

# PROTOCOLO INTEGRAL DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES ESPECÍFICAS DE GRAVEDAD, ÚLTIMOS DÍAS Y FALLECIMIENTO EN LA CRISIS COVID-19

---

2 abril 2020

*DIRECCIÓN GENERAL  
DE PLANIFICACIÓN Y  
ASISTENCIA  
SANITARIA.*

*DIRECCIÓN GENERAL  
DE SISTEMAS DE  
INFORMACIÓN,  
CALIDAD Y  
PRESTACIÓN  
FARMACÉUTICA.*

*GERENCIA REGIONAL  
DE SALUD*

## **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES ESPECÍFICAS DE GRAVEDAD, ÚLTIMOS DÍAS Y FALLECIMIENTO EN LA CRISIS COVID-19**

### **INTRODUCCIÓN**

Ante la actual situación de crisis sanitaria, en los próximos días puede que nuestro personal sanitario se encuentre con varios escenarios posibles como evoluciones tópidas, refractariedad de síntomas, gravedad clínica y toma de decisiones relacionadas con limitaciones de esfuerzo terapéutico.

Dada la rapidez que la situación conlleva y la posible saturación de recursos sanitarios, no podemos olvidarnos de cuidar nuestra actuación profesional ante la transformación de una atención más intensiva y curativa a una atención más paliativa, cuyo principal objetivo sigue siendo alivio de síntomas, máximo confort y manejo de situación de últimos días.

En toda esta transición, es fundamental nuestro acompañamiento como profesionales a pacientes y familiares para garantizar aliviar sufrimiento y prevenir problemas futuros en la elaboración de duelo.

En estos momentos, nuestros pacientes y sus familiares necesitan que nuestra atención sea manera individualizada, y multidisciplinar, nuestra escucha activa, nuestra empatía, compasión y respeto, todo ello herramientas esenciales para estos momentos tan complicados.

### **OBJETIVO:**

Proporcionar una guía de apoyo a profesionales que les garantice una alta calidad de cuidados que ofrecer tanto a pacientes como a familiares en situación de extrema gravedad, situación de últimos días y fallecimiento

Las siguientes orientaciones sobre el control sintomático son aplicables a los todos los pacientes graves afectados por la enfermedad COVID 19 que requieran una atención paliativa o se encuentren próximos al final de la vida, independientemente del ámbito de atención.

Las dosis de los fármacos que se muestran son orientativas, y siempre se deben ajustar a la situación clínica de los pacientes teniendo como principal premisa lograr el mayor confort para el paciente.

Antes de comenzar a describir los posibles escenarios, es importante recordar los siguientes conceptos:

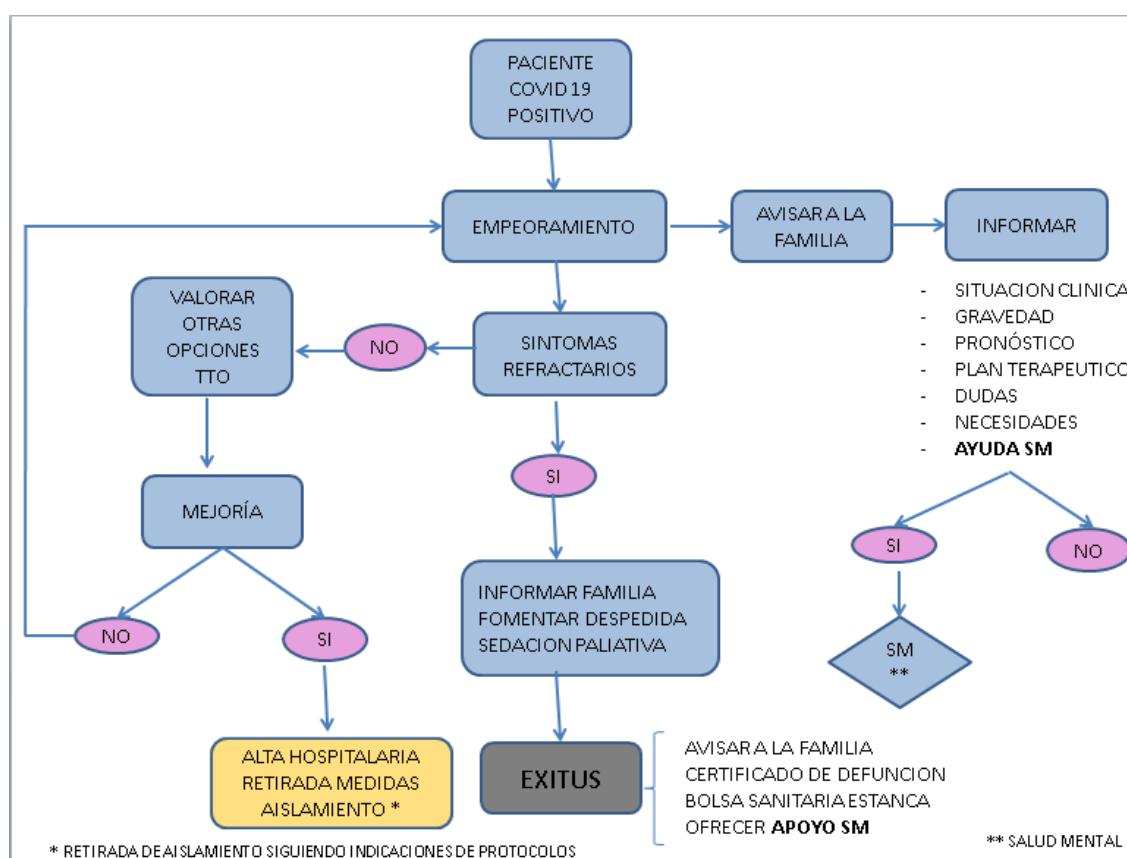
**Síntoma difícil:** Se refiere a un síntoma que para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva, más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico, instrumental y/o psicológico. A la hora de tomar decisiones terapéuticas que contemplan la sedación paliativa es esencial diferenciar el síntoma difícil del síntoma refractario.

**Síntoma refractario** Aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable (y en la fase agónica, breve). En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la disminución de la conciencia.

**Situación de agonía** La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida limitado a horas o días. Se recomienda identificar y registrar en la historia clínica los signos y síntomas propios de esta fase.

**FIGURA 1**

**ALGORITMO DE ATENCIÓN ANTE PACIENTE EN SITUACIÓN DE GRAVEDAD O DE ÚLTIMOS DÍAS O FALLECIMIENTO Y SUS FAMILIARES**



## ESCENARIOS POSIBLES:

### CUANDO EL PACIENTE EMPEORA CLÍNICAMENTE:

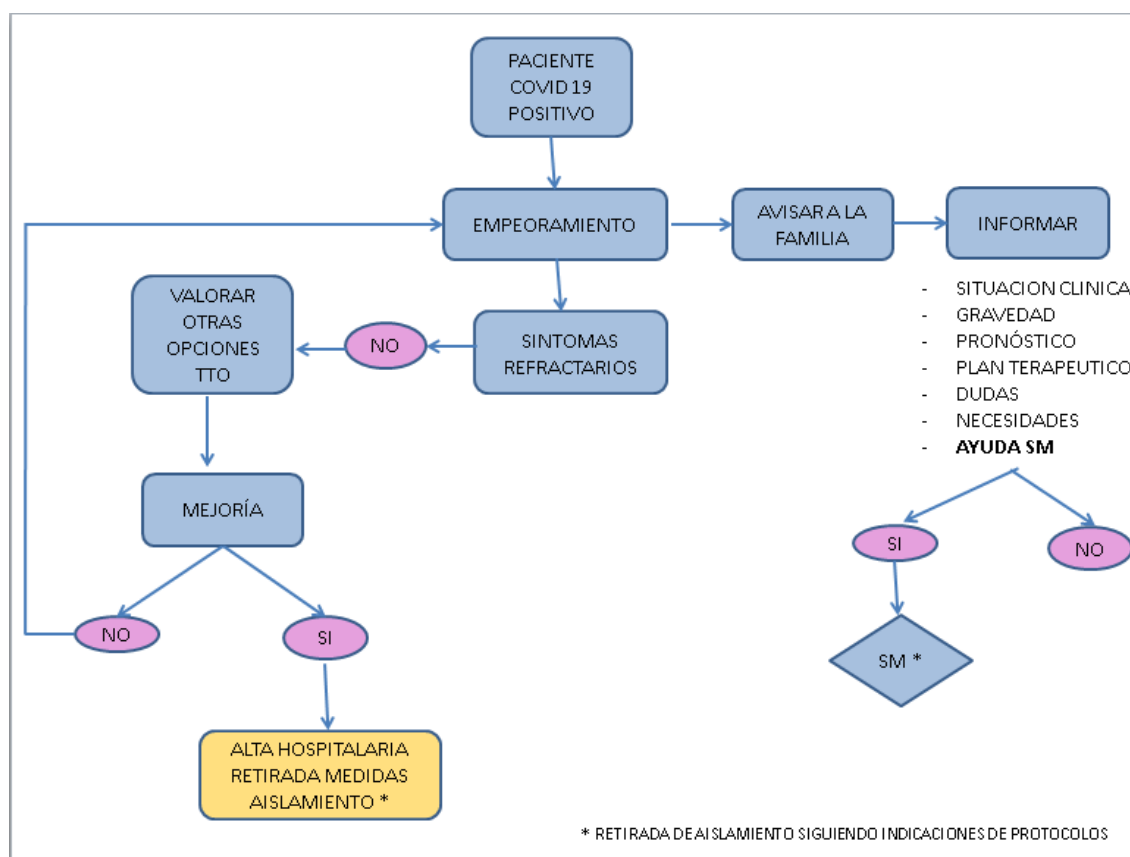
→ Avisar telefónicamente a los familiares informando del cambio del estado del paciente explicando ([Ver anexo](#) al final del documento sobre comunicación telefónica de malas noticias)

- ✓ Situación clínica actual
- ✓ Gravedad
- ✓ Pronóstico
- ✓ Plan terapéutico
- ✓ Resolver todas las dudas que tengan
- ✓ Ofrecer nuestra ayuda:

En el ámbito hospitalario, solicitar ayuda a Salud Mental.

En Atención Primaria: se ofrecerá ayuda telefónica psicológica (todas las áreas tienen equipos de apoyo).

**FIGURA 2:**



## CUANDO EL PACIENTE EMPEORA CLÍNICAMENTE Y SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS (FIGURA 1)

→ Avisar telefónicamente a los familiares informando del cambio del estado del paciente explicando:

- ✓ Situación clínica actual
- ✓ Gravedad
- ✓ Pronóstico horas/días
- ✓ Plan terapéutico
- ✓ Resolver todas las dudas que tengan
- ✓ Ofrecer nuestra ayuda

En el ámbito hospitalario; solicitar si el paciente o la familia acepta consulta urgente a salud mental.

En atención primaria: se ofrecerá ayuda telefónica psicológica (todas las áreas tienen equipos de apoyo).

→ Reevaluar la situación clínica y si hay presencia de síntomas refractarios, indicación de sedación paliativa.

→ Facilitar y fomentar las despedidas del paciente y su familia.

- Si el familiar no puede visitar al paciente, en situación de últimos días, se transmitirá tranquilidad y serenidad ante esta decisión, garantizando nuestros cuidados, vigilancia y atención por parte del equipo sanitario (médicos, enfermería y auxiliares) quien le irá informando de la evolución y de los cambios. Se fomentará la llegada de algún objeto personal, (fotos, cartas o algún objeto significativo), que pueda ser colocado en la habitación del paciente que permanece aislado para que pueda sentir más cerca a sus familiares.
- Transmitir al paciente el contacto telefónico que el personal sanitario mantiene con sus familiares, aminorar su preocupación por no tenerles a su lado y, transmitirle su cercanía y fomentar que el acompañamiento puede no ser siempre presencial.
- Se tendrán en cuenta las preferencias del paciente en su Proyecto de Vida, Últimas Voluntades, Testamento Vital, etc.
- Preguntar a la familia si el paciente profesaba algún tipo de religión para poder avisar al Servicio Religiosos del Hospital o a domicilio para poder llevar a cabo el acto religioso apropiado.

## CUANDO EL PACIENTE FALLECE:

- Avisar telefónicamente a la familia.
- El cadáver debe ser transferido lo antes posible al depósito después del fallecimiento.
- Notificar el fallecimiento del paciente COVID-19

- Rellenar y firmar el Certificado de Defunción que se encuentra en los centros sanitarios.
- Facilitar un lugar donde puedan estar los familiares del fallecido y donde puedan ser ayudados por el Equipo de Salud Mental si es en el ámbito hospitalario. Si es en Atención Primaria ponerse en contacto con su Equipo de Atención Primaria.

## MANEJO DE SÍNTOMAS AL FINAL DE LA VIDA

A lo largo de estos días, nos encontraremos con situaciones de final de vida donde necesitaremos manejar los principales síntomas que aparecen en estos momentos.

A través de este documento, reflejaremos los principales síntomas y tratamientos y sedación paliativa (indicaciones, tratamiento y monitorización).

Como medidas generales, para evitar la entrada de personal sanitario de manera continua en la habitación para la administración de tratamientos en pautas horarias, se preferirá la infusión continua de medicación tanto por bombas por vía intravenosa en el ámbito hospitalario como por infusores elastoméricos por vía subcutánea en el domicilio o en zonas residenciales siempre con una monitorización adecuada para titulación de las dosis óptimas.

### **TOS:**

Inicialmente para la tos se pueden utilizar dos fármacos:

- **CODEÍNA: 30-60 mg / 6 horas oral**
- **DEXTROMETORFANO: 15-30 mg / 6 horas oral**

Si con estos dos fármacos, la tos no se alivia se retirarán y se inicia tratamiento con **MORFINA 1% 2-3 mg cada 4 horas** aumentando las dosis hasta en un 30% para conseguir alivio de los síntomas. Esta dosis total diaria se puede administrar en infusión continua más rescates que precise para ir titulando la dosis total diaria.

### **DISNEA:**

Para el tratamiento de la disnea en situación de últimos días, el fármaco indicado es la **MORFINA 1%**

### EN PERSONAS HOSPITALIZADAS, DONDE ES MÁS ACCESIBLE LA VÍA INTRAVENOSA:

La dosis inicial puede ser de **2 mg iv-sc cada 4 horas**. Si tolera bien las dos primeras dosis, y son alivio para el paciente, se podría comenzar con la bomba de infusión de manera continua con dosis de **10-20 mg cada 24 horas** más dosis de rescates que suponen el 10% de la dosis total diaria.

Si la disnea es moderada podríamos aumentar las dosis **30 mg /24 horas** en función de la gravedad de la disnea. Las dosis de rescates que suponen el 10% de la dosis total diaria.

En los casos más graves, se **indica medicación pautada cada 4 horas** más dosis de rescates necesarios para conseguir el alivio y monitorizar más de cerca la disnea.

Si el paciente ya estaba en tratamiento con corticoides, se mantienen. Si no lo estaba, se puede introducir **DEXAMETASONA 4 mg cada 12-24 horas**. Si la medicación está siendo administrada en bomba de infusión continua (tanto iv como sc) hay que recordar que la dexametasona no se puede mezclar con el resto de medicaciones (morfina, midazolam, butilescopolamina...) por el riesgo de precipitación.

Vigilar posibles signos de neurotoxicidad por opiáceos como aumento de confusión, mioclonias, bajo nivel de conciencia, alucinaciones. En este caso se puede reducir la dosis al 50% y reforzar la hidratación.

#### Otros fármacos coadyuvantes en el alivio de la disnea

- ✓ **HALOPERIDOL** (amp 1ml/5mg): Añadir dosis entre **2,5mg - 5mg/24h** (0,5-1 amp) para evitar náuseas/vómitos secundarios al inicio del tratamiento con opioides.
- ✓ **BUTILESCOPOLAMINA (n-butilbromuro de hioscina)** (amp 1 ml/20mg): Añadir **60 mg/24h** (3 amp) para evitar las secreciones respiratorias secundarias a la infección.
- ✓ **MIDAZOLAM** (amp 3ml/15 mg): Añadir **5 mg/24h** (1 ml) en caso de taquipnea o inquietud o percepción de sufrimiento. En caso de no disponer de Midazolam se podría sustituir por **Levomepromacina** (amp 1ml/25mg) a dosis de **12,5 mg** (suspendiendo en este caso el Haloperidol).

#### EN PACIENTES GRAVEMENTE ENFERMAS EN SUS DOMICILIOS O EN CENTROS RESIDENCIALES:

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

- ✓ **MORFINA 1%** (amp 1 ml/10mg): Dosis entre **15 mg – 30 mg cada 24h** (1,5-3 amp/24h) en función de la gravedad de la disnea. Factores a tener en cuenta para usar dosis más bajas serían personas muy mayores y/o muy frágiles o presencia de insuficiencia renal moderada-grave. Dosis de rescate: cada dosis de rescate es un 10% de la dosis total diaria.
- ✓ **HALOPERIDOL** (amp 1ml/5mg): Dosis entre **2,5 mg – 5 mg /24h** (0,5-1 amp) para evitar náuseas/vómitos secundarios al inicio del tratamiento con opioides.
- ✓ **BUTILESCOPOLAMINA (n-butilbromuro de hioscina)** (amp 1 ml/20mg): Dosis entre **60 mg/24h** (3 amp) para evitar las secreciones respiratorias secundarias a la infección. Mucho más útil en prevención que cuando las secreciones abundantes ya están presentes
- ✓ **MIDAZOLAM** (amp 3ml/15mg): Dosis entre **5 mg/24h** (1 ml) en caso de taquipnea o inquietud o percepción de sufrimiento. En caso de no disponer de Midazolam, se

podría sustituir por **Levomepromacina** (amp 1ml/25mg) a dosis de **12,5 mg** (suspendiendo en este caso el Haloperidol).

### **SECRECCIONES BRONQUIALES:**

Es necesario prevenir la aparición de secreciones bronquiales ya que una vez que aparecen, es difícil manejarlas. Se valorará el exceso de hidratación que pueda colaborar en el aumento de las secreciones.

Los fármacos indicados son:

- **BUTILESCOPOLAMINA (n-butilbromuro de hioscina)** 20 mg en ampollas de 1 ml. Dosis: 20 a 40 mg cada 8 hor (IV o SC).
- **ESCOPOLAMINA BROMHIDRATO** 0,5 mg en ampollas de 1 ml. Dosis: 0,5 a 1 mg cada 4 horas (IV o SC)

### **FIEBRE:**

En situación de últimos días, los procesos febriles en los casos que generen disconfort para el paciente. Los fármacos empleados son:

- **PARACETAMOL 1 G** iv cada 6-8 horas alterando con **METAMIZOL 2 G** iv en el caso de disponer de acceso vía intravenosa.
- En el caso que no tengamos acceso a vía intravenosa y la fiebre genere disconfort se pueden utilizar formulas subcutáneas como el **KETOROLACO** 1 ampolla de 30 mg cada 8 horas.

Si el paciente presenta fiebre y se encuentra asintomático, se pueden aplicar medidas físicas y no es necesario aplicar tratamientos farmacológicos para bajar la fiebre.

### **DELIRIUM EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS:**

El delirium es un síndrome cerebral agudo y fluctuante caracterizado por una alteración de la Atención y del nivel de consciencia, con cambios de la cognición o percepción.

Se denomina delirium terminal cuando se presenta en la situación de últimos días.

En pacientes COVID-19 pueden aparecer síntomas compatibles con síndrome confusional agudo/delirium en relación con procesos febriles, inflamatorios, afectación hepática e insuficiencia respiratoria (hipoxemia/hipercapnia)

### **MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS:**

- Reconducir al paciente evitando inicialmente las contenciones físicas.
- Explicar a la familia el posible origen de la situación actual del paciente y que son secundarias a su enfermedad.

### **MEDIDAS FARMACOLÓGICAS:**

Si alteraciones de la conducta y/o alucinaciones, los fármacos a elegir son:



- **HALOPERIDOL** en dosis e **1-2 mg IV o SC cada 8 horas** y dosis de rescates cada 20 minutos hasta una dosis máxima de 20 mg
- **OLANZAPINA 2,5 mg SC** por la noche. Se puede repetir hasta cada 8 hora con una dosis máxima de 20 mg

Si inquietud psicomotriz nocturna, insomnio o intranquilidad:

- **QUETIAPINA 25 mg vía ORAL** hasta un máximo de 200mg diarios. Dosis de rescate de 25-50.
- Si no es posible vía ORAL valorar la posibilidad de **LEVOPROMAZINA 12,5-25 mg** (media o una ampolla entera) por la noche pudiendo repetir 2-3 rescates cada 20 minutos. Dosis máxima de 300 mg.

Delirium no controlado, refractario a todos los tratamientos arriba señalados, y en situación de últimos días, nuestro principal objetivo es el control de la agitación para aliviar sufrimiento. En esos casos se puede valorar como alternativa la levopromacina. Si no es efectivo sería conveniente asociar a los neurolépticos, benzodiazepinas.

## PROTOCOLO SEDACIÓN PALIATIVA

Aquellos pacientes ingresados COVID 19 positivos que presenten síndrome de distress respiratorio agudo y/o síndrome confusional agudo sin respuesta a ninguno de los tratamientos específicos indicados, sin criterios de ingreso en UCI y en los que existe una sintomatología refractaria, un sufrimiento intolerable y muy corta expectativa de vida, estaría indicado la sedación paliativa.

Según la OMC, la sedación paliativa es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios.

### PASOS A SEGUIR:

- Toma de decisiones compartidas con el Equipo Sanitario.
- Información al paciente (en el caso de que esté consciente y sea competente para la toma de decisiones) y a la familia que será por vía telefónica si no es posible la comunicación por estar el paciente en situación de aislamiento. La información que tenemos que proporcionar es:
  - o Situación clínica actual, gravedad clínica y mal pronóstico a corto plazo
  - o Plan terapéutico explicando minuciosamente el objetivo (alivio de sufrimiento y manejo de fin de vida) y la proporcionalidad de los tratamientos.
  - o Expectativa de vida a corto plazo una vez iniciada la sedación paliativa
  - o Ofrecer nuestro apoyo y cercanía en todo momento.
  - o Ofrecer la posibilidad de ver a su familiar (probablemente por última vez) siguiendo las indicaciones reguladas del régimen de visitas en esta situación tan especial
- El registro se realizará en la Historia Clínica del paciente, sin necesitar ningún consentimiento firmado del paciente o de la familia, reflejando el motivo del inicio de la sedación, el consentimiento verbal del paciente y/o familia y cuando se inicia.
- Desprescripción de tratamientos fútiles: antibioterapia, transfusiones, anticoagulantes,
- La hidratación tiene que ser la mínima necesaria ya que un exceso de aporte de líquido puede propiciar el empeoramiento de estertores y la aparición de edemas.

### MEDICACIÓN:

#### MIDAZOLAM POR VIA INTRAVENOSA:

- ✓ La dosis de inducción se calcula administrando **entre 1,5 y 3,5 mg en bolo lento**, repitiendo la dosis **cada 5 minutos** hasta alcanzar el nivel de sedación mínimo con el que se logre el alivio del síntoma refractario.
- ✓ La suma de las dosis que han sido necesarias se multiplicará por **seis** y ésta será la **dosis** a administrar en **INFUSIÓN CONTINUA DE MANTENIMIENTO** durante las siguientes **24 horas**.

- ✓ Las dosis de rescate serán las mismas que la dosis de inducción y se añadirán tantas veces como sean precisas. Hay que reajustar las dosis de mantenimiento diariamente sumando la medicación de rescate utilizada.
- ✓ Si se precisa se puede subir 0.5mg/h (=1ml/h) cada hora.
- ✓ La dosis techo son 150-200 mg a partir de los cuales pueden aparecer reacciones paradójicas. Si no se alcanza la sedación con dosis máximas, hay que pasar a un segundo escalón con levopromacina.

#### **MIDAZOLAM POR VIA SUBCUTÁNEA:**

- ✓ La dosis de inducción por vía subcutánea es de **2,5 a 5 mg** administrada en cada bolo. El método sería igual que la dosis intravenosa, **cada 5 minutos** hasta alcanzar niveles de sedación mínimo o alivio de síntoma refractario.
- ✓ La suma de las dosis que han sido necesarias se multiplicará por **seis** y ésta será **la dosis** a administrar en **INFUSIÓN CONTINUA DE MANTENIMIENTO** durante las siguientes **24 horas**.
- ✓ Las dosis de rescate serán las mismas que la dosis de inducción y se añadirán tantas veces como sean precisas. Hay que reajustar las dosis de mantenimiento diariamente sumándola medicación de rescate utilizada

#### **LEVOPROMAZINA POR VIA INTRAVENOSA/SUBCUTÁNEA:**

Si al paciente se le ha iniciado sedación con midazolam y es necesario asociar levopromacina, hay que reducir la dosis de midazolam previo al 50% en el día de la inducción con levopromacina, intentando rebajar la dosis de midazolam progresivamente en los días posteriores, según sea la respuesta clínica

Se calcula la dosis de inducción también de forma similar al midazolam, con dosis iniciales **de 12,5 a 25 mg**, utilizando intervalos de **6 a 8 horas**. La dosis de rescate es la misma que la de inducción y pueden utilizarse tantas dosis como sean necesarias hasta alcanzar la sedación.

La dosis de mantenimiento suele ser de **12,5 a 25 mg cada 6 a 8 horas**, con una dosis techo de 300 mg diarios.

**Si no se consigue control adecuado con estos dos fármacos es recomendable pedir ayuda experta al Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos.**

#### **UTILIZACIÓN DE OTROS FÁRMACOS DURANTE LA SEDACIÓN**

En el caso de la sedación en la agonía, se recomienda mantener durante la sedación algunos fármacos esenciales. Entre ellos los anticolinérgicos (con la indicación de antiseoretos bronquiales), o los opioides, que no deben ser retirados durante la sedación, aunque puede reducirse su dosis.

**BUTILESCOPOLAMINA/ESCOPOLAMINA:** Para prevenir/tratar las secreciones bronquiales (estertores premortem) y por su capacidad sedante.

- ✓ **BUTILESCOPOLAMINA (n-butilbromuro de hioscina)** 20 mg en ampollas de 1 ml. Dosis: **20 a 40 mg cada 8 horas** (IV o SC)
- ✓ **ESCOPOLAMINA BROMHIDRATO** 0,5 mg en ampollas de 1 ml. Dosis: **0,5 a 1 mg cada 4 horas** (IV o SC)

**MORFINA.** Tiene capacidad sedante aunque no se utiliza con esa intención y, por supuesto, no retirarla nunca si el enfermo ya la estaba recibiendo.

Todos los fármacos utilizados tanto para manejo de síntomas en situación de últimos días como sedación paliativa, tienen indicación de administración por vía subcutánea. Se utilizarán preferentemente en bombas de infusión intravenosa o infusores elastoméricos, evitando así la entrada continua de personal sanitario a la habitación.

### EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Tras el inicio de la sedación, tres deben ser las recomendaciones a seguir:

1. Revisar periódicamente el nivel de sedación, según la Escala de Ramsay modificada (tabla 1).
2. Evaluar y dejar constancia en la historia clínica de la evolución.
3. Informar a todos los profesionales que cuidan al paciente (cuidadoras residencia, etc)
4. Mantener informada a la familia. Proporcionar siempre presencia, comprensión, disponibilidad y privacidad en la medida de las posibilidades.

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

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

## Sedación paliativa de pacientes institucionalizados y en el domicilio

### Manejo farmacológico

Utilizar las distintas opciones según disponibilidad

#### Opción 1. **Midazolam**

Infusión continua (24 horas) vía SC	Bolos vía SC
<p><b>D. inducción (bolo):</b> 2,5-5mg. Repetir cada 5 min hasta Ramsay 2-3</p> <p><b>D. infusión:</b> dosis total de inducción x 6 administrada en 24 h</p> <p><b>D. rescate:</b> 2,5-5 mg m</p>	<p><b>D. inducción (bolo):</b> 2,5-5 mg. Repetir cada 5 min hasta Ramsay 2-3</p> <p><b>D. mantenimiento:</b> 2,5-5 mg cada 4-6h</p> <p><b>D. rescate:</b> 2,5-5 mg</p>

#### Opción 2. **Levomepromazina**

Infusión continua (24 horas) vía SC	Bolos vía SC
<p><b>D. inducción (bolo):</b> 12,5-25 mg. Repetir cada 5 min hasta Ramsay 2-3</p> <p><b>D. infusión</b> 100 mg/día, aumentar según respuesta</p> <p><b>D. rescate:</b> 12,5-25 mg. Se puede repetir cada 4h-8h</p> <p><b>D. máxima:</b> 300 mg/día</p>	<p><b>D. inducción (bolo):</b> 12,5-25 mg. Repetir cada 5 min hasta Ramsay 2-3</p> <p><b>D. mantenimiento:</b> 12,5-25 mg cada 6h</p> <p><b>D. rescate:</b> 12,5-25 mg. Se puede repetir cada 4h-8h</p> <p><b>D. máxima:</b> 300 mg/día</p>

#### Opción 3. **Clonazepam\***

Infusión continua (24 horas) vía SC	Bolos vía SC
<p><b>D. inducción (bolo):</b> 0,5 mg</p> <p><b>D. infusión</b> 2-8 mg/día</p> <p><b>D. máxima:</b> 8 mg/día</p>	<p><b>D. inducción (bolo):</b> 0,5 mg</p> <p><b>D. mantenimiento:</b> 0,5-2 mg cada 6-8h</p> <p><b>D. máxima:</b> 8 mg/día</p>

\*Otra alternativa podría ser **diazepam** rectal 5 o 10 mg cada 12h.

#### Medicación concomitante (para todas las opciones)

- Si disnea, dolor añadir **cloruro mórfico** o mantener si el paciente ya lo estaba recibiendo.

Infusión continua (24 horas) vía SC	Bolos vía SC
<p><b>D. infusión</b> 10-20 mg/día</p> <p><b>D. rescate:</b> 1/6-1/10 de la dosis. Se puede repetir a los 15-30 min</p>	<p><b>D. mantenimiento</b> 5-10 mg cada 4h</p> <p><b>D. rescate:</b> 1/6-1/10 de la dosis. Se puede repetir a los 15-30 min</p>

Paciente en tratamiento previo con opioide: hacer la conversión mediante dosis equianalgésica a morfina parenteral. Esta será la dosis de partida.

- Para evitar secreciones abundantes y en los estertores premortem, añadir **butilscopolamina** o **butilbromuro de hioscina**

Infusión continua (24 horas) vía SC	Bolos vía SC
<p><b>D. infusión</b> 60-120 mg/día</p> <p><b>D. máxima:</b> 120 mg/día</p>	<p><b>D. mantenimiento</b> 20-40 mg cada 6-8h</p> <p><b>D. máxima:</b> 120 mg/día</p>

- Si delirium/vómitos añadir **haloperidol**. Bolo SC: 2,5 mg cada 30 min, máx 3 dosis; Infusión SC: 2,5-5 mg/día.

### AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos a los profesionales de la Unidad de Cuidados paliativos del Hospital Universitario Río Hortega, Hospital Clínico Universitario de Valladolid y Complejo Asistencial de Segovia, su inestimable colaboración en la realización de este Documento.

## ANEXO: PROTOCOLO PARA PROFESIONALES SANITARIOS PARA LA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA DE MALAS NOTICIAS A FAMILIARES DE PACIENTES CON CORONAVIRUS EN SITUACION DE CUIDADOS DE ÚLTIMOS DÍAS.

### Aspectos previos:

Si es posible se pondrá en contacto con la familia el o la profesional que atienda habitualmente al paciente: profesional de la residencia, medicina/enfermería de familia, personal del hospital que lo atiende, etc. Se tendrán en cuenta las preferencias del paciente en su Proyecto de Vida, Últimas Voluntades, Testamento Vital, etc.

### PRIMERA ETAPA: PREPARAR LA ENTREVISTA

### Facilitadores:

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Recopilación de toda la información</b> del caso, información de a quien se va a llamar, calidad de la relación, etc</li> <li>➤ <b>Planificar la entrevista</b></li> <li>➤ <b>Prepararse antes de la llamada</b></li> </ul>	<p>Tener la historia clínica a mano con los datos del paciente y del familiar.</p> <p>Pensar qué información clara y precisa se va a dar Buscar un lugar cómodo y un momento adecuado</p> <p>Respirar hondo, técnica de relajación... Cuidar nuestro lenguaje, voz calmada y suave</p>
---	--

### SEGUNDA ETAPA: AVERIGUAR QUÉ SABE EL FAMILIAR

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Identificarse</b> con Nombre, Apellido y Puesto de Trabajo</li> <li>➤ <b>Identificar a la persona</b> con la que hablamos</li> <li>➤ Indicar el <b>motivo de llamada</b></li> <li>➤ <b>Preguntar qué información tiene hasta el momento</b></li> </ul>	<p>"Buenos días le llamamos desde la Residencia de su familiar, soy..."</p> <p>"¿Estoy hablando con el hijo/a, hermano... de...?"</p> <p>"Soy el profesional a cargo de su familiar y le llamo para darle información de su situación actual"</p> <p>"Antes de nada, ¿me puede comentar qué información tiene sobre la situación de su familiar, hasta ahora?"</p>
--	--

### TERCERA ETAPA: VALORAR LO QUE EL FAMILIAR QUIERE SABER

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Preguntar directamente qué nivel de información puede asimilar</b></li> <li>➤ Hacerle <b>buscar apoyo</b> si no es así</li> </ul>	<p>"¿Le gustaría que le explicase todos los detalles del proceso?"</p> <p>"¿Hay alguna persona con la que preferiría que habláramos? ¿Quiere poner el altavoz y que algún acompañante suyo lo escuche también?"</p>
---	---

### CUARTA ETAPA: COMPARTIR LA INFORMACIÓN

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Información veraz y realista</b></li> <li>➤ <b>Lenguaje sencillo sin tecnicismos</b></li> <li>➤ <b>Ir dando información progresivamente</b></li> <li>➤ <b>Ir acogiendo las emociones que se</b></li> </ul>	<p>"Voy a explicarle como se encuentra en la actualidad su familiar... Por lo que nos han transmitido en la residencia ha comenzado a encontrarse mal, con dificultad respiratoria... se le ha hecho... y se le ha puesto"...</p> <p>"Lamento comunicarle que a pesar de estas medidas su situación ha ido empeorando..."</p> <p>"Actualmente está en una situación muy crítica, está muy muy malito, es una situación irreversible..."</p>
--	---

<p><b>vayan produciendo en la familia, hacer pausas</b></p> <p>➤ <b>Asegurar la comprensión de la información</b></p>	<p>"Las medidas que se están tomando en este momento son suministrarle las mejores medidas de confort que podamos,...debido a su estado de gran dificultad respiratoria precisa sedación..."</p> <p>"Es posible que en las próximas horas o días pueda fallecer debido a la gravedad de su proceso..."</p>
---	--

## QUINTA ETAPA: RESPONDER A LOS SENTIMIENTOS DEL PACIENTE

<p>➤ <b>Escucha activa y empática</b></p> <p>➤ <b>Identificar y poner nombre a las emociones</b></p> <p>➤ <b>Permitir y acoger</b> las emociones, preocupaciones, necesidades</p> <p>➤ <b>Dar tiempo</b> para la expresión emocional</p>	<p>"Es lógico que usted se asuste y se encuentre tan preocupado/a.... Entiendo lo duro que es lo que está pasando..."</p> <p>"¿Cómo se siente? Dígame lo que quiera estoy aquí para escucharle"</p> <p>"Entiendo que no hay palabras para aliviar lo que está sufriendo"</p> <p>"¿Hay algo que necesite o que le preocupe?"</p> <p>"¿Le puedo ayudar de alguna forma?"</p>
--	--

## SEXTA ETAPA: PLANIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROCESO

<p>➤ Dar un <b>pronóstico realista</b> asegurando que los <b>síntomas va a ser aliviados eficazmente</b></p> <p>➤ Ofrecerle <b>visita</b> si es posible</p> <p>➤ Explicar los <b>trámites siguientes</b></p> <p>➤ Tener en cuenta las <b>opiniones y preferencias</b> de la familia</p> <p>➤ Asegurar que <b>vamos a seguir ahí</b></p> <p>➤ Detectar <b>necesidad de ayuda psicológica</b>: persona mayor sola, con depresión o problemas de salud mental previos, solicitud por su parte de ayuda psicológica, etc</p> <p>➤ <b>Valorar apoyos espirituales</b>, religiosos, etc.</p> <p>➤ Resumen final para <b>asegurarse de la comprensión</b></p> <p>➤ <b>Autocuidados</b> tras la llamada</p>	<p>"Lo que prevemos que pueda pasar en los próximos días/horas es... que se vaya apagando poco a poco... aunque seguiremos cuidando todos los síntomas molestos que puedan ir apareciendo".</p> <p>"En esta situación se puede realizar una visita con las medidas de protección necesarias, sólo para un familiar" Si va a acudir dejarlo registrado para permitir el paso. Si no es posible, desculpabilizar y entender sus miedos, dificultades y seremos sus intermediarios: "¿Qué quiere que le digamos algo a su familiar de su parte? Aunque esté sedado siente lo que pasa a su alrededor"</p> <p>Informar de las pautas a seguir: siguiente vez que podremos contactar con ellos, trámites que deban ir haciendo: avisar al resto de la familia, etc.</p> <p>Si detectamos riesgo psicológico, se ofrecerá ayuda telefónica psicológica (todas las áreas tienen equipos de apoyo) "¿Tiene usted apoyos, con quién hablar estos días?"</p> <p>Reafirmar todas actuaciones y peticiones realizadas a las que nos comprometemos: "Estese tranquilo/a que lo vamos a hacer". "¿Lo ha entendido todo?"</p> <p>Nos despedimos: Le saludamos de parte de todo el equipo que está atendiendo a su familiar... Hasta mañana...</p> <p>Respirar hondo, técnica de relajación, autocompasión (darnos ánimo por la dura actuación que acabamos de hacer, etc.), analizar cómo ha ido llamada y hablar con compañero/a.</p>
---	---



*Protocolo basado en: Protocolo 12 de Octubre. MODELO DE 6 PASOS (BAILE-BUCKMAN)*