

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 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;

→ 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).