

**Recomendaciones del grupo COVIPAL (CME) para la organización de los tratamientos paliativos en los sectores COVID+**

**Proposiciones que los centros rechazarán, adaptarán y completarán en función de la realidad del terreno (20 de marzo de 2020)**

**1. Identificar precozmente a los pacientes y realizar una trazabilidad de las decisiones tomadas y**

→ Cada establecimiento define:

- los medios de identificación precoz de los pacientes no admitidos en servicio de reanimación o cuyo estado se altera durante su hospitalización en el sector COVID+;
- las modalidades de transmisión de la información y los medios de realizar su trazabilidad:
  - ORBIS
  - u otros medios: número de teléfono de referencia por establecimiento, documento en papel prellenado rápidamente identificable por medio de un código de colores (modelo propuesto por la asociación colegial de cuidados paliativos)

**2. Estructuración de un esquema organizativo**

**a) Grupo de trabajo COVIPAL de la AP-HP:**

- recoge y recopila las herramientas y documentos y los pone a disposición de los sectores COVID+
- para tal efecto, se abre una dirección e-mail: [covipal@aphp.fr](mailto:covipal@aphp.fr) y se está creando una caja de herramientas para reunirlos y ponerlos a disposición de todo el mundo;
- recoge las iniciativas del terreno para difundirlas y las dificultades para ayudar a la búsqueda de soluciones

**b) Equipos móviles de tratamientos paliativos (EMSP, por sus siglas en francés):**

- Si es posible, una parte de los EMSP se dedica a los pacientes de COVID+.
- El EMSP (apoyado por los geriatras y los internistas):
  - coordina la actividad de tratamientos paliativos en el hospital;
  - forma a los equipos de día y de noche, en colaboración con un referente en cada servicio;
  - mantenimiento de su actividad paliativa entre los pacientes no afectados por el COVID;
  - puede intervenir como tercera parte externa en los procesos de LAT (limitación o abandono de tratamiento) prerenimatorio;
  - participa en «células éticas de apoyo» cuyas misiones han de quedar definidas.
- Se revieran los medios de los EMSP (aumento de turnos, ayudas de los EMSP pediátricos, ...)
- Creación de un número de guardia los fines de semana y los festivos.

**c) Unidades COVID**

- Nombramiento, en cada sector COVID, de una pareja de referencia (médica y paramédica), que recibe una formación breve sobre los principales puntos del proceso paliativo.
- La pareja de referencia:
  - acompaña y forma al personal médico y paramédico (incluidos los auxiliares de enfermería) de su unidad para la implantación del proceso paliativo;
  - está en vínculo directo con el EMSP para recibir apoyo y experiencia
  - no sólo se limita a los pacientes al final de vida del sector
- El personal de noche dispone de una atención particular (formación, apoyo) y un acceso más fácil al personal de recursos de tratamientos paliativos durante las situaciones complejas.
- Se ha organizado un apoyo psicológico de los equipos.

#### **d) Otras personas que intervienen en el caso de los pacientes en final de vida**

→ Cada establecimiento:

- recopila las necesidades de cada unidad COVID en materia de psicólogos, fisioterapeutas y otros especialistas necesarios para garantizar la comodidad de los pacientes;
- moviliza a estos actores y define las modalidades de su intervención;
- estructura el apoyo de los psicólogos del establecimiento y del EMSP;
- moviliza a los psiquiatras del establecimiento y los equipos de enlace;
- organiza la intervención de los representantes de los cultos y su seguridad.

#### **e) Sectores específicos COVID-tratamientos paliativos**

→ Se prevén en las recomendaciones SFAP en el supuesto de que «las capacidades de los servicios de tratamientos COVID+ lleguen a una situación difícil para garantizar los tratamientos curativos debido a la afluencia masiva de pacientes»

→ La pertinencia de la implantación de tales unidades debe evaluarse caso a caso, en cada centro.

→ Si se tuviesen que implantar tales unidades:

- plantearse la posibilidad de disponer de personal voluntario, formado y competente;
- prever los medios para formar y apoyar eficazmente a dichos profesionales;
- prever un lugar de acogida adaptado para las familias.

#### **f) Pensar en el “después” del sector hospitalario COVID+**

→ definir un procedimiento de regreso al domicilio para el final de la vida cuando el paciente y su familia lo deseen y los tratamientos se puedan realizar en casa desde un punto de vista técnico;

→ cuando es posible que el paciente regrese a su domicilio o su residencia de ancianos, (siempre que se cuente con el acuerdo del establecimiento concernido), prever el apoyo de un equipo especializado (HAD y/o red).

### **3. Crear recomendaciones, protocolos y herramientas prácticas para los equipos que siguen a los**

→ reunir y difundir las herramientas de evaluación y tratamiento ya recopiladas por los equipos de la AP-HP, la HAS, la ARS y las sociedades de expertos: puede enviar sus contribuciones a la dirección de e-mail [covipal@aphp.fr](mailto:covipal@aphp.fr);

→ realizar una check list de ayuda a la toma de decisiones, protocolos de utilización de los tratamientos de orden paliativo y líneas directrices sobre los tratamientos que se continuarán o se abandonarán;

→ poner a disposición de los equipos un módulo de formación básico, sucinto y práctico.

### **4. Favorecer el acceso a los medicamentos y dispositivos esenciales para los cuidados paliativos**

→ Cada establecimiento:

- comprueba la disponibilidad y los stocks de los medicamentos necesarios para los cuidados paliativos o la realización de sedaciones en los casos de insuficiencias respiratorias con asfixia, prioritariamente:
  - Paracetamol en IV, vía oral o supo utilizado contra el dolor y la fiebre
  - Morfina LI vía oral y morfina (10 mg/1 ml) utilizada en la polipnea y el dolor
  - Midazolam (5 mg/5 ml) utilizado para la ansiólisis (cuando es imposible la toma por vía oral) o la sedación
  - Escopolamina (0.50 mg/2 ml – de 3 a 6 ampollas/24 horas) utilizada en la congestión terminal
  - Largactil (25 mg/5 ml) ampolla y Haldol (2mg/ml) por vía oral utilizado en caso de alucinaciones con opioides y en caso de náuseas o vómitos
  - Necesarios para los tratamientos de boca
- define los otros medicamentos que podrían ser necesarios y comprueba su disponibilidad local;
- organiza con la dirección, con la ayuda de los operadores logísticos y en colaboración con un farmacéutico referente identificado:
  - la recopilación de las necesidades;
  - el seguimiento de la disponibilidad de cantidades suficientes de medicamentos en los servicios las 24h del día y los 7 días de la semana

→ **Vía de administración:**

- En función de las necesidades y las costumbres del servicio, se favorecerá la vía de administración de estos medicamentos por vía subcutánea si la vía oral resulta imposible y el paciente no tiene una perfusión en IV previamente. Se puede prever el uso de infusores en caso de escasez de bombas de jeringuillas (prever su aprovisionamiento)
- La forma de parche para los antálgicos, aunque pueda parecer práctica de uso, no se privilegiará, debido a su largo plazo de acción y de las dificultades para definir la dosificación adaptada, particularmente, en los pacientes ancianos.

## 5. Acompañar a la familia del paciente

### a) Visitas de final de vida

- reflexionar en introducir adaptaciones de la limitación de las visitas en caso de final de vida;
- basarse en la experiencia del personal sanitario para definir el momento;
- limitar el acceso al paciente a las personas más cercanas o que él haya nombrado específicamente;
- limitar el acceso a 2 personas como máximo (pudiendo establecer una rotación) y la duración de la visita;
- respetar las reglas estrictas de las medidas de protección frente al contagio;
- reflexionar sobre la ampliación de la experiencia de Avicenne: movilización de los externos para ayudar a las familias a vestirse;
- crear una ficha explicativa para las familias para que puedan prepararse y tener los datos de contacto del personal de referencia del hospital.

### b) Información a la familia sobre el estado de salud del paciente

- cada unidad trabaja en las modalidades de información, comprobando, siempre que sea posible, el acuerdo del paciente y, respetando los límites del secreto médico, por ejemplo: llamadas periódicas a los familiares por parte del médico de referencia, los internos o las enfermeras a cargo del paciente, o por parte de los externos, formados y acompañados por los psicólogos o los coordinadores de trasplantes (que poseen una gran experiencia de la información del entorno familiar);
- prever el establecimiento de contactos con los familiares con una tablet, mediante aplicaciones como *Skype* o *Whatsapp*.

### c) Apoyo a los familiares en el contexto de restricción de movilidad

- pensar en el apoyo psicológico de las familias, con una atención particular para los niños, y el seguimiento de familias en duelo: contacto sistemático por parte de un psicólogo, teleconsultas, números gratuitos, ...
- solicitar al Estado que movilice a los psicólogos actualmente consignados en su domicilio;
- trabajar la forma de anunciar el fallecimiento en cada unidad: ¿quién se encargará de hacerlo, especialmente por la noche?
- conocer y tener una trazabilidad de las condiciones del fallecimiento del paciente para transmitírselas a los familiares que lo deseen para realizar su duelo;
- trabajar con las morgues para ayudarlas a recibir a las familias y prodigar los cuidados adaptados a las personas fallecidas en este contexto particular;
- pensar en los medios que hay que movilizar para ayudar a las familias a realizar los ritos funerarios mínimos, o incluso simbólicos.

## 6. Apoyar al personal sanitario

- gratificaciones, valorización de su trabajo y su compromiso;
- grupos de palabra, seguimientos individuales y otros dispositivos y dárselos a conocer al personal

sanitario;

- identificación de los compañeros agotados físicamente y puesta a su disposición de unos conocimientos y una 'atención adaptada (trabajo en curso de los equipos de psiquiatría de la AP-HP).