

Guía de apoyo clínico en toma de decisiones, control sintomático y acompañamiento en situaciones COVID-19

Equipo de Soporte Hospitalario y Atención Paliativa (ESHAP)

Comité de Ética Asistencial

Gerencia y Equipo Directivo Hospital Manacor

Contenido	página
1. Introducción y justificación.	2
2. Escenarios asistenciales y líneas de acción	3
3. Mapa para orientación clínica en adecuación de esfuerzo terapéutico (AET)	4
4. Claves de comunicación específica en COVID-19	5 y 6
5. Control de síntomas	7 y 8
6. Delirium	9
7. Terapia de sedación paliativa	10
8. Acompañamiento en situación de últimos días y éxitus	11
9. Autocuidado de los profesionales	12
10. Definiciones.	13
11. Referencias bibliográficas. Contacto ESHAP	14

1. Introducción y justificación

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó a la Organización Mundial de la Salud sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, con una exposición común a un mercado en la ciudad de Wuhan, incluyendo siete casos graves. El agente causante de esta neumonía fue identificado como un nuevo virus de la familia Coronaviridae que posteriormente se ha denominado SARS-CoV-2. El cuadro clínico asociado a este virus se ha denominado COVID-19. El día 11 de marzo, la OMS declaró la pandemia mundial.

La medicina de catástrofe representa un desequilibrio temporal entre las necesidades clínicas y la disponibilidad efectiva de recursos sanitarios suficientes. En este excepcional contexto la responsabilidad de las decisiones no deben recaer exclusivamente en los profesionales que atienden a los pacientes sino que deben estar basadas en criterios lo más objetivos posibles que permitan fundamentar estas decisiones.

Los pacientes adultos ingresados con diagnóstico de COVID-19 en situación de gravedad o de últimos días, así como sus familiares, son la población diana de este documento.

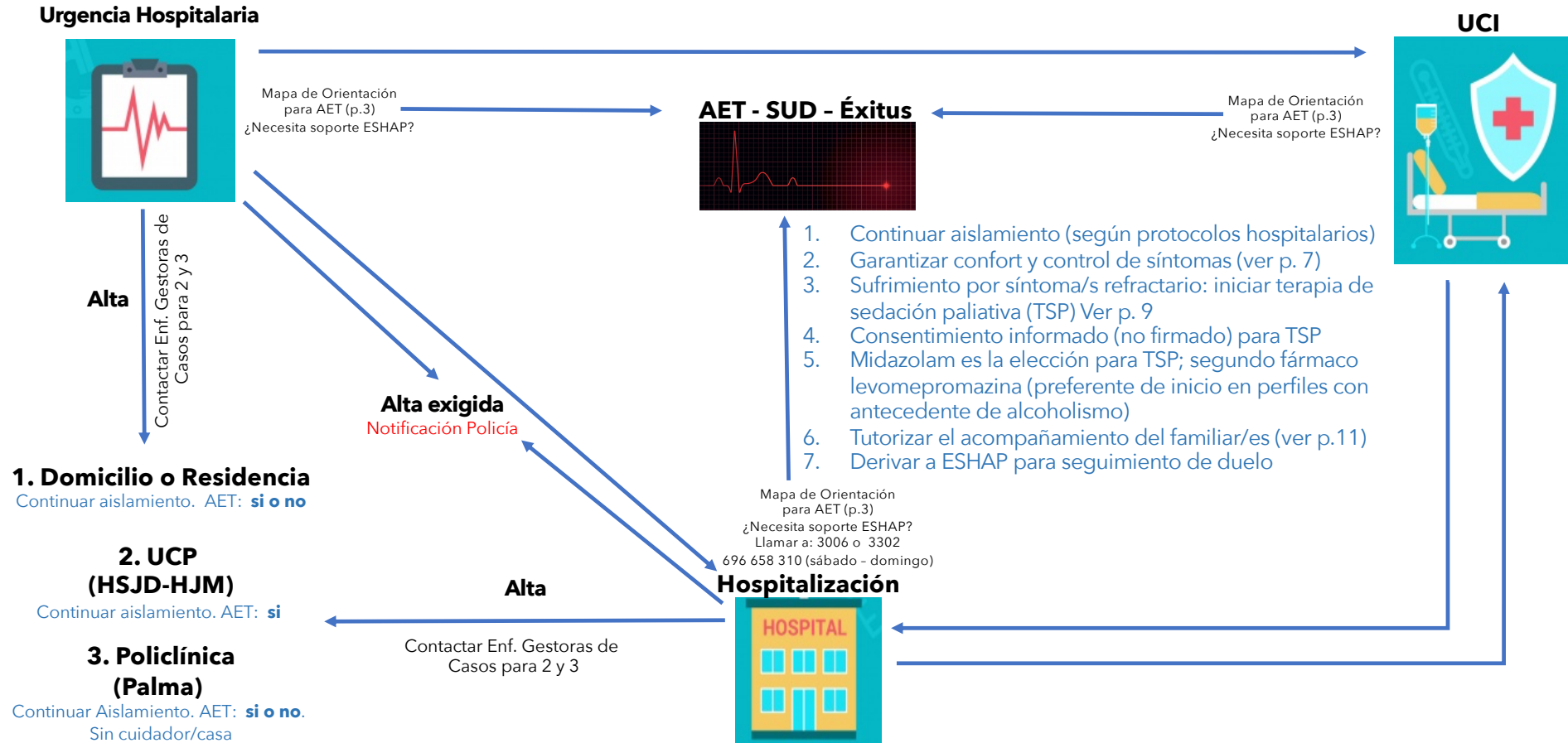
En escenarios de catástrofe y guerra los esfuerzos por garantizar unos mínimos en cuidados paliativos son no negociables. La muerte, el sufrimiento y la soledad son una realidad para muchos y está reconocido como un derecho humano el alivio del sufrimiento al final de la vida.

El objetivo de este documento es proporcionar una guía a los clínicos para el proceso de toma de decisiones compartida, control de síntomas y acompañamiento en situación de últimos días (SUD) y éxitus; ofrecer una atención de calidad a pacientes en SUD y sus familiares, facilitar una despedida lo más adecuada en cada caso particular, para llevar a cabo una despedida lo más adecuada en cada caso particular, y prevenir situaciones de duelo complicado.

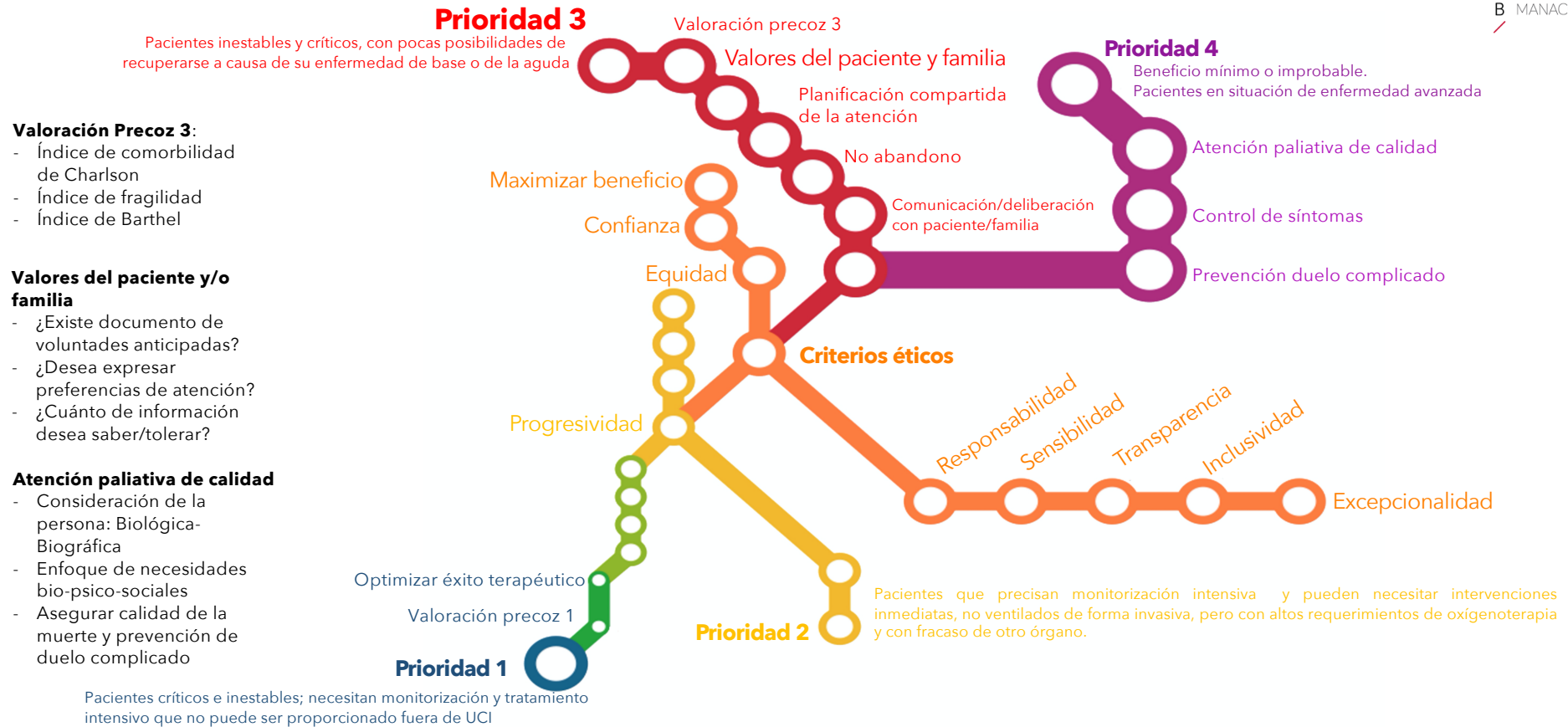
La pandemia puede obligarnos después del triaje a denegar o interrumpir la atención intensiva de pacientes críticos. La manera en la que comuniquemos será clave para que el paciente o la familia se sientan acompañados y seguros con el equipo asistencial. El contexto de pandemia impone presión por falta de tiempo y espacio. Hoy más que nunca la comunicación no verbal puede aminorar las barreras físicas de aislamiento para confortar a nuestros pacientes y sus seres queridos.



2. Escenarios asistenciales y líneas de acción: pacientes COVID-19 + o sospecha



3. Mapa para orientación clínica en adecuación de esfuerzo terapéutico (AET)






No se asignarán los recursos al primero que llega, sino al que más se va a beneficiar del mismo.

4. Claves ético-comunicativas de abordaje en pacientes COVID-19 y malas noticias

Escenario 1: Primer encuentro

Objetivo: Desbloqueo comunicativo y vinculación personalizada con el paciente y/o familia.

Procedimiento:

- 1. Presentación personalizada:** decir nombre del paciente y presentarse uno mismo.
Mirar a los ojos. Mostrar calidez.  *“Hola, soy el Dr..... y soy el responsable de atenderle durante este turno. Encantado de saludarle”.*
- 2. Acogida:** crear un mínimo espacio para conectar emocionalmente con el paciente 
 - *“Somos conscientes de que estamos ante una situación nueva y complicada con el coronavirus, no obstante...”*
 - *quiero decirle que a pesar de llevar esta especie de traje de buzo...*
 - *nos gustaría estar lo más cercanos a usted y a lo que pudiera necesitar”...*
- 3. Pregunta abierta y focalizada:** para poder explorar la perspectiva del paciente y generar un proceso de desbloqueo comunicativo
- 4. Escucha activa y humilde:** mirar a los ojos. Escuchar para comprender. Asentir con la cabeza, según va hablando al paciente.
- 5. Respuesta de validación, garantía de soporte y cierre:**  dar valor o legitimar, con gestos y/o palabras, la perspectiva de la otra persona.
Mostrar apoyo durante el proceso independientemente de los resultados. *“Le agradezco sus palabras. Es muy importante para nosotros saber qué le preocupa (y cómo se siente). Vamos a tenerlo en consideración en la medida que podamos. Lo que si le garantizo es que vamos a intentar estar pendientes de usted y de todo ello”.*

4. Claves ético-comunicativas de abordaje en pacientes COVID-19 y malas noticias

Escenario 2: Comunicación de mala noticia sobre no ingreso en UCI a un paciente ya hospitalizado que tenía expectativa de ingreso en la misma

Objetivo: Comunicar la mala noticia de manera empática y congruente aportando garantía de soporte.

Procedimiento:

- 1. Exploración del conocimiento/impresión del paciente sobre la situación:** necesario partir de lo que ya conoce o supone, aunque otro día le hayamos informado. No toda la información queda "registrada" en la memoria de los pacientes, por la razón que sea. → *"Dº... me gustaría valorar con usted de nuevo la situación, para ver como seguir tomando decisiones . A partir de todo lo que le hemos ido contando y de cómo se está usted encontrando, ¿en qué momento cree que nos encontramos en torno a la enfermedad?"*
- 2. Exploración de hasta dónde quiere saber:** aunque la expectativa sea la UCI no siempre quieren saber la progresión de la enfermedad o el aumento de gravedad, pero suelen asociar UCI a las tecnologías más avanzadas que realmente pueden salvarle. → *"Siempre me gusta preguntarle a mis pacientes si quieren que les informe detalladamente de cómo están evolucionando las cosas. Algunos me dicen que si prefieren entrar en detalle y otros me comentan que simplemente les cuente qué se tiene pensado hacer, sin más, que más información les agobia. Usted, concretamente, ¿qué preferiría?"*
- 3. Utilizar el "warning shot" o aviso inicial de que estamos ante una situación especialmente preocupante:** ayuda a conectar la atención en la centralidad del asunto. → *"Me temo que las cosas no están yendo como todos deseáramos".
(Estar atentos a la reacción de la persona ante estas palabras; posiblemente nos indicará de algún modo que sigamos). Si tenemos dudas, plantearle:
"¿Le parece que continuemos charlando sobre esto o prefiere que lo dejemos para otro momento?"*
- 4. Transmitir la mala noticia, de manera comprensible.** → *"Lo hemos estado valorando en el equipo y creemos que , en función de su estado actual (y de las enfermedades previas), no se beneficiaría del ingreso en UCI y, en todo caso, le dejaría graves secuelas. Creemos que es preferible intentar otras alternativas, aunque inevitablemente estamos en una situación complicada".* Dejar silencio y observar reacciones
- 5. Explorar cómo se siente después de la información y por qué. Esto ayudará a identificar sus preocupaciones inmediatas.**
- 6. Explicar el plan de trabajo, con realismo y garantía de soporte.** Se trata de planificar el seguimiento, con pautas lo más concretas posibles, y reales que puedan dar respuesta a lo que más le preocupa. → *"Entiendo que no es fácil hablar de estas cosas. No sé qué está pensando o sintiendo en estos momentos. Saberlo me ayudaría a conocer qué le preocupa".*
- 7. Valorar la derivación a ESHAP**
- 8. Siempre explicitar la actitud de disponibilidad para poder hablar en cualquier otro momento y para aclarar lo comentado** → *"En cualquier caso, vamos a seguir trabajando y valorando día a día cómo van las cosas y qué ir haciendo. La idea es ir a ... (o quedarse en...) la planta ...Seguiremos observando la evolución, con el tratamiento, a su vez, estaremos muy atentos a controlar los síntomas para que tenga el menos malestar posible".*

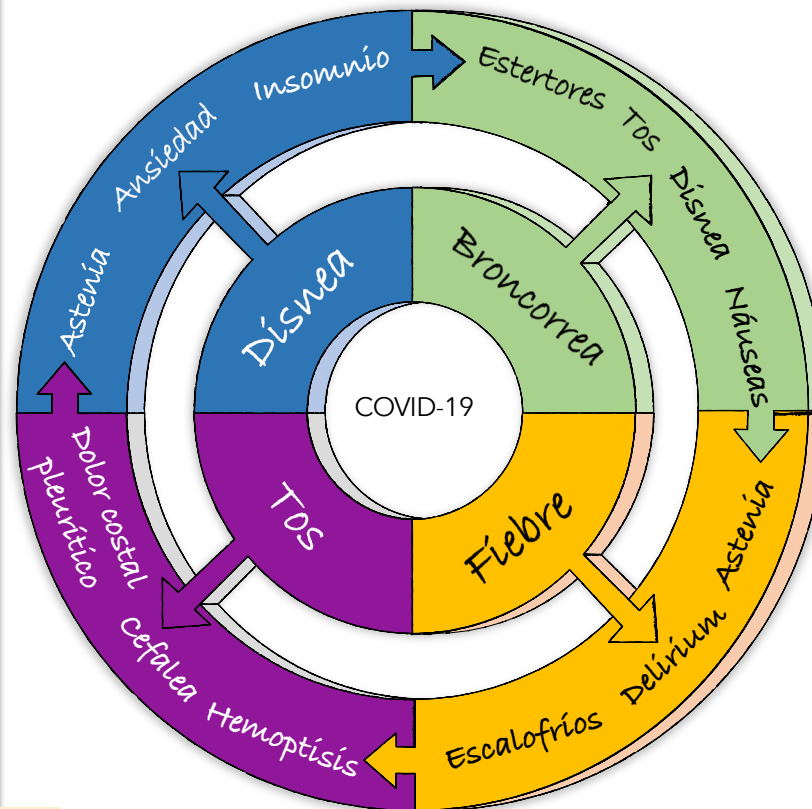
5. Control de síntomas (i)

Presentamos un análisis tipo "cluster" de los síntomas que con mayor frecuencia se describen debido a COVID 19. La propuesta terapéutica intenta que el control de un síntoma impacte positivamente en los otros. El gráfico facilita al clínico a comprender la dinámica sintomatológica para aliviarlos de manera más eficiente y segura.

Disnea

- La morfina es muy útil para el alivio de disnea y tos. Si el paciente está ya en tratamiento con un solo fármaco, la morfina, codeína o dextrometorfano (romilar) por tos, y precisa introducir morfina por disnea, se retirará la codeína romilar y se tratarán ambos síntomas con
- **Dosis inicial** cloruro mórfico 3mg (IV)-5mg (SC) en bolo lento c/4h.
- **Infusión (SC ó IV) por disnea leve** 15mg/24h (en 100 mL de SSF0.9%)
- **Infusión (SC ó IV) por disnea moderada** 30mg/24h (en 100 mL de SSF0.9%).
- **Infusión (SC ó IV) por disnea intensa:** 45mg/24h (en 100 mL de SSF0.9%)
Prescribir rescates de morfina 5 - 10 mg hasta /4h por exacerbaciones
- Mantener corticoides si los tiene pautados, o prescribir dexametasona 4-8 mg en dosis única por la mañana (IV; si SC como vía independiente-)
- **En caso de ERC 3-5** sustituir morfina por fentanilo IN 100mcg IN c/4h (disnea leve) ó 100 + 100 mcg (un puff en c/fosa nasal. En caso de disnea intensa 400mcg IN

Vigilar neurotoxicidad: alucinaciones, sedación intensa, mioclonías, confusión.
Si es necesario reducir al 50% la dosis de morfina e hidratar



Ansiedad-Disnea-Insomnio

- En adición al tratamiento de la disnea, si el paciente experimenta **ansiedad leve** prescribir alprazolam 0,5 mg SL c/8h. Si **ansiedad intensa** perfusión continua de midazolam 10mg/24 en 100mL de SSF 0.9%
- Si insomnio: midazolam 5 a 7.5 mg IV ó SC a las 23:00h

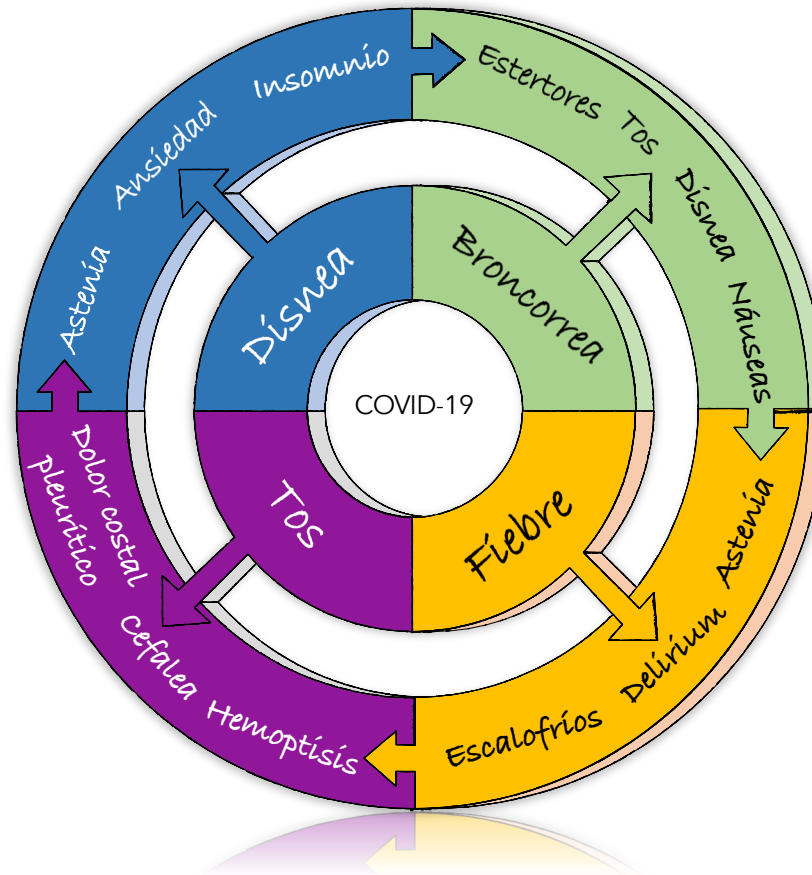
Broncorrea

- Butilescopolamina 20 a 40 mg c/8h ó infusión de 80mg/24h IV ó SC. Puede diluirse en la misma perfusión con morfina si es el caso.
- Escopolamina (con acción sedante) 0,5-1mg c/4h.
- Si náuseas: metoclopramida 30 mg IV ó SC en perfusión continua.
- Si vómitos: ondansetron 4mg IV c/12h

5. Control de síntomas (ii)

Tos

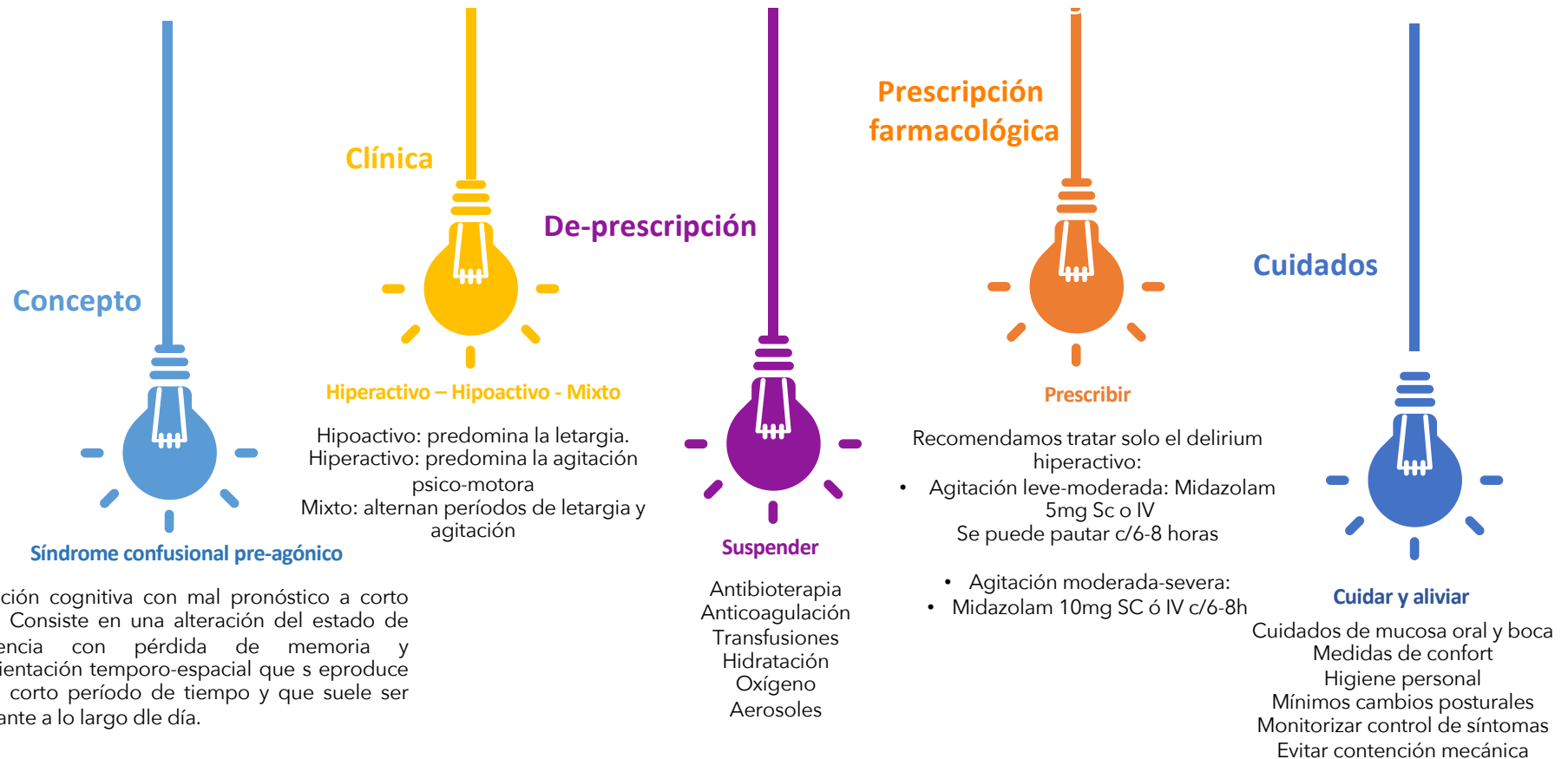
- Dextrometorfano (Romilar) 15-30mg/6h o codeína 30-60 mg c/6h VO.
- Si son ineficaces retirarlo y tratar con morfina 2mg c/4h o una perfusión continua de 15 mg (IV ó SC) cloruro mórfico en 100mL de SSF 0.9%
- Si la perfusión inicial es ineficaz se puede aumentar la dosis a 25mg (IV ó SC) de cloruro mórfico en 24h.
- Si aún con el aumento de dosis persiste la tos añadir a la perfusión butilescopolamina 60mg/24h
- Si el paciente presenta dolor costal tipo pleurítico, con o sin tratamiento ATB (según el caso) prescribir ketorolaco 30mg c/12. La misma prescripción se indicaría por cefalea relacionada con excesos de tos.
- Si hemoptisis (verificar si toma anticoagulación y actualizar su indicación - ¿se debería suspender?. Prescribir si no está contraindicado ácido tranexámico 500 mg IV c/12h. Valorar riesgo beneficio y considerar de-prescripciones que faciliten el control de síntomas en el contexto del pronóstico del paciente



Fiebre

- Paracetamol 3g en SSF 0.9% IV (no utilizar SC) para perfundir en 24 horas.
- Primer Rescates con ketorolaco 30 mg IV ó SC hasta c/6h si no se controla.
- Segundo rescate con metamizol 2g IV (No utilizar SC) hasta c/8h
- Si se presenta con delirium seguir las indicaciones según pág 9.

6. Cuadro confusional pre-agónico (delirium)



7. Terapia de sedación paliativa (TSP)

Indicación



Sufrimiento por la presencia de síntoma/s refractario/s al tratamiento *standard*. El objetivo es proteger al paciente del distrés que no puede aliviarse sin la disminución del nivel de conciencia.

Síntoma refractario



En orden de frecuencia se han descrito: 1) Disnea; 2) Delirium y, 3) Dolor, como los síntomas refractarios más frecuentes que generan la necesidad de TSP.

Garantía ética



La TSP es en sí misma un recurso terapéutico más y por tanto éticamente neutro; lo que puede hacer a la sedación éticamente aceptable o reprochable, es el fin que busca y las circunstancias en que se aplica. Dos elementos son fundamentales para garantizar un marco ético seguro: 1) Indicación correcta y, 2) Consentimiento informado. Registrado en la Hª clínica. No es sinónimo de consentimiento firmado. No se debe firmar.

Explicar el procedimiento a la familia (vía telefónica, si no es posible la comunicación directa con la familia por situación de aislamiento ante caso confirmado). 1) Explicar el objetivo de la sedación, la intención y el motivo de refractariedad, 2) Explicar que la expectativa de vida desde el inicio de la sedación es difícil de determinar, pero que puede ir de horas a días.

Inducción: Administrar bolo lento de 5 mg de morfina IV y 7,5 mg de midazolam IV para inducir la sedación.

Prescripción



Perfusión continua SC: 30 mg de cloruro mórfico + 45 mg de midazolam + 80 mg butilescopolamina a pasar en 24 h.

Perfusión continua IV: 30 mg de cloruro mórfico + 30 mg de midazolam + 80 mg butilescopolamina a pasar en 24 h.

AP de alcoholismo: Añadir a la perfusión continua 25mg (IV) -50mg (SC) de levomepromazina a pasar en 24h.

Prescripción de rescate



Rescates por agitación:

Prescribir midazolam 7,5 mg IV/SC en bolo lento + 5mg de cloruro mórfico. Estas son dosis de rescate para situaciones de agitación/dolor/disnea no controlada con la perfusión continua

Escala de Ramsay. Deberá ser igual o mayor a 4:

1. Despierto, ansioso y agitado
2. Despierto, cooperados, orientado y tranquilo
3. Dormido con respuesta a órdenes
4. Somnoliento con breves respuestas a la luz y al sonido
5. Dormido con respuesta sólo al dolor
6. Profundamente dormido, sin respuesta a estímulos

Si es menor a 4 administrar dosis de rescate.

Monitorización



8. Acompañamiento en situación de últimos días (SUD) y éxitus + COVID-19

*"No se abraza solo con los brazos y con las manos, **se abraza también con la mirada**, o con el sonido, o con la mente o con otros sentidos que tú crees que para ti están abiertos ahora".*

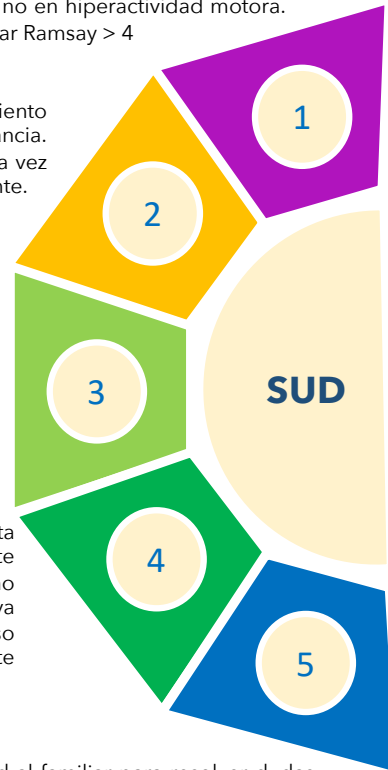
1. Antes de permitir la visita del familiar, asegurarse que el paciente se encuentra controlado y no en hiperactividad motora. No delirium hiperactivo. Si TSP: vigilar Ramsay > 4

2. Explicar al familiar que las normas de aislamiento deben ser vigiladas continuamente: 1.5m de distancia. Vestir EPI. Estará permitido que un familiar (y cada vez será el mismo familiar) puede acompañar al paciente.

3. Reflexionar sobre la necesidad de "entereza". Si se observa al familiar muy conmovido explicarle que entrar a la habitación es una opción, no está obligado. Asegurarnos que el familiar interioriza que el paciente no sufre, es importante. Esto es fundamental para la creación del relato, que el familiar compartirá con sus seres queridos. Esto se vincula con el siguiente punto

4. Explicar al familiar que si el paciente presenta estertores, esto no significa que el paciente experimente "ahogo". "Los estertores son como cuando una persona ronca. Explicar que si observa pausas de apnea, estas son normales en el proceso de SUD. Si el familiar quiere hablarle al paciente apoyar la idea de que si puede despedirse.

5. Al finalizar la visita ofrecer disponibilidad al familiar para resolver dudas. Si se trata de un momento con sobrecarga asistencial y se observan signos de sobrecarga emocional para el familiar derivar el caso a ESHAP que contactará con el familiar posteriormente.



1. Antes de permitir la visita del familiar, asegurarse que se trata del mismo familiar que acudió a visitar la SUD (si es el caso). Explicar que podrá estar presente durante 15 minutos únicamente

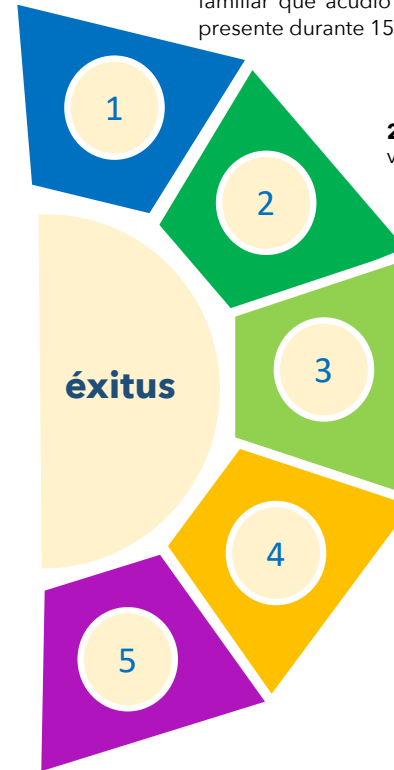
2. Explicar al familiar que las normas de aislamiento deben ser vigiladas continuamente: 1.5m de distancia. Vestir EPI.

3. Es necesaria la presencia del profesional sanitario que cumple dos funciones fundamentales: 1) Garantizar las barreras físicas de aislamiento y; 2) Contención emocional al familiar.

Se ofrecerá la opción de poder ver la cara de la persona fallecida si es su deseo. Para facilitararlo no se cerrará y sellará la bolsa que contiene al cadáver hasta que el paciente haya sido visto por el familiar designado

4. Para la elaboración del duelo de toda la familia, es recomendable ayudar a construir un relato de la experiencia que compartirá posteriormente con sus seres queridos. Evitar que las ideas de soledad y separación sean las únicas presentes en la experiencia. Promover una lectura constructiva de cómo se le ha cuidado y un final sin sufrimiento.

5. Para despedir al familiar explicarle que será contactado para la continuidad de cuidados del duelo por parte del ESHAP.

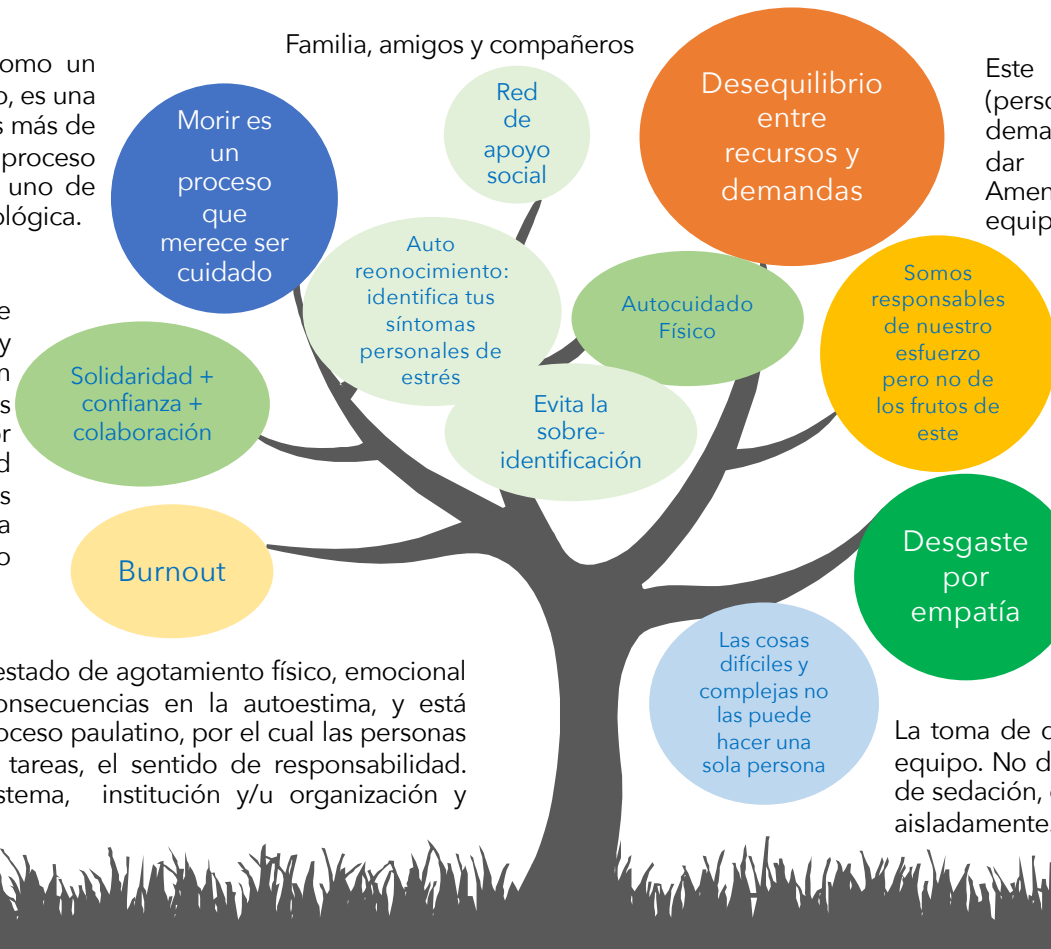


9. Autocuidado de los profesionales para prevención de estrés por COVID-19

No se puede tratar a la persona como un cuerpo sin más. Además de un cuerpo, es una conciencia y una biografía. El morir es más de un proceso biológico, es un proceso biográfico y existencial-espiritual. Es uno de los momentos de más intensidad ontológica.

El equipo es un nosotros que se construye a partir de la confianza y que se refuerza si trabaja unido en situaciones difíciles. Cuando las cosas no son fáciles es cuando más valor tienen la confianza. La solidaridad que nos acoge y nos apoya es indispensable. El equipo es una herramienta fundamental de apoyo emocional

Es el estrés laboral, un estado de agotamiento físico, emocional o mental que tiene consecuencias en la autoestima, y está caracterizado por un proceso paulatino, por el cual las personas pierden interés en sus tareas, el sentido de responsabilidad. Relacionado con el sistema, institución y/u organización y recursos.



Este desequilibrio entre los recursos (personales-materiales y organizativos) y las demandas que sobrepasan la capacidad de dar respuesta y representa sufrimiento. Amenaza la consistencia de las personas, equipos y organizaciones

Se trata un momento en que se llega al límite de capacidad de estar continuamente atendiendo con empatía a los pacientes. Si te sientes así habla con el equipo de soporte de Salud Mental: atpsicologica@hmanacor.org

La toma de decisiones difíciles, se deben hacer en equipo. No debería una sola persona decidir temas de sedación, o de limitación de esfuerzo terapéutico aisladamente.

10. Definiciones

- **Adecuación de medidas terapéuticas:** adaptación del tratamiento de manera proporcional a la situación del enfermo, según el pronóstico de cantidad y calidad de vida actuales y futuras y ofreciendo los medios necesarios para su cuidado y bienestar, que incluye la retirada o no instauración de una medida de apoyo vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, sólo contribuye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, a prolongar en el tiempo una situación clínica falta de expectativas razonables de mejora.

- **COVID-19:** El nuevo coronavirus ha sido denominado SARS-CoV-2. Al igual que otros de la familia de los coronavirus, este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios que varían desde el resfriado común hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y fallo multiorgánico.

- **Confianza:** La transparencia y la racionalidad de los criterios favorecen la confianza en el proceso de toma de decisiones en la población general, en los profesionales sanitarios y en los propios pacientes afectados.

- **Equipo de protección individual (EPIs):** Los profesionales explicaremos y ayudaremos a los familiares con colocación y retirada de los EPIs. Recordar la importancia de la higiene de manos, así cómo, evitar tocarse la cara. Material: Bata, delantal, mascarilla quirúrgica, si es necesario gorro, protección ocular con pantalla y guantes.

- **Equidad:** los criterios para la toma de decisiones durante la pandemia deben ser aplicables a todos los pacientes que puedan requerir cuidados intensivos, no solo a los pacientes con COVID-19. Además, la equidad exige que la distribución de recursos escasos **no castigue a las poblaciones socialmente más vulnerables** que tengan menor capacidad para exigir sus derechos.

- **Excepcionalidad:** las decisiones en situaciones como la pandemia del coronavirus se suelen desplazar con facilidad hacia cursos extremos de acción. Sin embargo, es fundamental intentar desarrollar cursos intermedios que pueden incluir decisiones “por pasos”, criterios más desarrollados, consenso entre varios facultativos o traslado a otros centros con menor sobrecarga. Dicho de otro modo, las excepciones tienen como mínimo dos condiciones: **han de estar justificadas y han de ser siempre el último recurso.**

- **Índice de Charlson:** es un sistema de evaluación de la esperanza de vida a los diez años, en dependencia de la edad en que se evalúa, y de las comorbilidades del sujeto. Además de la edad, consta de 19 ítems, que si están presentes, se ha comprobado que influyen de una forma concreta en la esperanza de vida del sujeto. En general, se considera ausencia de comorbilidad: 0-1 p, comorbilidad baja: 2 p y alta > 3 p.

- **Índice de Barthel:** es un instrumento utilizado para la valoración funcional de un paciente y su rehabilitación. La escala mide la capacidad de una persona para realizar 10 actividades de la vida diaria, que se consideran básicas, de esta forma se obtiene una estimación cuantitativa de su grado de independencia.

- **Fragilidad** es un síndrome clínico que ocurre durante el envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica ante una situación de estrés y constituye un estado de vulnerabilidad que conlleva mayor riesgo de un resultado adverso. Su prevalencia en España es alta, especialmente en ancianos con comorbilidad y enfermedades crónicas.

- **Inclusividad:** el compartir la toma de decisiones en grupos amplios de la sociedad (comunidad científica, administración, comités de ética, pacientes y familias, etc.) Pueden conllevar la aparición de nuevos cursos de acción intermedios.

- **Grupos de pacientes más vulnerables:** Uno de los grandes problemas éticos que se activan en estas situaciones es cómo proteger a las personas más vulnerables mientras se permite la mayor cantidad posible de vida normal y actividad económica. Personas vulnerables en la pandemia COVID-19: **1)** Personas enfermas con antecedentes crónicos de salud. **2)** Personas mayores. **3)** Profesionales sanitarios. **4)** Personas sin recursos/en situación de calle.

- **Responsabilidad:** las decisiones deben estar basadas en **criterios de prudencia durante toda la crisis.** Básicamente esto significa una reflexión de cada caso particular que no esté marcada exclusivamente por criterios genéricos. Se sabe que la prolongación de la crisis en el tiempo genera un cansancio que, de algún modo, “normaliza” lo que siempre ha de ser excepcional.

11. Referencias bibliográficas

1. A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises. Elisha Waldman. Marcia Glass. Oxford University Press 2020. ISBN: 978-0-19-006652-9
2. Recomendaciones del comité de ética para la asistencia sanitaria (CEAS) para la toma de decisiones en unidades de cuidados intensivos (UCI) durante la pandemia del COVID-19. Hospital Universitario La Paz.
3. Lisa Rosenbaum. Facing Covid-19 in Italy – Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic’s Front Line. The New England Journal of Medicine. 1-3 Perspectives. March 2020 DOI: 10.1056/NEJMp2005492
4. Manejo clínico del COVID-19: unidades de cuidados intensivos. Documento técnico. 19 de marzo 2020. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España.
5. Guías rápidas de apoyo y control sintomático en situaciones de COVID-19. Servicio de Medicina Paliativa. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona España.
6. Protocolo de atención a pacientes en situación de de gravedad o últimos días y éxitus en la crisis del COVID-19. Unidad de Cuidados Paliativos. Servicio de Salud Mental Hospital Universitario La Paz.
7. Criterios éticos y organizativos para tomar decisiones en condiciones de escasez. El modelo adaptativo. Abel Novoa
8. Criterios de atención clínica y de derivación hospitalaria de pacientes diagnosticados como casos probables de infección por SARS-CoV-2. semFYC.
9. Orientaciones sobre el control sintomático de enfermos graves afectados por la enfermedad COVID-19 y que requieran atención paliativa o se encuentren próximos al final de la vida. SECPAL. Marzo 2020
10. Atención a pacientes y familiares afectados por COVID 19 en situación de últimos días. Hospital Universitario Son Espases. Marzo 2020
11. Recomendaciones generales relacionadas con las decisiones éticas difíciles y la adecuación de la intensidad asistencial/ingresos en las unidades de cuidados intensivos en situaciones excepcionales de crisis. Marzo 2020
12. Sugerencias para promover la resiliencia de un equipo sanitario que se enfrenta a situaciones de alto impacto emocional de forma continuada. SECPAL. Marzo 2020

Vídeos para autocuidado del profesional en colaboración con SECPAL y Enric Benito

<https://youtu.be/nw6TtCHK8Qc>

<https://www.youtube.com/watch?v=T9ZVSQrwQ6A>

<https://youtu.be/uzz9Ri87WNI>

<https://youtu.be/mPfNlyAilnk>



12. Contacto ESHAP

Equipo:

- **Joana Mª Juliá y Margalida Terrasa** (enfermeras)
- **Dr. Juan Pablo Leiva** (médico)

- 3006 y 3302 de **Lunes a Viernes** 08:00 – 15:00
- Soporte telefónico: **Sábado y Domingo** 09:00-14:00h 696 658 310 (Dr. JP Leiva)
- También interconsultas vía HPCIS