GOBIERNO DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD

Documento Derogado

Lineamientos técnicos para el manejo de cuidados paliativos ante la pandemia por COVID-19

San Salvador, El Salvador, 2020

GOBIERNO DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD

Documento Derogado

Lineamientos técnicos para el manejo de cuidados paliativos ante la pandemia por COVID-19

San Salvador, El Salvador, 2020.

2020 Ministerio de Salud

Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede Consultarse en el Centro de Documentación Virtual en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp

Ministerio de Salud
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000
Página oficial: http://www.salud.gob.sv

Documento Derogado

Autoridades

Dr. Francisco José Alabí Montoya

Ministro de Salud A*d honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Salud

Dra. Karla Marina Díaz de Naves

Viceministra de Operaciones en Salud

Documento Derogado

Equipo técnico

Dra. Tania Gabriela López Alfaro Dr. Luis Castillo	Dirección Nacional de Hospitales
Dr. Carlos Roberto Torres Dra. Graciela Baires	Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Dr. Rolando Larín Lovo	Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom" / Asociación Salvadoreña para el Estudio, Tratamiento de Dolor y Cuidados Paliativos (ASEDP)
Hermana María Julia García Vázquez CMST Lic. Rebeca Salandra	Hospital Divina Providencia
Dr. Carlos Alfonso Reyes Silva	Hospital Nacional Rosales/ Instituto Salvadoreño del Seguro Social / Hospital Divina Providencia /Fundación de Medicina Paliativa de El Salvador (PALIAMED)
Dr. José Mario López Saca	Hospital Nacional " Dr. Juan José Fernández", Zacamil /Fundación de Medicina Paliativa de El Salvador (PALIAMED) / Asociación de Bioética de El Salvador (ABIOES)
Dr. Marvin Colorado Castellanos.	Hospital Divina Providencia/Asociación Salvadoreña para el Estudio, Tratamiento de Dolor y Cuidados Paliativos (ASEDP)
Lic. Marco Rodríguez Paz	Hospital Divina Providencia/ Fundación de Medicina Paliativa de El Salvador (PALIAMED)
Dra. Ancu Tatiana Feng Escobar	Fundación de Medicina Paliativa de El Salvador (PALIAMED)/Asociación Salvadoreña para el Estudio, Tratamiento de Dolor y Cuidados Paliativos (ASEDP)

Documento Derogado

Ministerio de Salud

Acuerdo n.º 1048

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud

CONSIDERANDO:

I. Que la Constitución de la República, en su artículo 65, determina que 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.

II. Que en cumplimiento al Decreto Legislativo n.º 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 República".

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.

POR TANTO, en uso de las facultades legales, **ACUERDA** emitir los siguientes:

Lineamientos técnicos para el manejo de cuidados paliativos ante la pandemia por COVID-19

Documento Derogado

Índice

I. Introducción …… 8

II. Objetivos …….. 9

III. Ámbito de aplicación ……... 9

IV. Contenido técnico……... 9

V. Disposiciones finales…… 32

VI. Vigencia…… 32

VII. Referencias bibliográficas ……..……... 33

Documento Derogado

I. Introducción

En la situación mundial que la pandemia por COVID-19 ha provocado, es muy probable que los profesionales de salud que atiendan a pacientes con la enfermedad, enfrenten situaciones nuevas y complejas en las que se encuentren con limitaciones en el actuar y con dificultad para la toma de decisiones difíciles.

Además, los sistemas de salud pueden verse desbordados en capacidad de atención en los servicios de emergencia, instalaciones de hospitalización y 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.

Seguir una secuencia breve centrada en cuidados paliativos y principios éticos fundamentales, puede disminuir el riesgo de realizar acciones no éticas como la eutanasia, obstinación terapéutica o un abandono terapéutico del paciente y su familia. Muy seguramente los duelos por COVID-19, conlleven mayor dificultad para su resolución, 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.

Para reducir el impacto que pandemias como esta puedan causar en esas áreas, se inició en 2012 el desarrollo de las unidades de dolor y cuidados paliativos, conformadas por un equipo multidisciplinario (médico, enfermería, trabajador social, profesionales en química y farmacia, así como psicología, entre otras) la cuales se han implementado gradualmente en la red del MINSAL y actualmente funcionan en 19 hospitales entre los que se encuentran el Hospital Nacional Rosales, Hospital Nacional de la Mujer, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y los Hospitales nacionales de Ahuachapán, Sonsonate, Santa Ana, Metapán, Chalatenango, San Rafael, Zacamil, Ilobasco, Cojutepeque, Sensuntepeque, San Vicente, Zacatecoluca, San Miguel, Usulután, San Francisco Gotera y La Unión.

El presente documento contiene las disposiciones a seguir en los pacientes COVID-19, en los cuales habría que brindar control de síntomas como la disnea refractaria, acompañamiento, comunicación transparente y manejo del duelo anticipado entre otros.

Documento Derogado

II. 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.

III. Ámbito de aplicación

Está sujeto a la aplicación de los presentes lineamientos técnicos, el personal del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

IV. Contenido técnico

A. Comunicación de malas noticias: comunicación con el paciente

A.1 Seis pasos para dar malas noticias

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 una prueba de COVID-19 que conlleva el traslado a un centro de contención, cuarentena domiciliaria, ingreso hospitalario o a una unidad de cuidados intensivos, pudiendo haber necesidad de intubar o de realizar medidas paliativas. La forma en la que se comunique la información tendrá un impacto psico-emocional en el paciente y la familia.[1]

Nota: 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.

Documento Derogado

Tabla 1. Seis pasos para dar malas noticias

Pasos	Abordaje
1. Preparación	• Reflexionar sobre la información a comunicar. • Presentación del médico responsable del paciente. • Procurar estar sentado en el momento de comunicar si esto no es posible, mantener un adecuado contacto ocular con el paciente.
2. Percepción del paciente	• Iniciar con preguntas para establecer un adecuado rapport: ¿Cómo se encuentra? • Indagar que sabe de la situación: ¿Qué es lo que comprende de su situación de salud y que es probable que suceda? • Identificar si manifiesta expectativas irreales: "desearía que las cosas fueran como usted dice" • En caso de negación, abordarla: "puedo ver que es difícil para usted hablar de esto"
3. Pedir permiso para informar	¿Quiere que le explique con detalle la situación?
4. Informar (Clayton et al., 2007)	• Dar tiro de aviso: "lamento tener que decirle…" • 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
5. Responder a las emociones del paciente	• Dar el tiempo necesario para las reacciones emocionales Técnicas a utilizar: • Empatía: "no puedo ni imaginarme lo difícil que pueda ser esto para usted" • Identificar y nombrar las emociones: "veo que esto que le he dicho le ha impactado" • Normalizar las emociones: "es normal que se sienta así en esta situación" • Explorar: ¿En qué podemos ayudarle?
6. Cierre	• No pretender que el paciente retenga toda la información • Ofrecer disponibilidad en la medida de lo posible • Dejar abierta la comunicación por 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.

Documento Derogado

B. Comunicación con familiares y proceso de duelo

B.1 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 la persona responsable del paciente (mayor de edad)
    - Dar la información clara y progresiva
    - Comunicar situación actual del paciente, haciendo un planteamiento general de la situación
    - Informar sobre la atención que va a recibir el familiar por parte del equipo de salud.
    - Al comunicar, se debe procurar bajar ligeramente el tono de voz, ya que en algunas ocasiones los tonos agudos pueden causar algunas molestias. Procurar hablar despacio y con claridad
    - Mostrar empatía a las reacciones emocionales del familiar ¨entiendo que ésto puede resultarle difícil si yo fuera usted reaccionaría igual..¨
    - Impulsar a los familiares a utilizar los recursos espirituales para afrontar esta situación

B.2 Pautas a seguir después del fallecimiento

1. Seguir el protocolo de cómo dar malas noticias vía teléfono:
   Antes de realizar la llamada al familiar del paciente, el personal encargado debe procurar tomarse un momento para respirar y concentrarse en la tarea.

Documento Derogado

Tabla 2. Pautas a seguir después del fallecimiento

Pasos	Recomendaciones
Apertura	• Utilizar un tono de voz bajo, hablar despacio y claro • Identificarse (nombre y profesión) • Identificar al familiar responsable (mayor de edad) • Indagar si hay mas miembros de la familia en casa (pedir que estén presentes)
Dar la noticia	• Ser claros al comunicar la noticia • Mencionar el nombre de la persona fallecida y el parentesco con la persona que recibe la noticia "Sr/Sra.…lamento tener que decirle que debido a la condición grave de salud de su padre "…" hace una hora ha fallecido. Siento mucho tener que comunicarle está noticia • Explicar la evolución del paciente en las últimas horas, si el paciente estuvo confortable y si expreso algún deseo • Es fundamental comentarle a la familia que la persona no sufrió. "permítame comunicarle que su ser querido no ha sufrido, ha fallecido tranquilo, ya que la sedación le ayudo" • Permitir un momento para la expresión de emociones, validándolas
Cierre	• Informar sobre cuestiones técnicas o prácticas

FUENTE: TOMADO Y MODIFICADO DE CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (2020). *GUÍAS RÁPIDAS DE APOYO Y CONTROL SINTOMÁTICO EN PACIENTES AVANZADOS CON COVID-19. 2*, 32.

Documento Derogado

C. Limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en casos de COVID-19

1. Concepto: LET es la decisión de detener o no iniciar medidas terapéuticas porque en el estado del paciente son ya inútiles[3]

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

   - Que al intensivista o médico especialista a cargo del paciente, no le sorprenda que ese paciente puede fallecer en días u horas por su condición (evaluado por parámetros clínicos, de laboratorio y escalas pronosticas PapSCORE, APACHE, TRIAGE etc.) [4,5]
   - Si el paciente por voluntad propia decide no continuar con tratamientos que le prolonguen la vida. Si el paciente está inconsciente y en conversación con la familia, deciden no continuar con manejos con intención curativa.
   - Problemas crónicos de salud 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.

✔ Pacientes con cáncer y metástasis fuera de protocolo oncológico con intención curativa

✔ Enfermedad de Parkinson estadio V, Alzheimer estadio III, esclerosis lateral amiotrófica, paciente con muerte cerebral comprobada con ROT ausentes, pupilas dilatadas no reactivas, prueba de apnea positiva (no hace falta EEG).[6]

3. Medidas terapéuticas que se detienen o no se inician incluyen:[7]

- Ingresos a una unidad de cuidados críticos o intermedios.
- Soporte ventilatorio (ventilación mecánica invasiva).
- Maniobras de resucitación cardiopulmonar.
- Uso de aminas vasoactivas (sobre todo cuando el paciente esté en oliguria, anuria y presiones arteriales con tendencia a la baja).
- Alimentación asistida (enteral o parenteral) e hidratación intravenosa (en el contexto de agonía de pacientes COVID-19, estas dos medidas terapéuticas se consideran extraordinarias).
- Hemodiálisis o diálisis peritoneal.
- Transfusiones.
- Quimioterapia o radioterapia intensión curativa o paliativa.

D. Adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) en casos de COVID-19

1. Concepto: 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 paciente. [8]

2. Medidas menos invasivas procurando confort y calidad de vida.

- Uso de vía subcutánea para hidratar o reponer electrolitos, dejando de utilizar la vía intravenosa. También administrar medicamentos. [9]
- Usar anticolinérgicos (N-Butilhioscina) para secar las secreciones pulmonares o estertores (ver apartado de sedación paliativa o disnea refractaria).
- Usar morfina para disnea o dolor (ver sedación paliativa o disnea refractaria).

Documento Derogado

- No escalar oxigenoterapia.
- Cuidados esmerados de piel y mucosas, por parte del personal de enfermería.
- Movilizar un paciente de UCI a hospitalización, por que el pronóstico empeoró.

3. La forma en que, de manera progresiva, puede adoptar la adecuación, es la siguiente:

a) Limitación del ingreso en unidades de medicina intensiva y críticos.
b) Continuación del tratamiento, pero sin nuevas actuaciones terapéuticas.
c) Continuación del tratamiento, pero condicionada a una respuesta en un plazo determinado.
d) Retirada de algún tratamiento ya iniciado. Retirada de todo tratamiento.

4.Otras consideraciones éticas:

- Justicia distributiva: es la justa asignación de distribución de recursos sanitarios limitados. Además los protocolos de triage 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 que es el documento quasi-legal.[10]

- Deber de cuidar y no abandonar. No es ético abandonar al paciente, debe de existir un espacio para el cuidado paliativo.

- Responsabilidad en el trabajo, cuidando todas las normas de bioseguridad, avisar si hay fallos en el sistema. No arriesgarse ni exponerse ante condiciones extremas.

- Trabajo en equipo**,** 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: todo acto médico tiene un resultado querido y otro no querido. En la situación de sedación paliativa con fármacos sedantes el resultado querido siempre será evitar el sufrimiento, el efecto no querido podría ser el acortamiento de la vida, en ese caso este principio bioético resguarda al personal de salud. [12]

E. Manejo disnea refractaria-COVID-19

1. Concepto:

Disnea es la sensación subjetiva de falta de aire, “sensación de ahogo”, causada por problemas pulmonares descritos en la evolución del COVID-19 que van desde:

Documento Derogado

a) Enfermedad no complicada: síntomas locales de vías áreas superiores y síntomas inespecíficos.
b) Neumonía leve: confirmada con radiografía de tórax y sin signos de gravedad con SatO2 >90% en aire libre.

c) Neumonía grave: Falla orgánica (más de un órgano afectado) con SatO2 < 90% y/o frecuencia respiratoria de 30 respiraciones por minuto o más.

d) Distress respiratorio: hallazgos clínicos, hallazgos radiográficos con infiltrados bilaterales más déficit de oxigenación relacionado a la PaO2 / FiO2 (Kirby)

e) Sepsis: con estado confusional agudo, insuficiencia respiratoria, disminución de la diuresis, taquicardia y coagulopatía. Pudiendo llegar a choque séptico.

En estas circunstancias de enfermedad altamente transmisible, usar medicación de forma continua en infusión, para reducir las entradas innecesarias de enfermería en la habitación y disminuir riesgos de contagio. Se usan bombas de infusión o bombas elastoméricas.

Tabla 3: Tratamiento para confort disnea refractaria.

Síntoma	Medicamento	Dosis	Efecto Secundario
Disnea	Morfina Dexametasona	Dosis inicial: 2mg IV (en 10 ml de suero fisiológico directo) o SC cada 4 horas Infusión disnea refractaria: 15-30 mg cada 24 horas (a completar 100 ml con suero fisiológico), pautar "rescates" el 10 % de la dosis en 24 hrs y ajustar dosis según respuesta. Mantener 4 mg cada 12 horas o 4 mg /día (o de acuerdo a criterio médico)	Vigilar: neurotoxicidad: alucinaciones, mioclonías, confusión.
angustia ansiedad	Midazolam	Son muy efectivas las dosis muy bajas de midazolam (alrededor de 10 o 15 mg de midazolam en 24h). En la mayor parte de los casos, una perfusión intravenosa o subcutánea de midazolam aliviará y evitará la sedación paliativa por síntoma refractario	No descritos
Broncorrea / Estertores	Butilhioshina	20 mg a 40 mg cada 8 horas (IV o SC)	

Fuente: tomada y modificada The MD Anderson Supportive and PalliativeCareHandbooksixthedition 2019 6. Textbook of PalliativeCare. 2018. Springer International Publishing

4. Recomendaciones tras alta domiciliar

a) Continuar en aislamiento por lo menos 14 días y con vigilancia sanitaria.
b) En casa debe tener una habitación de aislamiento con todas las precauciones necesarias (habitación individual, uso de mascarilla, buena ventilación, mínimo contacto con familiares adecuado lavado de manos y no actividades al aire libre).

Documento Derogado

c) Apoyo psicológico y espiritual.
d) Comunicación con paciente y familia.

F. Delirium terminal en situación COVID-19

1. Concepto:

Se caracteriza por alteraciones en la conciencia y la atención asociadas a trastornos cognitivos, conductuales y perceptivos.

2. Se clasifica en:

a) Hiperactivo,
b) Hipoactivo y
c) Mixto.

3. Diagnóstico: Confussion Assessment Method (CAM)

a) Inicio agudo y curso fluctuante
b) Inatención.
c) Desorganización del pensamiento.
d) Alteración del nivel de conciencia.

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).[13]

Tabla 4 Protocolo de intervención de delirium

Medidas no farmacológicas	Oxigenoterapia	Medidas farmacológicas
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 Garantizar una iluminación adecuada. (9)	Recomendamos mantenerla hasta el final, incluso en situación de últimos días, resto de medidas de tratamiento de la insuficiencia respiratoria emplearlas siempre que estén indicadas. (10)	**Primera línea**: (11) Haloperidol 1-2 mg (IV o SC) cada 8 horas y hasta cada 2 horas (Dosis tope 20 mg en 24 horas) **Segunda línea**: (12) Risperidona 0.25-1 mg VO cada 12 horas Olanzapina 2.5-20 mg. VO al día Quetiapina 25-100 mg VO cada 12 horas Clorpromazina, 12.5-50 mg VO, IV. (Max 300 mg en 24 horas) cada 4 o 6 horas.

FUENTE: 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.

Documento Derogado

G. Sedación paliativa-COVID-19

1.Concepto:

Consiste en la administración deliberada 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.(14)
La sedación paliativa será la maniobra terapéutica que se utilizará en pacientes con síntoma refractario no recuperables y que no son candidatos a cuidados intensivos por COVID-19, que evolucionan desfavorablemente y tienen mal pronóstico a corto plazo.

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 COVID-19 esos plazos pueden ser tan cortos como unas pocas horas. Este tratamiento se puede realizar tanto en el hospital como en el domicilio, siempre que sea supervisado por un profesional de cuidados paliativos. Los síntomas refractarios más frecuentes son: disnea, dolor ocasionado por la tos, agitación terminal (delirium) o una hemorragia masiva por las complicaciones de CID.

2. Condiciones para que la sedación sea considerada ética y legalmente lícita (SECPAL)

En base a los principios éticos que son aceptables, sea cual sea la referencia cultural, moral o ética de cada individuo y que deben guiar la práctica clínica son: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

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 pérdida del estado de consciencia, se puede considerar suficiente el consentimiento expresado por un familiar responsable.
e) Evaluación interdisciplinar, decisión conjunta del equipo médico que atiende.

3.Procedimiento para sedación paliativa

a) Asegurar que se han puesto las medidas de alivio básicas antes de tomar la decisión de sedar:

Documento Derogado

- 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 por vía subcutánea). El paciente presenta una respiración más tranquila y eficaz, sin alterarse la gasometría.

- La angustia o la ansiedad está presente en muchos pacientes con COVID-19 y particularmente, la ansiedad provocada por el miedo a tener mucha dificultad para respirar o ahogarse, también es motivo de ansiedad, no poder contar con la presencia y el apoyo continuado de la familia son muy efectivas las dosis muy bajas de midazolam (alrededor de 10 o 15 mg de midazolam en 24 horas). En la mayor parte de los casos, una perfusión intravenosa o subcutánea intermitente 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.

- Como alternativa, si no hubiera midazolam disponible, podrían usarse neurolépticos típicos en dosis bajas como:
    - ✔ Clorpromacina: 25 – 50 mg cada 8-12 horas IV o IM, o 50 mg VO cada 12 horas, o

    - ✔ Haloperidol 5 mg IV o SC cada 6 u 8 horas, según respuesta.

- Consentimiento explícito del paciente.

- En el equipo debe de haber comunicación fluida y transparente sobre sedación paliativa.

b) Como inducción de la sedación: 5mg de midazolam + 5mg de morfina, vía subcutánea o intravenosa lenta.

Tabla 5. Administración de medicación en infusión continua de 24 horas

Medicación	Dosis 24 hrs	Presentación	Ampolla	Volumen
Morfina	30 mg	Amp. 10 mg/1|ml.	3	3 ml
Midazolam	45 mg	Amp. 15 mg/3ml.	3	9 ml
Buscapina	60 mg	Amp. 20 mg /1ml	3	3ml
Volumen Total:				15 ml

Fuente: Tomado y modificado Guía de sedación paliativa. Organización Médica Colegial (OMC) Sociedad Española De Cuidados Paliativos (SECPAL)

Documento Derogado

Tabla 6. Otros medicamentos asociados a sedación paliativa

Medicación	Dosis 24 hrs.	Presentación	Ampolla	Volumen
Clorpromazina	25-150mg/dia	Amp. 50mg/ml. (100mg/2ml)	6-9	6-9 ml.
Haloperidol	5g cada 6 hrs (20 mg en 24 hrs.)	Amp. 5 mg / 1ml.	4	4

Fuente: Tomado y modificado Guía de sedación paliativa. Organización Médica Colegial (OMC) Sociedad Española De Cuidados Paliativos (SECPAL)

Tabla 7. Como medir nivel de conciencia en la sedación paliativa

Nivel	Escala de Ramsay modificada (valoración sedoanalgesia):
I	Despierto, alerta, agitado, llanto riguroso, disneico, desorientado.
II	Letárgico, despierto al estímulo verbal, movimiento o llanto u otro síntoma débil.
III	Letárgico, solo despierta al estímulo doloroso, desorientado, más o menos confortable
IV	Ausencia de respuesta a cualquier estimulo físico, no movimientos, completamente confortable.

Fuente: Tomado y modificado Guía de sedación paliativa. Organización Médica Colegial (OMC) Sociedad Española De Cuidados Paliativos (SECPAL)

c) Se puede preparar en perfusor (bomba de infusión contínua), por vía intravenosa o subcutánea, diluyendo esas cantidades para hacer un total de 100 ml de volumen total con suero fisiológico. Se iniciará la perfusión continúa a 4 ml/h (aprox. 2 mg/h de Midazolam). Si se precisa, por sedación insuficiente, se podrá subir el ritmo de infusión +1 o +2 ml/hora, hasta cada hora o utilizar medicación de rescate.

c) Se puede preparar en infusor desechable de un solo uso, que se administrará de acuerdo al flujo y ritmo de las bombas en existencia.

H. Autocuidado para personal de salud atendiendo situaciones relacionadas a 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.
- ✔ Cuidarse para cuidar mejor.
- ✔ El personal de salud presenciará en un corto espacio de tiempo, importantes sufrimientos.
- ✔ Pesará el riesgo personal de ser infectados y las jornadas de trabajo intensas.
- ✔ Se deben tomar decisiones de las que dependerá de algún modo el pronóstico inmediato de los pacientes.

Documento Derogado

1. Signos de riesgo de pérdida de equilibrio emocional [15]

El primer paso es reconocer los posibles riesgos a los que se enfrenta el personal de salud.

Signos de estár experimentando estrés:

a) Sensaciones físicas corporales: palpitaciones, tensión y dolores musculares, dolores de cabeza, cansancio, problemas gastrointestinales, incapacidad para relajarse, dificultades de sueño.

b) Manifestaciones cognitivas: confusión, dificultades para concentrarse, resolver problemas o tomar decisiones. Dificultades para recordar instrucciones o para ver las situaciones con claridad.

c) Manifestaciones emocionales: estado de shock, miedo, enojo, frustración, irritabilidad, tristeza intensa, culpa, desesperanza, bloqueo emocional, dificultad para expresar emociones, dificultad para mantenerse equilibrado.

d) Dificultades de relación con otras personas.

2.Prevención de estrés en el ámbito de COVID- 19

El personal de salud debe realizar las siguientes acciones:

a) Identificar claramente cuál el rol a desempeñar.
b) Conocer la sintomatología, clínica, así como las medidas preventivas del contagio, ya que van a dar seguridad, confianza y menor estrés
c) Revisar la normativa emitida antes de entrar, para ir más confiado en cuanto a qué hacer.

3. Preparar un plan en casa o para la salida del trabajo

El personal de salud debe plantearse las siguientes intervenciones:

a) Intentar abordar de manera sencilla la situación en casa, hablando de ella con los familiares, tranquilizándoles en la medida de lo posible, es normal que estén preocupados por tu situación.
b) Crea un plan de comunicación que te permita estar conectado con los familiares a los que no puedes ver estos días.

Documento Derogado

4. Manejo del estrés mientras atiendes pacientes [16]

a) Toma precauciones que ayuden a reducir el estrés
b) Intenta tener sensación de control.
c) Controla aquello que puedas hacer para reducir el estrés de la situación:
d) Protégete empleando siempre el equipo de protección personal recomendado.
e) Verifica cuál es tu tarea y la de los que están más cercanos a ti.
f) Comunícate y revisa con tus compañeros, de manera regular, cómo estás/cómo están. Fomenta la expresión de emociones.
g) Identifica tus señales personales de estrés.
h) En la medida de lo posible, intenta llevar una rutina que incluya maneras constructivas de reducir el estrés.

5. Técnicas de manejo del estrés

a) Reduce la tensión física haciendo estiramientos o tomando inspiraciones profundas.
b) Intenta pensar con tranquilidad en algunos minutos libres.
c) Habla con otros compañeros sobre las emociones y reacciones que estás viviendo.
d) Saber dar y recibir ayuda a otros, puede ser muy importante para ti y los que te rodean.
e) Acostúmbrate a dar y recibir gratificación, el agradecimiento es valor intangible en este momento.
f) Reconoce tus síntomas personales de distrés y acepta instrucciones de otros cuando te vean mal o con necesidad de parar un momento.
g) La empatía es fundamental para ayudar a los pacientes, pero intenta evitar la sobre-identificación para reducir el impacto. El personal de salud se necesita íntegro y lucido.

h) Existen momentos en los que se puede sentir llegar al límite de la capacidad de estar continuamente atendiendo con empatía a los pacientes (fatiga de la compasión), ante lo cual se debe procurar estar atento y si te sientes así, habla con alguien tu equipo para pedir apoyo.

6. Auto-cuidado después de las intervenciones

Lista de autocuidado

Siempre descansar será lo fundamental, esta tabla puede brindarte información sobre tu cuidado.

Documento Derogado

Tabla 8: Lista de autocuidado para personal de cuidados paliativos

Marque cada elemento completado en los últimos 7 días	
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	
Éxito total: ≥ 8 puntos; éxito parcial: 4-8 puntos; < 4 puntos: intentar durante la próxima semana	

Fuente: Eduardo Bruera. Md Anderson Cancer Center. Lista de Autocuidado personal de Cuidados Paliativos.

I. Espiritualidad

1. "Animándote espiritualmente en el final de vida". [17]

Ante la desesperanza del COVID-19

Estar junto a una persona que sufre, consolar en el duelo o responder a preguntas sobre el sentido del sufrimiento, no es fácil:

a) Es importante, ante todo tratar a los pacientes como personas y no como enfermedades.

b) Acercarse a los pacientes de un modo diferente a lo acostumbrado.

c) La presencia de rostros tristes y deprimidos no es grata, el paciente no desea sentirse objeto de compasión, sino sentirse amado; no desea ser tratado con temor, sino con respeto y comprensión.

d) El mayor consuelo que se puede ofrecer a los demás es nuestra presencia, escuchando, recordando el pasado, velando su silencio y su deceso.

Documento Derogado

2.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 paciente:

a) Facilitar devocionarios, biblias o libros espirituales, meditaciones, oraciones, videos de celebraciones religiosas en los teléfonos. Llamadas telefónicas de voluntarios o agentes pastorales. Favorecer que sus familiares se puedan acercar.

b) Para los pacientes delicados en cuidados intensivos, coordinar con la familia un momento de oración a través de una grabación o video conferencia, entre otros medios. Es importante el acceso a un teléfono móvil para este momento, ya que el personal de UCI, generalmente no tiene acceso inmediato a sus teléfonos.

c) Preguntar a la familia si desean llevarles imágenes, estampas, rosarios, u otros artículos religiosos para colocarlos en las camas de los pacientes.

J. Duelo y despedida de los familiares ante esta emergencia del mundo con la pandemia COVID-19

La pandemia por COVID-19 es una nueva experiencia que se debe enfrentar con valentía, para realizar las despedidas de amigos y seres queridos víctimas de la enfermedad y poder realizar los ritos de cierre y trabajar el duelo.

a) Son muchos los momentos de la vida en los cuales se manifiesta amor y compañía, estos recuerdos deben formar parte del adiós.

b) Ante la despedida de una persona que se encuentra en el final de su vida, aunque no conteste, generalmente escucha, puede que sea el último momento junto a ese ser querido, por lo cual se le puede transmitir tranquilidad. Informándole que toda la familia está acompañándole, que no está solo.

c) Lo más importante es ser conscientes de que el rito de la despedida es importante para e familiar por que necesita realizar cierre y despedida, no para el que fallece.

d) Debe darse la oportunidad de llorar, tomar tiempo en el día, para poder pensar en el ser que se ha perdido y lo que significaba.

Documento Derogado

e) Es normal que aparezcan sentimientos de culpa por no haber podido estar a su lado en el momento final.

f) Ser consciente de las limitaciones que implica la crisis sanitaria mundial.

g) Es importante sentir acompañamiento, conéctate con tus amigos, personas de confianza y exprésales tu pena y dolor.

h) Pide ayuda, reconócete vulnerable fortalece tus creencias religiosas, no temas mostrar tú fragilidad.

K. Cuidados paliativos pediátricos en situación de pandemia por COVID-19.

Los cuidados paliativos pediátricos (CPP) constituyen una subespecialidad emergente de la pediatría que, desde sus inicios busca mejorar la calidad de vida de pacientes y la atención de sus padres. Su principal objetivo es brindar confort a los pacientes pediátricos, así como asistencia espiritual y física, mediante el alivio farmacológico y no farmacológico de síntomas, el apoyo social y el acompañamiento a sus familias.

Es importante conocer en qué categoría clasificaremos los casos de pacientes infectados por el COVID-19, así como correlacionar con las patologías que pudiese tener el paciente.

Tabla 9 Ejemplos de enfermedades en las cuales los niños se benefician al recibir cuidados paliativos pediátricos

Categoría	Descripción de la categoría	Ejemplos
1	Enfermedad o condición que amenaza la vida con posibilidad de tratamiento curativo, pero que puede fallar	Cáncer, falla hepática, renal o cardíaca irreversible
2	Condiciones en las cuales la muerte prematura es inevitable	Enfermedades metabólicas como mucopolisacaridosis, enfermedades neurodegenerativas como distrofia muscular de Duchenne
3	Condiciones progresivas sin opción de tratamiento curativo	Fibrosis quística anemia de células falciformes VIH/inmunodeficiencias
4	Condiciones irreversibles, pero no progresivas que causan discapacidad grave, que conduce a la susceptibilidad a las complicaciones de la salud y la probabilidad de muerte prematura	Déficit neurológico grave no progresivo o múltiples discapacidades secundarias a trauma raquimedular, infecciones, prematurez extrema, entre otras

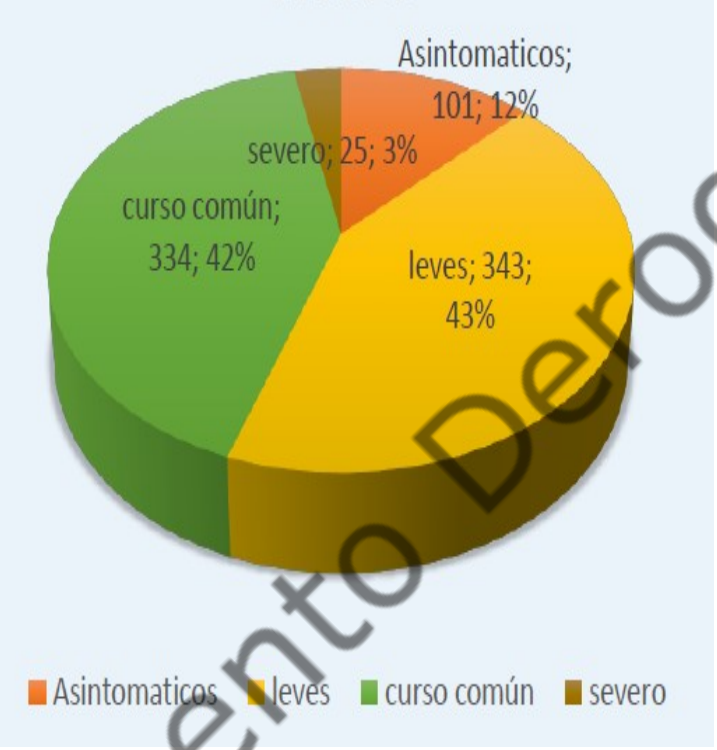
Fuente: Tomado y mofificado Cuidado paliativo pediatrico, Carlos Alfonso Chavarroa, Luis Felipe Trianab, Ximena Garcia MD. Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.

Documento Derogado

1. COVID-19 en pediatría

Al analizar el curso clínico se cuenta con la información de 803 pacientes, su distribución de severidad se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfico 1: Curso clínico COVID-19 pediatría



Fuente: Grupo de estudio Infección por Coronavirus en niños de la Asociación Colombiana de Neumología pediátrica Colombia, COVID-19 EN NIÑOS COLOMBIA, Asociación colombiana de neumología.

b) Sintomatología

Se han reportado síntomas gastrointestinales como diarrea, náuseas y vómito, que podrían o no preceder los síntomas respiratorios. Algunos pacientes tienen síntomas neurológicos, como cefalea, alteración de la conciencia; estos síntomas se han monitoreado en la evaluación de severidad.

Documento Derogado

Tabla 10. Síntomas por grupo de edad

Edad	Generalidades	Síntomas	Severidad
<1 mes	Síntomas inespecíficos respiratorios y gastrointestinales 3 estudios	2 fueron asintomáticos De los sintomáticos 41% fiebre, 83% síntomas respiratorios	2 pacientes tuvieron curso crítico, 1 falleció, el otro se recuperó
1 mes a 1 año	3 estudios Todos fueron sintomáticos	50% tuvieron fiebre, 36% síntomas respiratorios	No se describen pacientes en estado crítico
>1 año	14 estudios, 98 asintomáticos	Fiebre 65%, Síntomas respiratorios 69%	Se reportaron 23 pacientes graves, no muertes

FUENTE: GRUPO DE ESTUDIO INFECCIÓN POR CORONAVIRUS EN NIÑOS DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA COLOMBIA, COVID-19 EN NIÑOS COLOMBIA, ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGÍA

c) Comunicación

El intercambio verbal y no verbal que se realiza con otra persona, pretende transmitir un significado y una intencionalidad (el deseo de ser comprendido y de comprender al otro). Por tanto, en la comunicación se debe tener en cuenta la edad del interlocutor y su estado de ánimo, para que nuestros mensajes sean correctamente interpretados.

Cuando el interlocutor es un niño, se debe acercar el lenguaje y tratar de establecer una comunicación directa con él. Es evidente que la conversación correrá por caminos diferentes, si el niño es menor de cinco años o es un adolescente.

Se debe prestar atención tanto a lo que se dice (comunicación verbal) como a la forma de decirlo (comunicación no verbal), evitando frases hechas o intervenciones paternalistas. en ocasiones hay que saber esperar a que el niño quiera comunicarse (saber respetar sus tiempos) y sobre todo, saber escuchar. La escucha activa es, a menudo, una gran arma terapéutica: estar atento a lo que el paciente dice, a lo que no dice, sus necesidades y miedos, etc., pero se habrá creado un espacio de intimidad en el cual la comunicación sea parte de los cuidados, incluido el uso terapéutico del silencio [19]

Las habilidades para comunicarse con un niño enfermo incluyen:

1. Escuchar cuidadosamente y dejar que el niño se exprese según su capacidad y desarrollo cognitivo.
2. No mentir.
3. Utilizar términos comprensibles y adaptados a los niños.
4. Respetar sus creencias y no contradecir costumbres familiares.
5. Hablar con los padres en presencia del niño.

Documento Derogado

6. No usar “frases hechas” y vacías de contenido.
7. Comunicarse siempre con empatía y calidez. Responder con honestidad a las preguntas del niño, pero no ir más allá de sus preguntas.
8. Responder con la verdad (adecuada al niño y cada momento).
9. Respetar los ritmos y los tiempos del niño.
10. Ser capaces de reconocer que no sabemos todo, que hay preguntas sin respuesta.

d)Espiritualidad

Todos los humanos tenemos una dimensión espiritual, que puede ser religiosa o no, profundamente personal y subjetiva, pero universal. En el niño, no hace falta responder a preguntas (de las que muchas no tenemos respuesta) sino sentarse a su lado, escuchar sus preguntas y sus miedos, acompañarlo... no saber responder puede ser un lugar de fortalecimiento de la relación y tranquilizador para el niño o adolescente. Es posible que el “dolor espiritual” deba ser incluido en la lista de “dolores” que hay que tratar en el niño enfermo y en su familia.

La espiritualidad no tiene por qué expresarse en un lenguaje o práctica religiosa formal o tradicional. La espiritualidad es el conjunto de pensamientos, valores, conceptos, ideas, ritos y actitudes a través de los cuales articulamos nuestra vida y buscamos el sentido, el propósito y la trascendencia.

La espiritualidad no está restringida a una denominación religiosa (sistema de creencias y prácticas ritos, personales o colectivas, para conocer y conectarse con lo divino o sagrado, de tipo espiritual y moral).

La espiritualidad en el niño es dinámica como su ser, crece, cambia, responde al entorno, a su familia y a los demás. Es única y personal. El niño es un “curioso espiritual” con alto grado de apertura e interés por dar respuestas.

Cada niño es único y se debe ser flexible cuando se ofrece cuidado espiritual. El niño es consciente de lo que está sucediendo en su cuerpo y en su mundo interno, que lleva a la necesidad de compañía, escucha activa, silencios respetados.

e) Duelo

La muerte de un ser querido es uno de los acontecimientos vitales más estresantes que ha de afrontar el ser humano. Sin embargo, el duelo es un proceso normal y cumple una función de adaptación, pudiendo contribuir al crecimiento personal.

Sin embargo, se debe tomar en cuenta que la muerte de un niño es algo que la sociedad lo ve como algo antinatural, lo cual deberemos tomar en cuenta al momento de abordarlo, sobre todo

Documento Derogado

si la salud previa del paciente era buena y se debe afrontar su muerte de forma repentina, razón por la cual, sus familiares deben ser referidos a centros de autoayuda psicológica por teleconsulta, establecidos por el MINSAL durante la pandemia COVID-19.

Pautas básicas de actuación en el duelo:

- Informar
- Facilitar la expresión de sentimientos y emociones
- Empatizar, escuchar, apoyar, acompañar y respetar
- Valorar la comunicación verbal
- Evitar frases hechas y consejos
- No juzgar
- Mostrar disponibilidad
- Movilizar la red de apoyo social y los recursos comunitarios existentes
- Promover "ayuda práctica" y favorecer que su entorno cercano también lo haga preguntar con qué redes de apoyo cuente en el momento de notificar el fallecimiento.

f) Fármacos y dosis en pediatría que serán útiles conocer durante la pandemia COVID-19.

Tabla 11. Paracetamol uso endovenoso

Peso del paciente	Dosis por administración	Volumen por administración	Volumen máximo por administración calculado según el peso superior de cada intervalo (ml)*	Dosis Máxima Diaria
≤ 10 kg	7,5 mg/kg	0,75 ml/kg	7,5 ml	30 mg/kg
> 10 kg a ≤33 kg	15 mg/kg	1,5 ml/kg	49,5 ml	60 mg/kg sin exceder 2 g
> 33 kg a ≤50 kg	15 mg/kg	1,5 ml/kg	75 ml	60 mg/kg sin exceder 3 g
> 50 kg con factores de riesgo adicionales de hepatotoxicidad	1 g	100 ml	100 ml	3 g
> 50 kg y sin factores de riesgo adicionales de hepatotoxicidad	1 g	100 ml	100 ml	4 g

***Los pacientes de menor peso requieren volúmenes más pequeños.**

Fuentes: tomado en modificado de *Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, AEMPS* PARACETAMOL DE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA (IV): CASOS DE ERRORES DE DOSIFICACIÓN Modificación de 10 de mayo de 2012 (ver nota al final), Fecha de publicación: 29 de marzo de 2012.

Documento Derogado

Tabla 12.Analgésicos no opioides vía oral

Fármaco	Neonatos (0-29 días)	Lactantes 30 días -3 meses	Lactantes 3-12 meses y niños de 1-12 años	Dosis máxima diaria
Paracetamol	5-10 mg/kg cada 6-8 horas	10 mg/kg cada 4-6 horas	10-15 mg/kg cada 4-6 horas *	Neonatos, lactantes y niños: 4 dosis diarias
Ibuprofeno			5 -10 mg/kg cada 6 -8 horas	Niños: 40 mg/kg/día

* máximo 1 gramo por dosis

Fuente: Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas Organización Mundial de la Salud. Arch Pediatr Urug 2013; 84(2): 143-145

Tabla 13. Dosis de inicio de morfina para lactantes que nunca han recibido opioides (1 mes-1año)

Vía de administración	Dosis
Oral (liberación inmediata)	0,08–0,2 mg/kg cada 4 horas
Inyección IV *Inyección SC	1–6 meses: 0,1 mg/kg cada 6 horas 6-12 meses: 0,1 mg/kg cada 4 horas
Infusión IV	1-6 meses: dosis inicial IV:0,05 mg/kg, seguir con:0,01–0,03 mg/kg/hora, 6-12 meses: dosis inicial IV:0,1-0,2 mg/kg, seguir con:0,02-0,03 mg/kg/ hora
Infusión SC	1-3 meses: 0,01 mg/kg/ hora 3-12 meses: 0,02 mg/kg/ hora

*Administración lenta de morfina durante al menos 5 minutos i/v: intravenosa; s/c: subcutánea

Fuentes: Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas Organización Mundial de la Salud. Arch Pediatr Urug 2013; 84(2): 143-145

Tabla 14. Dosis de inicio de morfina para niños que nunca han recibido opioides (1-12 años)

Vía de administración	Dosis
Oral (liberación inmediata)	1-2 años: 0,2-0,4 mg/kg cada 4 horas 2-12 años: 0,2-0,5 mg/kg cada 4 horas (máximo 5 mg)
Oral (liberación retardada)	0,2-0,8 mg/kg cada 12 horas
Inyección IV* Inyección SC	1-2 años: 0,1 mg/kg cada 4 horas 2-12 años: 0,1-0,2 mg/kg cada 4 horas (máximo 2,5 mg)
Infusión IV	Dosis inicial i/v: 0,1-0,2 mg/kg*, seguir con: 0,2-0,3 mg/kg/hora
Infusión SC	0,02 mg/kg/hora

* administración lenta de morfina durante al menos 5 minutos

Fuentes: Directrices de laOMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas Organización Mundial de la Salud.ArchPediatrUrug 2013; 84(2): 143-145

Documento Derogado

g) Fármacos utilizados para el tratamiento del delirum en pediatría.

1.Midazolam:

De elección en cualquier síntoma refractario excepto el delirium, pero deberá ser contemplado para intensificar la sedación en la refractariedad del medicamento de elección. Tiene una vida media de 2-5 horas, por lo que los bolos se pautan cada 4 horas. Diluir en solución salina normal y administrar en 10 minutos, no utilizar en neonatos, se recomienda usar arriba de los 6 meses de edad [20]

Tabla 15. Dosis de midazolam

Vía de administración	6 meses-5 años	6-12 años	12-16 años	Sedación profunda para la ventilación mecánica.
Inyección IV	Inicial: 0,05-0,1 mg/kg, pueden ser necesaria dosis hasta 0.6 mg/kg.	Dosis inicial 0,025- 0,05 mg/kg, pudiendo incrementar hasta dosis total de 0.4 mg/kg	Dosis de adultos, la dosis total máxima: 10 mg.	Dosis de carga: 0,05-0,2 mg/kg, seguida de una perfusión continua a dosis iniciales de 0.06-0.12 mg/kg/hora (1-2 mcg/kg/minuto).

Fuente: Neofax 2011. 24th. A manual of drugsused in Neonatal Care. Thonson Reuters ISBN: 978-1-56363-789-6 Fecha de actualización: Junio 2016. La información disponible en cada una de las fichas del Pediamécum ha sido revisada por el Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría.

2.Clorpromazina: en mayores de 6 meses de edad de 0.5 -1 mg/kg dosis vía oral o endovenosa cada 4 o 6 horas. [21]

3.Fenobarbital

Tabla 16. Dosis de Fenobarbital

Vía Administración	Neonatos (0-29 días)	1-12 meses	1-5 años	6-12 años	> 12 años
Inyección i/v	3 a 5 mg/kg / día dividido en 2 dosis	5-6mg/kg/ día repartirlo en 2 dosis.	6-8mg/kg/día repartirlo en 2 dosis	4-6 mg/kg/día repartirlo en 2 dosis.	1-3 mg/kg/día repartirlo en 2 dosis

Fuente: Neofax 2011. 24th. A manual of drugsused in Neonatal Care. Thonson Reuters ISBN: 978-1-56363-789-6 Fecha de actualización: Junio 2016. La información disponible en cada una de las fichas del Pediamécum ha sido revisada por el Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría.

Documento Derogado

4– Haloperidol

Tabla 17. Dosis recomendadas de haloperidol intravenoso (IV) para el delirium pediátrico hiperactivo

Edad (años)	Peso (kg)	Dosis de carga máxima (IV)	Dosis de mantenimiento (IV)	Dosis máxima (IV)
0-1	3,5-10	0.05 mg en 30 minutos	• Se desconoce la dosis exacta • 0.01-0.05 mg/kg/día, divididos en 2-4 tomas diarias	Desconocida
1-3	10-15	0.15 mg en 30 minutos	0.025 mg/kg/día divididos en 2-4 tomas diarias	Desconocida
3-18	> 15 kg	0.3-0.5 mg en 30 minutos	0.05 mg/kg/día divididos en 2-4 tomas diarias	• Desconocida en niños menores de 16 años • 16 años o más: 5 mg divididos en 2-4 tomas

Fuente: DELIRIUM PEDIÁTRICO UN ABORDAJE PRÁCTICO Jan N. M. Schieveld, Erwin Ista, HennieKnoester&Marja L. MolagEditores: Daniel Martínez Uribe, Matías Irarrázaval &Andres Martin Traductores: Jon Iñaki Etxeandia Pradera, Joaquín Gil Badenes, Beatriz Ortega, Paula Cox

Tabla 18. Dosis recomendadas de haloperidol y risperidona por vía oral (VO) para delirium pediátrico hiperactivo.

Las dosis orales de haloperidol y risperidona son las mismas.

Peso (kg)	Dosis de carga (mg) (VO)	Dosis de mantenimiento (mg) (VO)	Dosis máxima (mg) (VO)
<45 Kg	0.02 mg/kg	0.01-0.08 mg/kg/día divididos en 2-4 tomas	4 mg/día divididos en 2-4 tomas
>45 Kg	• 0.5-1 mg • Máximo 2 mg/día, divididos en 2-4 tomas	0.01-0.08 mg/kg/día divididos en 2-4 tomas	• 6 mg/día divididos en 2-4 tomas. • Dosis >6 mg no han sido estudiadas

Fuente: DELIRIUM PEDIÁTRICO UN ABORDAJE PRÁCTICO Jan N. M. Schieveld, Erwin Ista, HennieKnoester&Marja L. MolagEditores: Daniel Martínez Uribe, Matías Irarrázaval &Andres Martin Traductores: Jon Iñaki Etxeandia Pradera, Joaquín Gil Badenes, Beatriz Ortega, Paula Cox

Documento Derogado

V. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal del SNIS, dar cumplimiento a los presentes Lineamientos técnicos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

b) Revisión y actualización

Los presentes lineamientos técnicos, han sido elaborados en respuesta a la situación epidemiólogica actual y con el conocimiento disponible a la fecha y podrán ser revisados ante cambios en el contexto o nuevas evidencias sobre el comportamiento del COVID-19.

c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto por los presentes Lineamientos técnicos, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

VI. Vigencia

Los presentes Lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.

San Salvador a los 24 días del mes de junio de dos mil veinte

MINISTERIO DE SALUD
SAN SALVADOR
REP. DE EL SALVADOR, C.A.

Dr. Francisco José Alabí Montoya
Ministro de Salud *Ad honórem*

Documento Derogado

VII. Referencias bibliográficas

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 life-limiting illness, and their caregivers. *The Medical Journal of Australia*, *186*(12), S77. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01100.x

3. J. Solís García del Pozo – I. Gómez Pérez, "El límite del esfuerzo terapéutico en las publicaciones médicas españolas", cit, p. 650.

4. https://www.mdcalc.com/apache-ii-scorehttps://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia305-articulo-validacion-del-indice-pronostico-supervivencia-X1665920114582018

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 http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/02/doc_necpal_ccoms-ico_instrumento.pdf

6. 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. https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/experiencias.ficheros/1133891-DOCUMENTO+SOBRE+LA+ADECUACION+DEL+ESFUERZO+TERAPEUTICO.pdfttps://www.saludcastillayleon.es

9. 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_C uidados_Paliativos

10. 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 6http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/02/doc_necpal_ccoms-ico_instrumento.pdf

Documento Derogado

11. 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 http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/02/doc_necpal_ccoms-ico_instrumento.pdf

12. 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/S0718- 34372008000300005.

13. ZJ Lipowski, Delirium (acute confusional states), JAMA 258 (1987) 1789-1792

14. Guía de sedación paliativa. Organización Médica Colegial (OMC) Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)

15. American Psychiatric Association (APA), Diagnostic and Statitical Manual of Mental Disorders, 4th ed, text revisión (DSM-IV-TR) (2000).

16. Martínez M, Centeno C. Equipo de cuidados paliativos y burnout. En: Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas.

17. Intervención psicológica y espiritual. 2016. Obra Social la Caixa.

18. Grupo de estudio Infección por Coronavirus en niños de la Asociación Colombiana de Neumología pediátrica Colombia, COVID-19 EN NIÑOS COLOMBIA, Asociación colombiana de neumología.

19. Rev Pediatr Atención Primaria vol. 17 no.66 Madrid abr. / Jun. 2015 http://dx.doi.org/10.4321/ S1139-7632201500030002

20. Neofax 2011. 24th. A manual of drugsused in Neonatal Care. Thonson Reuters ISBN: 978-1-56363-789-6 Fecha de actualización: Junio 2016. La información disponible en cada una de las fichas del Pediamécum ha sido revisada por el Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría.

21. DELIRIUM PEDIÁTRICO UN ABORDAJE PRÁCTICO Jan N. M. Schieveld, Erwin Ista, HennieKnoester&Marja L. MolagEditores: Daniel Martínez Uribe, Matías Irarrázaval &Andres Martin Traductores: Jon Iñaki Etxeandia Pradera, Joaquín Gil Badenes, Beatriz Ortega, Paula Cox

Documento Derogado