



LA ENFERMEDAD “COVID-19” MERECE COMPASIÓN Y ATENCIÓN DEL DOLOR EN QUIEN LA PADECE

La revista Lancet en su editorial del 11 de abril de 2020 (1) *“Palliative care and the COVID-19 pandemic”*, nos recuerda la dificultad para el acceso de calidad a una atención de cuidado paliativo ya presente en el mundo y ahora más evidente por la presión que los sistemas de salud sufren por la pandemia del SARS-CoV-2/ COVID-19. Dicha situación, es más marcada en los países en vías de desarrollo como Colombia.

La COVID-19 pone en una situación crítica al personal de salud encargado de la atención de pacientes enfermos severamente, quienes tienen que decidir a cuáles pacientes no es posible brindar intervenciones en unidad de cuidado intensivo, debido a la escasez de equipos biomédicos, camas y elementos de protección personal. A su vez, muchas personas, incluyendo a trabajadores del área de la salud han fallecido en situaciones de aislamiento sin el acompañamiento de sus seres queridos.

La OMS en su documento de *“Guía Operativa para Mantener Servicios de Salud Esenciales Durante la Pandemia”* (2), no menciona los servicios de cuidado paliativo, lo cual hace que, desde la política pública de respuesta a la pandemia, esta atención sea pasada por alto.

La gran pregunta es: ¿Qué podemos hacer en Colombia?

Primero recordemos que los cuidados paliativos en Colombia están reglamentados por la Ley 1733 de 2014, cuyo objeto es asegurar el derecho que tienen las personas de recibir un tratamiento integral, digno y humano, con la pertinencia científica que recomiendan las guías de práctica clínica y la inclusión obligatoria del alivio del dolor, el sufrimiento y otras necesidades del paciente y de su familia, considerando además la autonomía del paciente, como un principio de la bioética, para desistir de manera voluntaria a tratamientos e intervenciones que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente, específicamente en casos en que haya diagnóstico de una enfermedad en estado terminal crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida (3).

La resolución 825 de 2018 da lineamientos acerca del cuidado paliativo y el derecho a morir con dignidad de niños y adolescentes (4).

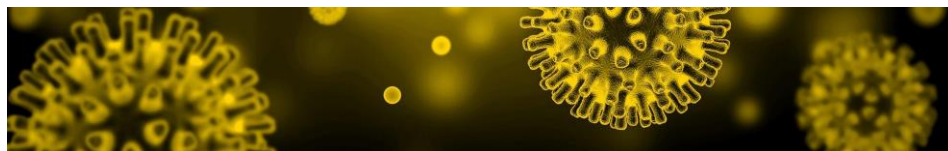
Esta normatividad ratifica en las leyes, una de las obligaciones que tenemos por vocación: Aliviar el sufrimiento humano.



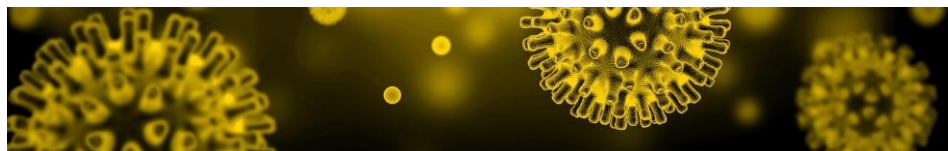
En concordancia a lo anterior y en buena hora, la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACC Paliativos <https://www.accpaliativos.com/>) publicó sus recomendaciones para la atención de pacientes durante la pandemia (5), a continuación se presenta un resumen de estas y el lector interesado las puede descargar en el siguiente link: <https://www.accpaliativos.com/wp-content/uploads/2020/04/Recomendaciones-COVID19-ACCP.pdf>

1. Grupos objeto de cuidados paliativos durante la pandemia:

- a. Población con enfermedades crónicas, progresivas, irreversibles e incurables, que reciben manejo de soporte y que la infección por COVID-19 puede exacerbar y complicar.
- b. Población con o sin patologías crónicas de base que adquieren infección por COVID-19 en quienes se requiere establecer conversaciones difíciles con respecto al triage, coordinación de la atención y los objetivos de tratamiento individuales.
- c. Población con o sin patologías crónicas de base que adquieren COVID-19 con documento de voluntades anticipadas con disenso de medidas invasivas (ventilación mecánica, unidad de cuidados intensivos) y se requiere intervención por presencia de síntomas severos, refractarios o en inminencia de falla respiratoria.
- d. Población con o sin patologías crónicas de base que adquieren COVID-19 severo, no tributario a medidas invasivas (ventilación mecánica, unidad de cuidados intensivos), que requiere manejo de soporte sintomático e intervención integral interdisciplinar al paciente y su familia
- e. Población con o sin patologías crónicas de base que adquieren COVID-19 desarrollando síntomas severos, con curso refractario a manejo médico y en quien se requiere reorientación de objetivos terapéuticos hacia medidas de confort, incluido el desmonte de ventilación mecánica.
- f. Profesionales de la salud que atienden pacientes con COVID-19 en los diferentes niveles de atención y requieren apoyo en la toma de decisiones difíciles junto con los servicios tratantes y los comités de ética, en la reorientación de los objetivos terapéuticos, y en la comunicación de malas noticias.
- g. Familiares de pacientes con COVID-19 que requieren apoyo en conversaciones sobre la toma de decisiones junto con el servicio tratante, el intercambio de información clínica y pronóstica, así como el acompañamiento en duelo.



2. Se recomienda entablar al ingreso del paciente y su familia una conversación con respecto a las voluntades anticipadas para la planificación de la atención. Se debe hacer una revisión periódica de este aspecto en la medida que cambie la condición clínica.
3. Manejo de síntomas:
 - a. Fiebre:
 - Acetaminofén oral si hay tolerancia. De lo contrario Acetaminofén endovenoso 1 gramo cada 8 horas, considerando reducción de la dosis en anciano frágil, falla renal o elevación de transaminasas.
 - Si hay refractariedad, usar dipirona a necesidad, sin superar 5gr en 24 horas.
 - Medios físicos locales.
 - b. Disnea:
 - Oxígeno complementario
 - Decúbito prono o inclinación hacia adelante si el paciente está sentado.
 - Técnicas de relajación
 - Morfina 1 - 2 mg Sc/IV cada 4 horas. Si hay tolerancia con las primeras dos dosis, iniciar infusión a 0.5 - 1 mg/h según severidad. Rescates del 10% de la dosis diaria. Titular dosis de acuerdo a necesidad incrementando hasta un 30 % si no hay respuesta o disminuyendo 50% si hay signos de neurotoxicidad.
 - Si hay falla renal o intolerancia usar hidromorfona 0.3 a 0.4 mg Sc/lv cada 4 horas u oxicodona en el mismo protocolo que la morfina.
 - Si hay agitación o inquietud por disnea usar midazolam 2 mg sc/lv a necesidad.
 - Pacientes en fin de vida, iniciar sedación paliativa.
 - c. Tos:
 - Antitusivos o codeína si no hay falla renal.
 - Humidificación del oxígeno complementario.
 - En ausencia de disnea, Dihidrocodeína (12.1/5 ml) 5 ml cada 8 horas o acetaminofén con codeína (325 mg+8-30 mg) cada 6 horas
 - Si no hay tolerancia a la vía oral iniciar morfina 1 - 2 mg Sc/lv cada 4 horas teniendo en cuenta el protocolo de disnea.
 - No se recomiendan los corticosteroides para la tos.
 - d. Secreciones bronquiales:
 - Butilbromuro de hioscina 20 mg IV/SC cada 6 a 8 horas
 - Bromuro de ipratropio cada 6 a 8 horas en inhalador de polvo seco
 - No realizar fluidificación de secreciones o nebulizaciones por aumento de riesgo de generar aerosoles.



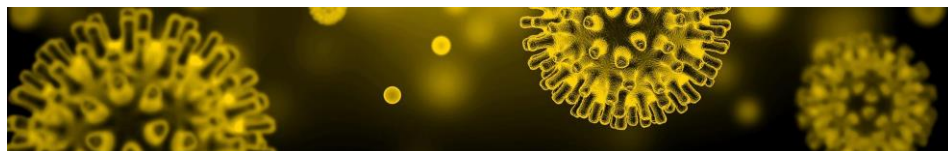
e. Delirium:

- Medidas preventivas y manejo no farmacológico
- Identificar y tratar causas orgánicas
- Asegurar una adecuada orientación: recordar fecha, hora, lugar, mantener cerca dispositivos de ayuda visual y/o auditivas como gafas y auriculares respectivamente.
- Manejo farmacológico en pacientes en manejo con Lopinavir/Ritonavir o antimalaricos:
 - I. Olanzapina dosis inicial de 2.5 a 5 mg por vía oral cada 12 a 24 horas, o
 - II. midazolam 2 a 3 mg IV/SC a necesidad
- Manejo farmacológico en pacientes que NO estén en tratamiento con Lopinavir/Ritonavir o antimaláricos:
 - I. Delirium hiperactivo:da haloperidol 1-2 mg IV/SC a necesidad. Considerar uso por horario cada 6 a 8 horas si el síntoma es persistente (máxima dosis 15 mg día)
 - II. Insomnio por intranquilidad o agitación nocturna, considerar uso de quetiapina 12.5 a 25 mg por vía oral antes de acostarse o levomepromazina 6 mg (6 gotas) antes de acostarse, con posibilidad de repetir la dosis si persiste el síntoma.

f. Manejo del dolor:

- Paciente naïve para opioide:
 - I. Acetaminofén oral o Iv inicial o en dolor leve
 - II. Opiode débil (codeína, hidrocodona o tramadol) si dolor moderado o persiste a pesar de acetaminofén
 - III. En dolor persistente o severo Morfina oral a dosis de 3 a 4 mg orales (2 a 3 gotas) cada 6 horas. Si no tolera vía oral considerar inicio de morfina venosa. Si hay falla renal o intolerancia usar hidromorfona u oxicodona.
- Paciente en manejo con opioide:
 - I. Si el paciente tiene control con el opioide que viene usando, continuar
 - II. En caso de no tener control de dolor se recomienda el aumento de un 20 - 25% de su opioide base y dejar rescates 10% de la dosis.
 - III. En caso de pérdida de via oral rotación equianalgésica a opioide intravenoso.

g. Informar a los pacientes que permanezcan conscientes de su evolución. Buscar estrategias y organizar el equipo para comunicarse con la familia y mantenerla informada.



h. Considerar intervenciones de manera telefónica por parte de los diferentes profesionales del equipo tanto al paciente como a sus familiares, dando prioridad a la familia de pacientes en condiciones de inestabilidad y con mayor riesgo de muerte y/o en población pediátrica.

i. Sedación paliativa:

- Considerar en los pacientes con COVID-19 que presenten síntomas refractarios como la disnea y el delirium a pesar del tratamiento médico adecuado en el transcurso de un tiempo razonable. Preferiblemente consultar a un experto en manejo del dolor y cuidado paliativo para su inicio.
- Se debe informar al paciente (si esta consciente) y la familia, explicando la diferencia de esta intervención con la eutanasia.
- La SCC Paliativos recomienda:

Iniciar con un bolo de 3 - 5 mg de midazolam SC o
Continuar en infusión continua 2 mg/h IV o SC
Por sedación insuficiente, se podrá subir el ritmo de infusión 0,5 - 1 mg/hora hasta lograr control del síntoma Hasta lograr control del síntoma refractario
3 mg de midazolam SC o IV lenta a necesidad o Rescate

j. Cuidados paliativos en domicilio y control ambulatorio:

- Categorizar a los pacientes en manejo paliativo en hogar. Evitar el contacto físico del paciente estable con el equipo de salud, estableciendo modalidades alternas como telemedicina.
- Si hay presencia de sufrimiento relacionado con la enfermedad, se debe garantizar la atención.
- Instaurar medios para dar disponibilidad del equipo de cuidados paliativos a los pacientes y a sus familiares 24/7 en modalidades de telecontrol, telemedicina, etc.
- Actualizar documentos de voluntades anticipadas y dejar claras las rutas de atención de la red para casos que no se puedan manejar en domicilio para disminuir contacto innecesario con servicios de urgencias u hospitalización con casos de COVID-19.
- Mantener acompañamiento del paciente durante la fase de fin de vida. También informar a los familiares sobre las restricciones de ritos funerarios actuales, así como ofrecer estrategias para cumplir con los ritos de duelo en situaciones de aislamiento (ejemplo: reunión por whatsapp, presencia virtual del líder religioso según las creencias del fallecido)



- Asegurar el control de los pacientes ambulatorios por medio de la tele-consulta u otras modalidades permitidas.
- Asegurar la prescripción y dispensación de los fármacos de control especial como los opioides.

Las anteriores recomendaciones se pueden aplicar en casi todo nuestro territorio. Esta crisis de salud pública nos ha demostrado que las cosas que antes no se podían hacer, ahora son posibles. Como personal de salud, debemos recordar que, aunque no podamos dar una cura, siempre podemos dar alivio.

Referencias:

- (1) Palliative care and the COVID-19 pandemic. Lancet, The, 2020-04-11, Volumen 395, Número 10231, Páginas 1168-1168, Copyright © 2020 Elsevier Ltd.
- (2) COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak. World Health Organization. 2020-03-25. <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>
- (3) Diario Oficial del Senado (2014). Ley 1733 de 2014. Sept 8, 2014. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1733_2014.html
- (4) Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. RESOLUCIÓN NÚMERO 825 DE 2018 “Por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes”. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0825-de-2018.pdf>
- (5) Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos para la Atención clínica de paciente durante la Pandemia por SARS CoV-2 /COVID-19 ABRIL 15/2020. <https://www.accpaliativos.com/wp-content/uploads/2020/04/Recomendaciones-COVID19-ACCP.pdf>

Escrito y recopilado por:

Carlos Aldana P. - Médico Especialista en Medicina Familiar
La red “El Tolima Sin Corona”