristiana para acompañar y sostener tu estado de ánimo?

Estar junto al corazón que sufre, o acompañar a otros a la otra orilla, consolar en el duelo, responder a la pregunta sobre el sentido del sufrimiento no es FACIL:

- ✓ Es importante, ante todo que seamos tratados como personas y no como enfermedades, acercándonos a los enfermos de un modo diferente a lo acostumbrado.
- ✓ La presencia de rostros tristes y deprimidos no es grata, el enfermo no desea sentirse objeto de compasión, sino sentirse amado; no desea ser tratado con temor sino con respeto y comprensión.
- ✓ Hay personas que se les dificulta visitar al enfermo y envían un ramo de flores o llaman por teléfono, estos signos de amistad son oportunos pero un ramo de flores no es una mano amiga a quien pueden tomarla entre las suyas ni la presencia de alguien que los acompañe.
- ✓ El mayor consuelo que podemos ofrecer a los demás es el don de nuestra presencia: escuchando, recordando el pasado, velando su silencio y su partida a la casa del padre en ocasiones.



Servicios religiosos o ayudas espirituales a los pacientes:

En este contexto los pacientes en su lugar de atención no podrán recibir las ayudas espirituales que sus religiones ofrecen, ya que la llegada de un sacerdote, pastor o agente pastoral no es posible. Para ello se pueden ofrecer algunas alternativas según el estado clínico del enfermo:

1. Facilitar a los pacientes leves devocionarios, biblias, libros espirituales, favorecer que sus familiares se los puedan acercar. Por su puesto meditaciones, oraciones, videos de celebraciones religiosas en sus teléfonos. Llamadas telefónicas de voluntarios o agentes pastorales.
2. Para los pacientes delicados en cuidados intensivos, coordinar con la familia un momento de oración a través de una grabación, video conferencia, entre otras. Debe haber un teléfono móvil para este momento ya que el personal de UCI no tiene sus teléfonos dentro por higiene.
3. Preguntar a la familia si desean llevarles imágenes, estampas, rosarios, u otros artículos religiosos para colocarlos en las camas de los pacientes.

16. ANTE ESTA EMERGENCIA DEL MUNDO CON LA PANDEMIA COVID-19. LA DESPEDIDA Y DUELO DE LOS FAMILIARES RECOMENDAMOS LO SIGUIENTE.

La situación que hoy día vive la humanidad es alarmante por el COVID -19 es una nueva experiencia que debemos enfrentar con valentía poniendo la confianza en Dios que fortalece y anima, para realizar nuestras despedidas de amigos y seres queridos, víctimas de esta enfermedad que azota a el mundo y poder realizar los ritos de cierre y trabajar nuestro duelos, es necesario adaptarnos a las limitaciones que esta situación nos impone y asumir la frustración que esta nos genera, ya que muchas veces no tendremos la oportunidad de verles o visitarlos y debemos realizar la despedida en estas circunstancias.

- ✓ Son muchos los momentos de la vida en los cuales has manifestado tu amor y tu compañía, estos recuerdos deben ser en forma de un adiós y que siempre estará en tu corazón.
- ✓ Cuando estamos despidiéndonos de una persona que se encuentra en el final de su vida, aunque no nos conteste puede escucharnos, puede que este sea el último momento que estemos con nuestro ser querido podemos decirle que esté tranquilo. Que toda la familia está acompañándole, que no está solo.
- ✓ Lo más importante es ser conscientes de que el rito de la despedida es importante para el que sigue vivo por que necesita realizar cierre y despedida, no para el que fallece.



- ✓ Date la oportunidad de llorar, tomate un tiempo en el día para poder pensar en el ser que has perdido y lo que significa para Ti.
- ✓ Es normal que aparezcan sentimientos de culpa por no haber podido estar a su lado en el momento final.
 - Ser consciente de las limitaciones que nos pone la crisis sanitaria, que es a nivel mundial.
 - Es importante sentirte acompañado, conéctate con tus amigos, personas de confianza y exprésales tu pena y dolor.
 - Pide ayuda, reconóctete vulnerable fortalece tu credo religioso, no temas mostrar tu fragilidad, Cristo camina a tu lado, te acompaña siempre.

II. OBSERVANCIA

La vigilancia del cumplimiento del presente "LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA EL MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19" los Prestadores de Servicio Clínicos del ISSS

III. INFRACCIONES Y SANCIONES.

Las infracciones y sanciones al incumplimiento a las presentes normas y procedimientos, en ámbito de su competencia, está tipificado en normativas legales vigentes.

IV. DISPOSICIONES GENERALES.

Las disposiciones no contempladas en la presente normativa, serán consideradas por Subdirección de Salud a través de la Sección de Regulación Técnica en Salud.



V. VIGENCIA DE LA NORMA

El presente LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA EL MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 del Instituto Salvadoreño del Seguro Social es autorizado y entrará en vigencia a partir de su aprobación.

VI. OFICIALIZACIÓN

San Salvador, julio del 2020.



Dra. Silvia G. Mendoza de Ayala.

Jefe Departamento de Normalización.



Dr. José Adán Martínez Alvarenga.

Jefe División de Regulación, Normalización y Vigilancia.



Dra. Reina Celina Vásquez de Cáceres.

Subdirectora de salud.



VII. BIBLIOGRAFÍA.

1. UNAV. Clínica Universidad de Navarra (2020). Guías rápidas de apoyo y control sintomático en pacientes avanzados con COVID-19. 2, 32.
2. Clayton, J. M., Hancock, K. M., Butow, P. N., Tattersall, M. H. N., & Currow, D. C. (2007). Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a lifelimiting illness, and their caregivers. *The Medical Journal of Australia*, 186(12), S77. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01100.x>
3. Solís-García del Pozo J, Gómez-Pérez I, "El límite del esfuerzo terapéutico en las publicaciones médicas españolas", cit, p. 650.
4. López-Nogales B. Validación del Índice Pronóstico de Supervivencia (Pap Score) en Cuidados. *Gaceta Mexicana de Oncología* (Mayo 2014). Vol. 13. Núm. 3.páginas 162-166.
5. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos (Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (2020) https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID19.pdf
6. Institut Català d'Oncologia. Instrumento para la Identificación de Personas en Situación de Enfermedad Crónica Avanzada y Necesidad de Atención Paliativa en Servicios de Salud y Sociales. Noviembre 2011 . Accesado en: http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/02/doc_necpal_ccoms-ico_instrumento.pdf
7. ¡Doctor, no haga todo lo posible! De la Limitación a la prudencia terapéutica. Pablo Requena. Editorial Comares S.L. (2017) p.39-85
8. Adecuación del Esfuerzo Terapéutico. Área de salud de León España 2017. Accesado en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/experiencias.ficheros/1133891DOCUMENTO+SOBRE+LA+ADECUACION+DEL+ESFUERZO+TERAPEUTICO.pdf><https://www.saludcastillayleon.es>
9. SECPAL, "Atención médica al final de la vida": conceptos y definiciones" (2015).
10. Guía de uso del catéter de vía subcutánea en cuidados paliativos. Una opción para El Salvador. Universidad Dr. José Matías Delgado (2016). https://www.academia.edu/25163402/Gu%C3%ADa_de_uso_del_Cat%C3%A9ter_Subcut%C3%A1neo_en_Cuidados_Paliativos.



11. "LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA REALIZAR EL TRIAGE EN HOSPITALES DE LA RIISS" MINSAL 2012. tp://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_triage_en_hospitales_riiss.pdf
12. Decreto N° 620/2020 ASAMBLEA LEGISLATIVA. EL SALVADOR. <https://www.asamblea.gob.sv/node/10218>
13. Gómez Mujica A, Acosta Rodríguez H. Acerca del trabajo en grupos o equipos. ACIMED v.11 n.6 Ciudad de La Habana nov.-dic. 2003.
14. Miranda A. The double effect principle and its relevance to juridical interpretation. Rev. chil. derecho [online]. 2008, vol.35, n.3, pp.485-519. ISSN 0718-3437. <http://dx.doi.org/10.4067/S071834372008000300005>.
15. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Plan de Contingencia para los Servicios de Medicina Intensiva frente a la pandemia COVID-19. Accedido en https://www.semicyuc.org/covid19_files/Plan_de_Contingencia_COVID-19.pdf
16. MacLeod, Roderick Duncan, Van den Block, Lieve (Eds.) . The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbook sixth edition 2019. Textbook of Palliative Care. Springer International Publishing
17. Lipowski ZJ, Delirium (acute confusional states), JAMA 258 (1987) 1789-1792.
18. American Psychiatric Association (APA), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR) (2000).
19. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, et al., Clarifying confusión: The confusión assesment method. A new method for detection of delirium, Ann Intern Med (1990).
20. Association for Palliative medicine (APM), COVID-19 and Palliative, End of Life and Bereavement Care in Secondary Care Role of the specialty and guidance to aid care, 22 March 2020.
21. Guía de sedación paliativa. Organización Médica Colegial (OMC) Sociedad Española De Cuidados Paliativos (SECPAL)
22. Raurell Torredà, M. Burgos Cordón, A. Conejo Caravaca, A. Corcuera Pastor, I. Evaluation of sedation using the Richmond agitation sedation scale in patients with prolonged mechanical ventilation. Revista Rol de Enfermería 2015;38(7-8): 533-538
23. Martínez M, Centeno C. Equipo de cuidados paliativos y burnout. En: Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Accedido el 12 Junio 2020. Descargado en: <https://www.cop-cv.org/db/docu/161024144856kmPH8sA4OPaD.pdf>



24. Eduardo Bruera. Md Anderson Cancer Center. Lista de Autocuidado personal de Cuidados Paliativos.
25. Barbero Gutiérrez J, Gómez-Batiste X, Maté- Méndez J. Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención psicológica y espiritual. Accesado el 12 Junio 2020. Descargado en: <https://www.copcv.org/db/docu/161024144856kmPH8sA4OPaD.pdf>. 2016. Obra Social la Caixa.
26. Pangrazzi. A. Creatividad Pastoral al servicio del enfermo. Editorial San Pablo. ISBN:9789508611138





INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN
JULIO 2020

