



RECOMENDACIONES CLÍNICAS PARA CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON COVID-19 HOSPITALIZADOS EN ÁREAS NO UCI

Reporte de Evidencia N° 23

Agosto 2020

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

Fiorella Molinelli Aristondo

Presidente Ejecutivo, EsSalud

Alfredo Barredo Moyano

Gerente General, EsSalud

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN - IETSI

Patricia Pimentel Álvarez

Directora del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Fabián Fiestas Saldarriaga

Gerente de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Leda Yamilee Hurtado Roca

Gerente de la Dirección de Investigación en Salud

Héctor Miguel Garavito Farro

Gerente de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

Vladimir Ernesto Santos Sánchez

Asesor del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Grupo elaborador

- Rodrigo Cruz Chagua, Servicio de Geriátría, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren
- Cesar Humberto Villacrés Vela, Servicio de Geriátría, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren
- Ibis Karina Salas Alarcon, Servicio de Geriátría, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren
- Carolina Esther Caballero Zavala, Servicio de Geriátría, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren
- Alvaro Taype Rondán, Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación IETSI, EsSalud
- Christoper A. Alarcón Ruiz, Universidad Científica del Sur

Revisores

- Katia Ninoska Echegaray Castro, Coordinadora de la Maestría de Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú
- Christian Villavicencio Chavez. Fundación Care doctors. Universitat Internacional de Catalunya, Cataluña, España
- Virginia A. Garaycochea Cannon, Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos, Instituto Nacional Salud del Niño, Lima, Perú

Financiamiento

Este documento técnico ha sido financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud, Perú.

Citación

Este documento debe ser citado como: “Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Recomendaciones clínicas para cuidados paliativos en pacientes con COVID-19 hospitalizados en áreas no UCI. Lima: EsSalud; 2020”

Reporte de Evidencias

Este documento no es una guía de práctica clínica. Es una respuesta rápida a una solicitud de información para los profesionales de la salud o tomadores de decisiones, sobre cuáles son las recomendaciones para el manejo de una condición clínica específica o problema sanitario. Para ello, hemos definido un tema clínico, se ha diseñado una estrategia de búsqueda, se han seleccionado guías de práctica u otros documentos clínicos o técnicos, se ha evaluado la calidad de las mismas y finalmente se han resumido las recomendaciones. Luego, se ha realizado una breve evaluación con expertos sobre la aplicabilidad de las recomendaciones en nuestro contexto.

Datos de contacto

Vladimir Ernesto Santos Sánchez

Correo electrónico: vladimir.santos@essalud.gob.pe

Teléfono: (+511) 265 6000, anexo 1953

Tabla de contenido

RECOMENDACIONES CLÍNICAS PARA CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON COVID-19 HOSPITALIZADOS EN ÁREAS NO UCI	5
I. Generalidades	5
II. Métodos	5
a. Búsqueda y selección de documentos	5
b. Formulación de las recomendaciones clínicas.	6
III. Desarrollo de los lineamientos clínicos	7
Figura 1: Flujograma para los cuidados paliativos en pacientes con COVID-19 hospitalizados en áreas no Unidad de Cuidados Intensivos	7
IV. Referencias Bibliográficas	19
V. Anexos	22
Anexo N°1: Búsqueda y selección de protocolos, guías de práctica clínica, y documentos técnicos	22

RECOMENDACIONES CLÍNICAS PARA CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON COVID-19 HOSPITALIZADOS EN ÁREAS NO UCI

I. Generalidades

- **Objetivos:**
 - Brindar recomendaciones clínicas para los cuidados paliativos en pacientes con COVID-19 a nivel hospitalario en áreas no Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- **Población objetivo:**
 - Pacientes con infección por COVID-19 hospitalizados con cuidados paliativos en áreas no UCI.
- **Usuarios del documento:**
 - Estas recomendaciones están dirigidas al personal de salud involucrado en el manejo de pacientes con infección por COVID-19 a nivel hospitalario en áreas no UCI.
- **Ámbito**
 - El presente documento es de aplicación para hospitales que manejan pacientes con infección por COVID-19 en áreas no UCI.

II. Métodos

a. Búsqueda y selección de documentos

El 31 de mayo de 2020 se buscó protocolos de manejo, guías de práctica clínica, y documentos técnicos que aborden recomendaciones clínicas y no clínicas para cuidados paliativos de pacientes con infección por COVID-19 hospitalizados en áreas no UCI, cuya versión a texto completo se encuentre en español o inglés. Adicionalmente, se realizó una actualización de búsqueda en una base de datos el 3 de agosto de 2020. Los detalles de la búsqueda y selección de los documentos se detallan en el **Anexo N° 1**.

Luego de eliminar los duplicados, se identificaron 6 documentos que abordaron el tema de interés. Posterior a ello, se procedió a evaluar y seleccionar los documentos que cumplan los siguientes criterios en su totalidad:

- El documento fue realizado por una institución o entidad reconocida, como entidades gubernamentales, sociedades médicas o similares.
- El documento aborda el tema de interés.
- El documento describe ampliamente el tema de interés.
- El documento describe la metodología que utilizó para establecer los procedimientos a seguir.

Producto de la evaluación y selección, no se identificaron documentos que cumplan con todos los criterios de selección. Por ello, se consideró incluir como fuente de información a todos estos cuatro documentos:

Autor	Documento
National Institute for Health and Care Excellence	COVID-19 rapid guideline: managing symptoms (including at the end of life) in the community
National Health System	What you can do to practically care for someone who is in their last days and hours of life
Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland	COVID-19 and palliative, end of life and bereavement care
Brigham and Women's Hospital	Palliative Care
Asociación Salvadoreña para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos y Fundación de Medicina Paliativa de El Salvador	Guía práctica de cuidados paliativos en situación de pandemia COVID-19
Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile	Recomendaciones para el manejo no infectológico de la persona mayor hospitalizada con COVID-19
The Australian & New Zealand Society of Palliative Medicine	Further Symptom Management in COVID-19 patients: Treatment Approaches and Alternative Routes
Multisocietaria	Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19: Recomendaciones multisocietarias para la asignación de recurso
European Respiratory Society International	COVID-19: Guidance on Palliative care from a European Respiratory Society International Task Force
Ting R, et al	Palliative care for patients with severe covid-19
Lopez S, et al	"Palliative Pandemic Plan," Triage and Symptoms Algorithm as a Strategy to Decrease Providers' Exposure, While Trying to Increase Teams Availability and Guidance for Goals of Care (GOC) and Symptoms Control

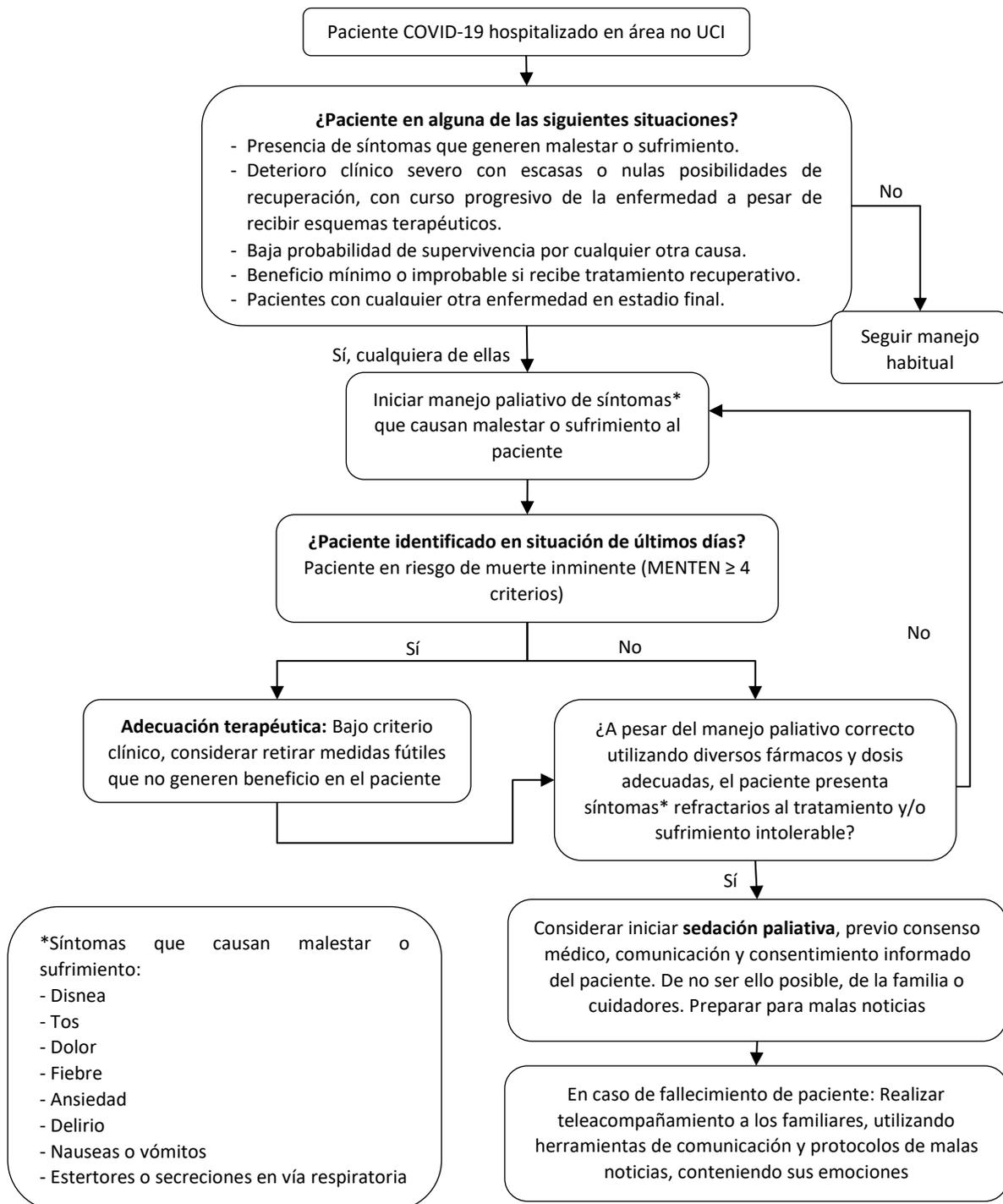
b. Formulación de las recomendaciones clínicas.

Para la formulación de los lineamientos clínicos se revisaron los lineamientos propuestos por los protocolos encontrados que describieron ampliamente el tema a tratar, los cuales fueron adaptados para el contexto de EsSalud. Además, se tomó en cuenta otra información científica encontrada en búsquedas no sistemáticas o recomendadas por expertos clínicos, para temas puntuales. Producto de ello se emitieron lineamientos y se formuló un flujograma.

III. Desarrollo de los lineamientos clínicos

El presente documento propone recomendaciones médicas y no médicas para los cuidados paliativos de pacientes adultos con infección por COVID-19 hospitalizados en áreas no UCI en el seguro social del Perú (EsSalud). Para ello, se abordará la identificación de pacientes tributarios de cuidados paliativos, con el fin de: Controlar síntomas que generen malestar o sufrimiento (como disnea, dolor y otros), garantizar la sedación paliativa de manera profesional, brindar adecuación terapéutica en situación final de vida, garantizar la correcta comunicación con familiares o cuidadores, y brindar pautas de autocuidado de los profesionales de salud. Las principales recomendaciones se resumen en la figura 1.

Figura 1: Flujograma para los cuidados paliativos en pacientes con COVID-19 hospitalizados en áreas no Unidad de Cuidados Intensivos.



Identificación de pacientes que deberían recibir cuidados paliativos en COVID-19

Los cuidados paliativos se definen como aquellos cuidados activos y holísticos para individuos de todas las edades con sufrimiento intenso relacionado a la salud a causa de enfermedades severas, y especialmente, en aquellos que se encuentran en sus últimos días de vida. Tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de los pacientes, familiares y cuidadores (1). Se enfoca en la prevención y alivio de sufrimiento a través de una identificación temprana, evaluación y tratamiento de síntomas físicos, psicosociales y espirituales (2). En el contexto actual de COVID-19, ofrecer cuidados paliativos a los pacientes que lo necesiten es crucial.

Los siguientes escenarios nos ayudan a identificar a los pacientes tributarios de Cuidados Paliativos (1,3,4):

- Presencia de síntomas que generen malestar o sufrimiento.
- Deterioro clínico severo con escasas o nulas posibilidades de recuperación, con curso progresivo de la enfermedad a pesar de recibir esquemas terapéuticos.
- Baja probabilidad de supervivencia por cualquier otra causa.
- Beneficio mínimo o improbable si recibe tratamiento recuperativo.
- Pacientes con cualquier otra enfermedad en estadio final o avanzado.

Si bien no existe un estándar para definir quién debe recibir cuidados paliativos (3), no sólo los pacientes en **situación de últimos días** – agonía son tributarios de cuidados paliativos. Sino también lo son los pacientes que experimenten **sufrimiento intenso** debido a síntomas que causa el COVID-19, independientemente de la incertidumbre de la evolución posterior de la enfermedad (5).

Evaluación de síntomas que causan sufrimiento

En el contexto COVID-19 los síntomas que generen malestar o sufrimiento a identificar y poder brindar cuidados paliativos son: Disnea, dolor, náuseas – vómitos, ansiedad, delirio, fiebre, y secreciones en vía respiratoria (6).

La intensidad de los síntomas de disnea, dolor, náuseas-vómitos, y ansiedad se pueden evaluar en forma general con la versión en español de la escala *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS). Es una escala numérica del 0 al 10, con particularidades específicas dependiendo del síntoma, según la respuesta del paciente (7). Cuando no se puede obtener una respuesta entendible o completa del paciente, esta evaluación lo debería realizar el médico tratante de manera subjetiva (**Tabla 1**). En base a esta escala numérica, los síntomas podrían categorizarse según su intensidad: Ausencia del síntoma (0, cero), leve (1 a 3), moderado (4 a 7), y severo (8 a 10).

Tabla 1: Evaluación de la intensidad de síntomas que causan sufrimiento

Síntoma	Evaluación	Definición de síntoma, y forma de evaluación
Dolor	0 a 10	<p>Preguntar al paciente (si es posible): “Por favor, del 0 al 10, describa la intensidad de su dolor, siendo 0 nada de dolor y 10 el peor dolor que se pueda imaginar”.</p> <p>En paciente con dificultad para comunicarse o que tienen deterioro cognitivo, con imposibilidad de obtener respuesta verbal, el médico usará la escala de dolor de Painad (8). Esta escala evalúa 5 elementos: Patrón respiratorio, expresiones verbales negativas, expresión facial, expresión corporal, necesidad de</p>

		tranquilizar, y les asigna un puntaje de 0 a 2 a cada elemento. Finalmente, se obtiene un puntaje total de 0 a 10 puntos.
Tos	0 al 10	Preguntar al paciente (si es posible): “Por favor, del 0 al 10, describa la intensidad de su tos, siendo 0 ninguna molestia y 10 la mayor intensidad de tos que se puede imaginar”. En caso de imposibilidad de evaluación verbal, consultar a enfermería la presencia de tos durante las últimas 24 horas.
Disnea	0 a 10	Preguntar al paciente (si es posible): “Por favor, del 0 al 10, describa la intensidad de su falta de aire, siendo 0 ninguna dificultad para respirar y 10 la mayor dificultad para respirar que se puede imaginar”. Por otro lado, desde la evaluación subjetiva del médico, son compatibles con una intensidad moderada-severa: Falta de aire al comer, imposibilidad de ir al baño por sí solo por disnea, no poder expresar una oración completa por disnea, despertar por falta de aire durante la noche.
Fiebre	Con fiebre Sin fiebre	Revisar en hoja de funciones vitales o pedir informe de enfermería.
Ansiedad	0 a 10	La ansiedad es diferente al delirio, ya que no hay alteración de conciencia en el paciente. Preguntar al paciente (si es posible): “Por favor, del 0 al 10, describa la ansiedad que siente, siendo 0 nada de ansiedad y 10 la peor ansiedad que se puede imaginar”. La ansiedad sólo se evalúa si el paciente está en capacidad de comunicación o en estado lúcido, de lo contrario, se considerará un delirio.
Delirio	Hiperactivo Hipoactivo Mixto	El delirio o síndrome confusional agudo es la alteración del estado mental agudo y fluctuante, caracterizado por presentar inatención, pensamiento desorganizado y alteración del nivel de conciencia. El tipo de delirio que debe recibir tratamiento es el tipo hiperactivo o el mixto (en su fase hiperactiva), que cursa con agitación psicomotriz y puede provocar daño al paciente, familiares o al personal de salud. Para definir el delirio se utiliza la herramienta de <i>Confusion Assessment Method (CAM)</i> (9).
Náuseas o vómitos	0 a 10	Preguntar al paciente (si es posible): “¿Por favor, del 0 al 10, describa las náuseas o vómitos que tiene actualmente, siendo 0 nada de náuseas ni vómitos y 10 las peores náuseas o vómitos que se pueda imaginar” En caso de imposibilidad de evaluación verbal, consultar a enfermería la presencia de arcadas sugestivas de náuseas o vómitos.
Secreciones en vía respiratoria	Con secreciones Sin secreciones	Verificar y preguntar a enfermería: Si presenta ronquido al respirar constante y tos exigente productiva, la cual paciente no puede expectorar.

Manejo de síntomas y otros cuidados

Se considera el uso de métodos farmacológicos y no farmacológicos para aliviar los síntomas que causen molestias al paciente (aquellos que presentan 4 o más puntos en la escala previa), delirio activo o mixto, y secreciones en vía respiratoria. Para establecer que un síntoma está

controlado, éste debe estar ausente, o en el caso de los síntomas debe disminuir a una intensidad leve (0 a 3 puntos).

En cuanto al manejo farmacológico, en general se recomienda titulación de dosis, es decir, en un primer momento usar las dosis recomendadas en la **tabla 2** (4,10–17). Luego, en los días siguientes, aumentar o disminuir dosis según el número de rescates utilizados.

Tabla 2: Manejo farmacológico y no farmacológico por síntomas

Síntoma	Medidas no farmacológicas	Fármacos	Dosis	Consideraciones
Dolor	<ul style="list-style-type: none"> Mantener un ambiente calmado tanto como sea posible 	Tramadol ampolla: 50 mg/2mL	25 a 50 mg SC o EV PRN en casos de dolor leve a moderado más PRN. Dosis máxima 400 mg.	<p>Evaluar efectividad a los 15-20 minutos. De no obtener respuesta, considerar nueva dosis o pasar a morfina.</p> <p>En insuficiencia hepática, dosis máxima 200 mg y espaciar dosificación a cada 12 horas.</p> <p>En casos de insuficiencia renal con tasa de filtración glomerular <30 ml/min, dosis máxima 200 mg y, en caso de <15 ml/min, dosis máxima 100 mg.</p> <p>En caso de náuseas o vómitos a causa de tramadol, revisar manejo sintomático de náuseas y vómitos.</p>
		Morfina ampolla: 20 mg/mL o 10 mg/mL	2.5 mg (inicio) a 5 mg SC/EV cada 4 horas más PRN.	<p>Evaluar efectividad cada 20 minutos, de no obtener respuesta, considerar una nueva dosis. La morfina no tiene techo terapéutico.</p> <p>Considerar que pacientes con tasa de filtración glomerular <60ml/min. o adultos mayores tienen mayor sensibilidad a la morfina, por lo que se prefiere usar otro opioide o dosis muy menores.</p> <p>Considerar indicar un laxante estimulante regular, en caso de constipación.</p>
Tos	<ul style="list-style-type: none"> Hidratación por vía oral Posición sentada y elevación de cabeza 	Codeína en jarabe: 15mg/5ml o tableta: 15 mg o 30 mg. Codeína ampolla: 60 mg/2ml	<p>15 mg a 30 mg VO cada 4 horas más PRN. Dosis máxima hasta 4 dosis en 24 horas.</p> <p>Considerar uso de rescate: 30 a 60 mg SC.</p>	<p>Considerar recetar un laxante estimulante regular. Evite los supresores de la tos en la bronquitis crónica y la bronquiectasia.</p> <p>Evaluar efectividad cada 20 minutos, de no obtener respuesta, considerar una nueva dosis. La morfina no tiene techo terapéutico.</p> <p>Considerar que pacientes con tasa de filtración glomerular <60mg/min. o adultos mayores tienen mayor sensibilidad a la morfina, por lo que se prefiere usar otro opioide o dosis muy menores.</p>
		Morfina ampolla: 20 mg/mL o 10 mg/mL	2.5 mg (inicio) a 5 mg SC/EV cada 4 horas más PRN. Aumentar hasta 5 mg a 10 mg cada 4 horas cuando se requiera.	<p>Si no se evidencia eficacia, suspenderlo y aumentar dosis de morfina.</p>
		Dextrometorfano en jarabe: 15 mg/5mL	5 – 10 mL cada 6 – 8 horas VO.	
Disnea	<ul style="list-style-type: none"> Posición sentada y elevación de cabeza Si el paciente tolera y mejora disnea, ponerse en posición 	Oxígeno suplementario	<p>En caso de hipoxemia (Sat O₂ < 94%), dar oxígeno a demanda.</p> <p>Si paciente siente disnea, a pesar de no tener</p>	

	<p>pronación por máximo dos horas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de relajación y respiración eficaz • Evitar uso de ventiladores de uso domiciliario en la habitación 		hipoxemia, brindar sólo 2 Lts/min. por cánula binasal	
		Morfina ampolla: 20 mg/mL o 10 mg/mL	<p>2 mg (inicio, en caso de no haber usado opiodes previamente) SC/EV cada 4 horas más PRN.</p> <p>En caso que el paciente fuese usuario de opiodes, aumentar dosis en 25%</p>	<p>Evaluar efectividad cada 20 minutos, de no obtener respuesta, considerar una nueva dosis. La morfina no tiene techo terapéutico.</p> <p>Considerar que pacientes con tasa de filtración glomerular <60ml/min. o adultos mayores tienen mayor sensibilidad a la morfina, por lo que se prefiere usar otro opioide o dosis muy menores.</p>
Fiebre	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la temperatura del ambiente • Usar ropa suelta • Enfriar la cara usando un franela o tela fría • Hidratación vía oral o endovenosa • Evitar uso directo de alcohol • Evitar uso de ventiladores de uso domiciliario en la habitación 	Paracetamol tableta: 500 mg	0.5 gr o 1 gr VO cada 4 a 6 horas. Máximo 4 gr por día.	Verificar función hepática.
		Metamizol ampolla: 1gr/2mL (Si la fiebre causa molestias que no cede con paracetamol)	1 gr PRN a fiebre (Dosis máxima: 5- 6 gr/día).	Supervisar presión arterial, por riesgo de hipotensión.
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente y absolver sus dudas acerca de la enfermedad • Considerar videollamada a familiares (Ver sección de videollamada) • Mantener un ambiente calmado tanto como sea posible • Considerar disminuir cantidad de personas alrededor del paciente • Soporte espiritual (respetar las creencias y cumplir las voluntades del paciente en el ámbito espiritual en la medida posible). Adecuándolo al contexto actual. 	Clonazepam tableta: 0.5 mg	0.5 mg VO PRN ansiedad y/o insomnio (Dosis máxima: 4 mg/día).	Evaluar efectividad en síntomas de ansiedad a los 10 minutos. De no obtener efecto, considerar administrar una segunda dosis.
		Midazolam ampolla: 5 mg/5mL (En caso de ansiedad con agitación psicomotriz)	2.5 a 5 mg SC PRN agitación psicomotriz.	<p>Disminuir dosis a 5 mg en 24 horas si tasa de filtración glomerular <30 ml/min. o adulto mayor.</p> <p>Evaluar efectividad en síntomas de ansiedad a los 10 minutos. De no obtener efecto, considerar administrar una segunda dosis.</p>
Delirio	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar comunicación y reorientación efectiva • Considerar comunicación con familiares o cuidadores • Mantener un ambiente calmado tanto como sea posible • Considerar disminuir 	Haloperidol ampolla: 5 mg/mL (Primera opción)	<p>1 a 2.5 mg VO/SC en las noches cada 2 horas más PRN.</p> <p>Aumentar dosis en 0.5 a 1 mg según se necesite (Dosis máxima 5 mg/día).</p>	<p>Contraindicado en caso de que se esté usando Azitromicina, hidroxiclороquina, o antivirales.</p> <p>En caso de delirio pre-morten, retirar azitromicina, hidroxiclороquina y antivirales, y usar haloperidol para su manejo.</p>
		Midazolam ampolla: 5 mg/5mL (En casos refractarios a	2.5 a 5 mg SC PRN agitación psicomotriz.	Disminuir dosis a 5 mg en 24 horas si tasa de filtración glomerular <30 ml/min. o adulto mayor.

	<p>la cantidad de personas alrededor del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que los aparatos visuales y auditivos del paciente estén funcionando correctamente • Evitar movilización entre ambientes de forma innecesaria 	haloperidol)		
Náuseas o vómitos	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar causas por medicamentos o trastorno hidroelectrolíticos como hiponatremia o hipercalcemia • Comidas no copiosas y fraccionadas 	<p>Metoclopramida ampolla: 10 mg/mL</p> <p>(Primera opción)</p>	10 mg SC/IV c/8 horas (Dosis máxima recomendable 30-40 mg/día).	
		<p>Haloperidol ampolla: 5 mg/mL</p> <p>(En sospecha de causa metabólica o inducida por fármacos, o refractario a metoclopramida)</p>	<p>1 a 2.5 mg (2,5 a 5 mg) VO/SC en las noches cada 2 horas más PRN.</p> <p>Aumentar dosis en 0.5 a 1 mg según se necesite (Dosis máxima 50 mg/día).</p>	Contraindicado en caso de que se esté usando Azitromicina, hidroxicloquina, o antivirales.
Secreciones en vía respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar de posición para permitir que la gravedad movilice las secreciones y disminuir el malestar • Considerar disminuir o suspender los fluidos SC o IV • Considerar balance riesgo y beneficio entre la aspiración de secreciones o cambio de posición 	<p>Bromuro de escopolamina ampolla: 20 mg/mL</p>	10-20 mg SC/IV cada 6-8 horas (Dosis máxima 120 mg/día).	

Cuidado personal y seguimiento del paciente

Todo paciente que está recibiendo cuidados paliativos, especialmente si está en situación de últimos días, debe recibir cuidados de higiene y comodidad personal (12):

- Mantener comodidad e higiene del paciente cambiando pañales cada vez que sea necesario.
- Cambios de posición para buscar la comodidad del paciente, cada 2-4 horas.
- Limpieza bucal y mantener labios hidratados (puede usarse algodón o gasa húmeda cada 2-3 horas o cada vez que sea necesario).
- Lavado y limpieza de manos y cara principalmente.

Tener en cuenta que la mejoría en síntomas o estado funcional pueden indicar que la persona se puede estar estabilizando o recuperando. Adicionalmente, monitorizar si hay cambios en el estado del paciente al menos cada 24 horas y actualizar su plan de atención de ser necesario (18).

Se considera refractariedad al tratamiento, cuando las medidas farmacológicas y no farmacológicas usadas no consiguen aliviar el sufrimiento del paciente (síntomas con 4 o más puntos en la escala de 0 a 10) y controlar efectivamente los síntomas. En estos casos, se debe

considerar realizar sedación paliativa, pero siempre las condiciones de autonomía del paciente, consentimiento informado y respetando los deseos del paciente (o de sus familiares, en caso el paciente no sea capaz de tomar decisiones) (Ver sección sobre sedación paliativa).

Situación de últimos días – Agonía

Se considera así, a un paciente cuyo fallecimiento es inminente, ya que las posibilidades de recuperarse a causa de enfermedad es casi nula y el beneficio es mínimo o improbable si recibe tratamiento recuperativo (3,10). Para definir un paciente en situación de últimos días – agonía, se utiliza la escala de Menten (19) (**Tabla 3**). Sin embargo, se tiene que considerar que esta escala es referencial y existe la posibilidad de muerte imprevista en algunos pacientes.

Tabla 3. Cómo evaluar si el paciente está en situación de últimos días - agonía.

Escala de Menten (8 criterios)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Frialdad o palidez nasal 2. Frialdad en extremidades 3. Livideces 4. Cianosis de Labios 5. Anuria (<100 cc/día o <0.3 ml/kg/h) 6. Estertores premortem 7. Apneas mayores a 15 segundos en un minuto 8. Somnolencia (>15 h de sueño por día)
<p>Si algún paciente cumple con 4 o más criterios en la escala de Menten, y/o presentan alguno de los criterios clínicos: considerar que el paciente puede estar en situación de últimos días, y sería tributario para recibir cuidados paliativos al final de la vida (adecuación terapéutica y sedación paliativa)</p>

En casos donde hay alto nivel de incertidumbre sobre si se encuentran en situación de últimos días (por ejemplo: síntomas clínicos ambiguos o conflictivos), la definición si el paciente realmente está en situación de últimos días, puede ser discutida en una junta médica. Idealmente esta incluirá profesionales con experiencia en manejo paliativo. Además, se deberá comunicar a los familiares, teniendo en cuenta las voluntades anticipadas y al paciente, si el estado clínico lo permite, para la aprobación del plan de manejo del paciente (18).

Adecuación terapéutica en pacientes en situación de últimos días – agonía

En pacientes en situación de últimos días – agonía, se realizará adecuación terapéutica, es decir, priorizar el manejo sintomático sobre el terapéutico con el objetivo de disminuir el malestar del paciente. Esto implica en lo posible, y pensando en el bienestar y dignidad del paciente, retirar las medidas fútiles (farmacológicas o no farmacológicas) que no genere beneficio en el paciente o que expongan de manera innecesaria al personal de salud (5). Asimismo, incluye considerar derivar al paciente a un área de menor complejidad, como un área de hospitalización general, para su mayor comodidad y bienestar (3,20).

La propuesta de iniciar la adecuación terapéutica deberá ser comunicada al paciente, o a sus familiares en caso el estado clínico del paciente no lo permita (Ver sección: “Comunicación con familiares/cuidadores y soporte emocional”). La decisión final del inicio de la adecuación

terapéutica deberá considerar consentimiento verbal (explícito, implícito o delegado) por parte del paciente o familia. Este proceso se deberá registrarse, de manera explícita y continua, en la historia clínica.

En la **tabla 4** se expone algunas recomendaciones generales sobre qué elementos retirar en la adecuación terapéutica (5,21,22). Sin embargo, esta decisión deberá seguir un criterio clínico individualizado para cada paciente.

Tabla 4. recomendaciones generales sobre qué elementos considerar retirar en la adecuación terapéutica.

Recomendación	Elementos a considerar retirar o limitar
Suspender fármacos que no contribuyan a la recuperación del paciente y que expongan al personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Insulina. ○ Antihipertensivos. ○ Tratamiento por manejo de COVID-19. ○ Antibióticos. ○ Profilaxis antitrombótica. ○ Transfusiones. ○ Alimentación (enteral y parenteral). ○ Hidratación (o disminuir).
Suspender los dispositivos invasivos y no invasivos que no sean necesarios para la comodidad o la administración de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Preferir vía subcutánea (si ya tiene vía endovenosa, continuar con esa). ○ Monitores. ○ Sondas nasogástricas. ○ Sonda Foley (permanece si es necesario).
Evitar el uso de aparatos o intervenciones que pueden generar aerosol e infectar a personas cercanas con SARS-CoV-2.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Evitar ventiladores de uso domiciliario en la habitación. ○ Flujo de oxígeno no superior a 4 - 6 L/min. por cánula nasal de bajo flujo, manteniendo atención a la disnea e hipoxemia ○ Evitar cánula nasal de alto flujo de oxígeno (según demanda y manejo de disnea). ○ Todos los tratamientos nebulizados están proscritos (broncodilatadores, epinefrina, soluciones salinas, etc.).
Limitar el monitoreo constante.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Disminuir y/o retirar el monitoreo de funciones vitales, especialmente en casos de sedación paliativa. ○ Evitar monitoreo glucosa capilar. ○ No realizar exámenes de laboratorio. ○ No realizar exámenes imagenológicos.

La adecuación terapéutica implica la limitación del ingreso del paciente a áreas de mayor complejidad y/o derivarlo a áreas de menor complejidad donde pueda estar más cómodo y quizá acompañado. También implica limitar y retirar el tratamiento recuperativo, y simultáneamente

continuar o implementar las medidas paliativas para el alivio de síntomas que causen malestar o sufrimiento. Todo este proceso debe ir acompañado de una correcta y continua comunicación con los familiares, acompañando su proceso de aceptación y duelo anticipado (20). Una forma de evaluar el bienestar del paciente es con sus expresiones faciales, especialmente durante la situación de últimos días del paciente.

Sedación paliativa

Este procedimiento médico busca conseguir una disminución de la conciencia hasta alcanzar un puntaje mayor o igual a 4 en la escala de Ramsay (Tabla 5), no respondiendo al estímulo verbal. Tiene como objetivo hacer control sintomático en aquellos pacientes que presentan un sufrimiento intolerable debido a la presencia de síntoma(s) refractario(s) al tratamiento durante un tiempo razonable, a pesar de recibir un manejo paliativo correcto, utilizando diversos fármacos y dosis adecuadas (6,20,22).

La decisión de realizar sedación paliativa, de preferencia, debe ser consensuada en el equipo médico de turno. Esta decisión debe ajustarse a un marco clínico y ético que considere la evaluación detallada del paciente para controlar sus síntomas refractarios. Se deberá registrar, de manera explícita, el procedimiento en la historia clínica, el motivo de sedación paliativa, y plan de sedación (20). Además, se deberá considerar consentimiento verbal (explícito, implícito o delegado) por parte del paciente o familia. En caso de situación de abandono del paciente e incapacidad del paciente para tomar decisiones, la decisión de iniciar sedación paliativa deberá ser respaldada por una junta médica o por el comité de ética asistencial. En ningún caso se debe aplicar sedación paliativa en contra de los deseos consientes del paciente, aun cuando el equipo médico observe sufrimiento.

El procedimiento de explicación al paciente, la familia o cuidador idealmente debería realizarse personalmente por el médico que aplicará el procedimiento. Sin embargo, debido a la situación actual de aislamiento social, muchas veces se realizará vía telefónica o videollamada. Para esta comunicación, se sugiere mencionar los siguientes puntos (3,20):

- Explicar el objetivo, intención y proporcionalidad de la sedación.
- Explicar la expectativa de vida desde el inicio de la sedación (horas a días).
- Informar a la familia que se adecuará la medicación con el objetivo de reducir el sufrimiento y permitir que el paciente fallezca tranquilo sin molestias.
- Informar que una vez iniciada la sedación paliativa, no está recomendado continuar la hidratación o nutrición artificial al paciente. Esto es porque puede empeorar los estertores y dar la impresión de disnea o falta de aire del paciente.
- Establecer que la sedación paliativa en ningún caso es equivalente a eutanasia (o muerte asistida), porque se respeta el proceso natural de la muerte, y sólo se pretende aliviar el sufrimiento.

Una vez decidida la realización de sedación paliativa, se iniciará midazolam y morfina (ambos fármacos pueden estar acompañados de otros según la necesidad) hasta alcanzar un puntaje mayor o igual a 4 en la escala de Ramsay. Se reevaluará cada 6, 12, 24 horas, o dependiendo de la respuesta a la medicación y la disponibilidad de personal de salud (**Tabla 5**) (3,20).

En cuanto a las dosis de los fármacos establecidos en la **tabla 5**, si bien algunas guías suelen usar dosis altas (23), el objetivo de la sedación paliativa en estas situaciones es la sedoanalgesia, por lo que las dosis deberían ser más bajas (3,4,20). La decisión de uso de la opción 1 o 2 para sedación paliativa queda a criterio clínico del médico tratante y situación del paciente.

Tabla 5: Protocolos de sedación paliativa

Etapas	Opción 1: Inicio con bolo + titulación + dosis de mantenimiento	Opción 2: Inicio con Infusión + dosis de mantenimiento
Inducción	<p>Fármacos de inducción por vía subcutánea (de elección):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Midazolam: 2 – 2,5 mg cada 4 horas + dosis de rescate (misma dosis), y ● Morfina: <ul style="list-style-type: none"> ● SC: 2 – 2,5 mg cada 4 horas + dosis de rescate (misma dosis) ● IV: 2 mg en bolo, lento cada 4 horas ● El uso de escopolamina es opcional de acuerdo a necesidad) <p>Consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Objetivo: puntaje en la escala de Ramsay \geq 4 ● Indicar inducción en bolo, y reevaluar cada 10-15 minutos (si es IV, 3 a 5 minutos). ● De no lograr objetivo, indicar dosis extra de rescate de midazolam y morfina, y reevaluar cada 10-15 minutos, hasta lograr objetivo. ● Luego de lograr objetivo, indicar dosis cada 4 horas, durante las primeras horas. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Infusión SC/EV en 24 horas en 100 cc de NaCl 0.9% que contiene: <ul style="list-style-type: none"> ○ Midazolam 10 mg ○ Morfina 10 mg ○ Escopolamina 60 mg (opcional) <p>Consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Objetivo: puntaje en la escala de Ramsay \geq 4 ● Luego de inicio de infusión, reevaluar cada 10-15 minutos (si es IV, 3 a 5 minutos). ● De no lograr objetivo, indicar dosis extra de rescate de midazolam y morfina, y reevaluar cada 10-15 minutos, hasta lograr objetivo.
Reevaluación cada 12 – 24 horas	<ul style="list-style-type: none"> ● Cada 12 o 24 horas reevaluar y recalcular la dosis siguiente, en base a las dosis horarios y de rescate usadas. ● Reevaluar objetivo: puntaje en la escala de Ramsay \geq 4 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cada 12 o 24 horas reevaluar y recalcular la dosis siguiente, en base a las dosis horarios y de rescate usadas. ● Reevaluar objetivo: puntaje en la escala de Ramsay \geq 4
Dosis de Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> ● La dosis total tanto de Midazolam como de Morfina se colocará en 100 cc de NaCl 0.9% y se pondrá en infusión SC en 12 o 24 horas según lo evaluado. ● Dosis de rescate continúa según demanda. Las dosis van aumentando o disminuyendo de acuerdo al paciente y al nivel de conciencia que se pretende alcanzar. 	
Escala de sedación de Ramsay	<p>Nivel 1: Agitado Nivel 2: Tranquilo, orientado, colaborador Nivel 3: Respuesta a estímulos verbales Nivel 4: Respuesta a presión glabellar Nivel 5: Respuesta a estímulos dolorosos Nivel 6: No respuesta</p>	

SC: subcutánea, IV: intravenosa.

Comunicación con familiares/cuidadores y soporte emocional

Al momento de considerar iniciar manejo paliativo a un paciente (manejo de síntomas que causan malestar o sufrimiento, adecuación terapéutica o sedación paliativa), se recomienda avisar presencial o telefónicamente a los familiares del cambio de estado clínico del paciente, lo cual puede hacer prever el riesgo de que pueda fallecer en un corto tiempo, o de que tiene un cuadro clínico con síntomas insoportables (sin la necesidad de una muerte inminente). En la información explicar la situación de comorbilidad previa, evolución de la infección, pronóstico en horas/días (de ser necesario), ofrecer posibilidad de responder a las preguntas de los familiares. Es importante realizar, en este momento, el proceso del consentimiento informado del paciente, cuando es posible, o de sus familiares para iniciar cualquier tipo de manejo paliativo, especialmente el que incluye la adecuación terapéutica y/o sedación paliativa.

En lo posible, ofrecer específicamente la posibilidad de ver al paciente usando videollamada. Permitir al paciente y familiares expresar las emociones asociadas al proceso que está viviendo, es normal que sientan tristeza, rabia e impotencia (24,25). Es importante valorar el proceso de despedida a un familiar, en un contexto como éste, y en lo posible, realizarlo, aunque sea de forma remota. Hay que considerar que el paciente sí puede escuchar la despedida a pesar de no responder. Tanto el médico como la familia (si es posible, usando videollamada) pueden hablar al paciente, y transmitirle mensajes de tranquilidad, por ejemplo: qué medicación está recibiendo y cómo lo va a ayudar, que su familia está pendiente y que lo quieren mucho, que puede descansar, que su familia estará bien y que nunca lo olvidarán (24).

Al estar aislado de la familia, el personal de salud asume el papel o rol de la familia, y probablemente la última persona que verán. Por ello, de ser posible, realizar un contacto afectivo con el paciente.

Recomendaciones para comunicar el fallecimiento

Es posible que debido al contexto de la pandemia por COVID-19, la comunicación del fallecimiento de un paciente a sus familiares deba ser por teléfono. La forma de cómo se brinde la noticia puede determinar cómo será el duelo por el que atraviese la familia. El objetivo es prevenir un duelo patológico. Para ello, se sugiere realizar tres pasos (26):

1. **Apertura:** Presentarse como el médico tratante a cargo del paciente, tratar de ser amable, cercano y evitar hablar de forma acelerada.
 - a. **Ejemplo:** “Hola, buenos días, señor(a) xxx, soy el Dr. xxx, del Hospital xxx, tratante de su familiar, el señor o señora xxx”.
2. **Solicitar información:** Antes de comunicar la muerte del paciente, se recomienda escuchar y conocer la información que tiene el familiar hasta ese momento, especialmente si es la primera vez que el médico tiene contacto con los familiares.
 - a. **Ejemplo:** “Señor(a) xxx, quisiera que me comente cuál ha sido el último reporte que ha recibido sobre su familiar y cómo estuvo reaccionando al tratamiento”
3. **Dar la noticia:** Al comunicar la noticia, ser claro, decir el nombre de la persona fallecida.
 - a. **Ejemplo:** “Señor(a) xxx, le pido que se siente en una silla, puesto que le voy a dar una mala noticia, su familiar xxx, hace dos horas, tras el agravamiento clínico de su estado ha fallecido. Siento mucho tener que comunicarle esta triste noticia.”

Además, hay que comunicar que el paciente no sufrió y fue atendido hasta sus últimos momentos.

- b. Ejemplo:** “Señor(a) xxx, quiero comunicarle que su ser querido no ha sufrido, que ha fallecido tranquilo, ya que la medicación y atenciones que le dimos le ayudó a no sufrir”. Adicionalmente, ser proactivos, intentando contestar a las preguntas que planteen los familiares o cuidadores, sin usar tecnicismos. Usar un lenguaje sencillo, que puedan entender fácilmente. Brindar contención a las reacciones del familiar. Y orientarlo sobre los trámites que vendrán. Se aconseja tomar el tiempo necesario, cuidar el tono de voz, y hablar pausadamente.
- 4. Cierre de la llamada:** Ofrecer más información de tipo técnico, de ser necesario, y realizar la despedida final.
- a. Ejemplo:** “Es todo en cuanto tengo que informarle, le reitero mis condolencias, me despido y quiero que sepa que lo acompaño en su dolor”

Autocuidado en el personal de salud

La incertidumbre de la progresión de la enfermedad, la presión de trabajo, la magnitud de la pandemia y las muertes posteriores significarán una situación de estrés constante para el personal de salud. Se recomienda que el personal de salud involucrado en los manejos paliativos sea capaz de reconocer sus propias vulnerabilidades y el efecto de sus emociones sobre su comportamiento (21).

Es importante tomarse un minuto para respirar, manejar las emociones de la manera más tranquila posible, antes de continuar con el trabajo. Como equipo de trabajo, se debe asegurar espacios seguros, psicológica y físicamente, para hablar sobre los sentimientos y el efecto sobre el propio bienestar. Estos espacios seguros y momentos deberían desarrollarse como una estrategia dentro del equipo de trabajo. Los profesionales de salud deben poseer una compasión consciente y deliberada el uno hacia el otro que implica darse cuenta y estar presente en el sufrimiento del otro (20).

Es recomendable, que en caso de identificar un posible trastorno de salud mental en algún colega o en uno mismo, se deba buscar ayuda lo más pronto posible en un psiquiatra o psicólogo de confianza (20).

IV. Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: A WHO guide [Internet]. World Health Organization; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-the-response-to-humanitarian-emergencies-and-crises>
2. World Health Organization. Clinical management of COVID-19. Interim guidance [Internet]. World Health Organization; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332196/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por la pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos [Internet]. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias; 2020. Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf
4. Maglio I, Valdez P, Cámara L, Finn B, Klein M, Pincemin I, et al. Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19: Recomendaciones multisocietarias para la asignación de recurso. *Med B Aires*. 2020;80(3):45-64.
5. Meneses F, Peña F. En cuidados paliativos, manejar activamente los síntomas y evitar procedimientos desproporcionados. En: Recomendaciones para el manejo no infectológico de la persona mayor hospitalizada con COVID-19 [Internet]. Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile; 2020. Disponible en: <https://www.socgeriatria.cl/site/wp-content/uploads/2020/04/COVID-persona-mayor-hosp.pdf>
6. Arya A, Buchman S, Gagnon B, Downar J. Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives. *CMAJ*. 14 de abril de 2020;192(15):E400-4.
7. Carvajal Valcárcel A, Martínez García M, Centeno Cortés C. Versión española del Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): un instrumento de referencia para la valoración sintomática del paciente con cáncer avanzado. *Med Paliativa*. 1 de octubre de 2013;20(4):143-9.
8. Muñoz-Narbona L, Cabrera-Jaime S, Lluch-Canut T, Pérez de la Ossa N, Álvarez Ballano J, Zarza Arnau N, et al. Validation of the Spanish Version of the Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD-Sp) in Hospitalized Patients with Neurologic Disorders and Oncologic Patients Unable to Self-Report Their Pain. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses*. 2019;20(4):323-30.
9. Lázaro-Del-Nogal M, Ribera-Casado JM. Síndrome confusional (delirium) en el anciano. *Psicogeriatria*. 1(4):209-21.
10. National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 rapid guideline: managing symptoms (including at the end of life) in the community [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2020. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng163/resources/covid19-rapid-guideline-managing-symptoms-including-at-the-end-of-life-in-the-community-pdf-66141899069893>

11. Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. COVID-19 and Palliative, End of Life and Bereavement Care [Internet]. Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland; 2020. Disponible en: https://www.loros.co.uk/media/uploads/files/healthcare/covid-19_palliative%2C_end_of_life_and_bereavement_care_llr_guideline.pdf
12. National Health System. What you can do to practically care for someone who is in their last days and hours of life [Internet]. Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland; 2020. Disponible en: https://helixcentre.com/_content-img/projects/eolc-toolkit/Practical-Care-For-Dying-Person-Toolkit.pdf
13. Palliative Care [Internet]. Brigham and Women's Hospital COVID-19 Clinical Guidelines. [citado 6 de junio de 2020]. Disponible en: <https://5edbfea522763e2a7ea0363f--covid-protocols.netlify.app/protocols/procedures/>
14. Ting R, Edmonds P, Higginson IJ, Sleeman KE. Palliative care for patients with severe covid-19. *BMJ*. 14 de julio de 2020;m2710.
15. Lopez S, Decastro G, Van Ogtrop KM, Weiss-Domis S, Anandan SR, Magalee CJ, et al. "Palliative Pandemic Plan," Triage and Symptoms Algorithm as a Strategy to Decrease Providers' Exposure, While Trying to Increase Teams Availability and Guidance for Goals of Care (GOC) and Symptoms Control. *Am J Hosp Palliat Care*. 21 de julio de 2020: 1049909120942494.
16. Janssen DJA, Ekström M, Currow DC, Johnson MJ, Maddocks M, Simonds AK, et al. COVID-19: Guidance on Palliative care from a European Respiratory Society International Task Force. *Eur Respir J*. 16 de julio de 2020:2002583.
17. The Australian & New Zealand Society of Palliative Medicine. Further Symptom Management in COVID-19 patients: Treatment Approaches and Alternative Routes [Internet]. The Australian & New Zealand Society of Palliative Medicine; 2020. Disponible en: <http://www.anzspm.org.au/c/anzspm?a=sendfile&ft=p&fid=1591173787&sid=>
18. National Institute for Health and Care Excellence. Care of dying adults in the last days of life [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2015. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/evidence/full-guideline-pdf-2240610301>
19. Menten J, Hufkens K. Objectively observable signs of imminently dying in palliative patients. En: Abstract of the 3rd Research Forum of the European Association for Palliative Care. *Palliat Med*. 2004;18(4):351.
20. Asociación Salvadoreña para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos y Fundación de Medicina Paliativa de El Salvador. Guía práctica de cuidados paliativos en situación de pandemia COVID-19 [Internet]. Asociación Salvadoreña para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos y Fundación de Medicina Paliativa de El Salvador; 2020. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/blog/wp-content/uploads/2020/04/Gui%CC%81a-pra%CC%81ctica-en-situacio%CC%81n-de-Pandemia-COVID-19.pdf>
21. Hendin A, La Rivière CG, Willisroft DM, O'Connor E, Hughes J, Fischer LM. End-of-life care in the emergency department for the patient imminently dying of a highly transmissible acute respiratory infection (such as COVID-19). *CJEM*. 26 de marzo de 2020;1-4.

22. Fusi-Schmidhauser T, Preston NJ, Keller N, Gamondi C. Conservative Management of COVID-19 Patients-Emergency Palliative Care in Action. *J Pain Symptom Manage.* 8 de abril de 2020;
23. Jimenez Rojas C, Fontecha Gómez B. Esquema terapéutico para sedación paliativa en distrés respiratorio agudo refractario COVID-19: Un documento para profesionales [Internet]. Sociedad Española de Medicina Geriatria; 2020. Disponible en: <http://www.semeg.es/uploads/archivos/documento-1-pautas-para-sedacion-covid19.pdf>
24. Kent EE, Ornstein KA, Dionne-Odom JN. The Family Caregiving Crisis Meets an Actual Pandemic. *J Pain Symptom Manage.* 10 de abril de 2020;
25. Borasio GD, Gamondi C, Obrist M, Jox R, for the COVID-19 task force of palliative ch. COVID-19: decision making and palliative care. *Swiss Med Wkly.* 24 de marzo de 2020;150(1314): w20233
26. Alarcon E, Prieto P, Cabrera CE, Rey P, García N, Robles M, et al. Guía para las personas que sufren una pérdida en tiempos de coronavirus (COVID-19) [Internet]. Instituto de Psicoterapia Integrativa Relacional; 2020. Disponible en: <http://www.ipirduelo.com/wp-content/uploads/GUI%CC%81A-DUELO-COVID19-2020.pdf>

V. Anexos

Anexo N°1: Búsqueda y selección de protocolos, guías de práctica clínica, y documentos técnicos

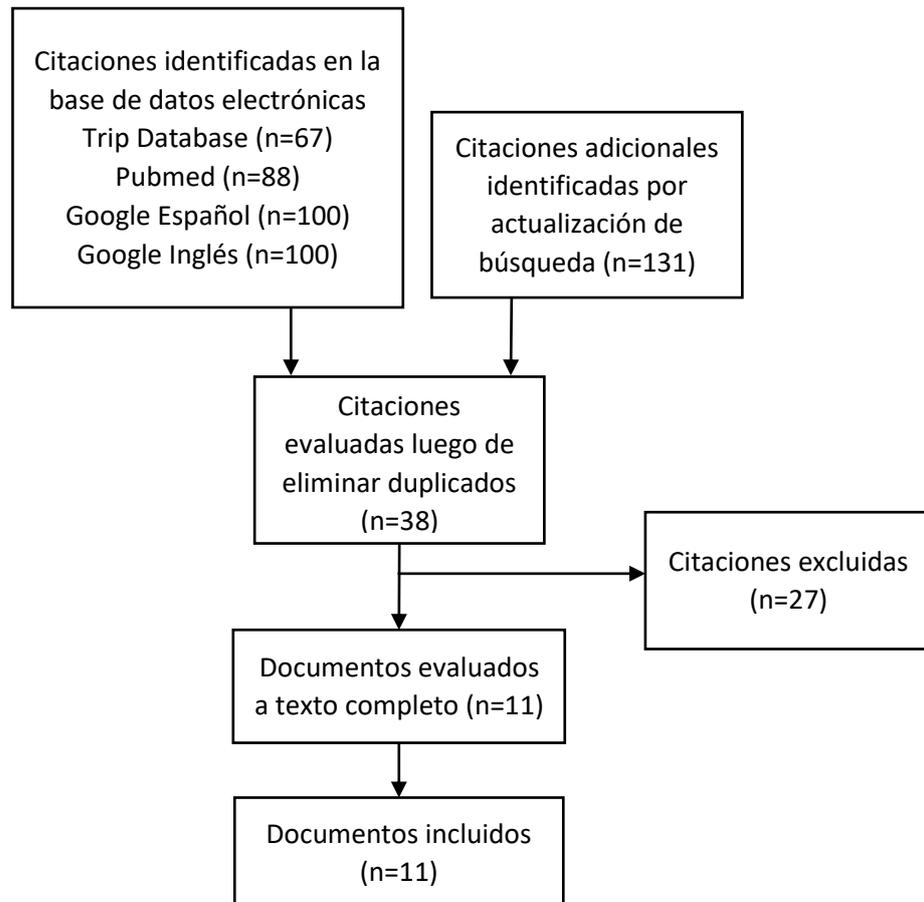
Estrategia de búsqueda

El 31 de mayo de 2020 se buscaron protocolos de manejo, guías de práctica clínica, y documentos técnicos que aborden los manejos paliativos en pacientes adultos con infección por COVID-19 hospitalizados en áreas no UCI, cuya versión a texto completo se encuentre en español o inglés. A continuación, se presentan las estrategias de búsqueda utilizadas:

Buscador, repositorio, u organismo elaborador	Términos de búsqueda	Observaciones
Trip Database	(palliative OR "end of life") AND covid	Se utilizaron los filtros "All secondary evidence"
Pubmed	((("COVID-19"[Supplementary Concept] OR "COVID-19"[Tiab] OR "2019 novel coronavirus infection"[Tiab] OR COVID19[Tiab] OR "coronavirus disease 2019"[Tiab] OR "coronavirus disease-19"[Tiab]) AND (palliativ*[tiab] OR "end of life"[tiab]))	-
Google Español	palliative "end of life" covid	Se revisó los 100 primeros resultados
Google Inglés	paliativo covid	Se revisó los 100 primeros resultados

Adicionalmente, el 03 de agosto del 2020, se realizó una actualización de la búsqueda en Pubmed, con la misma estrategia de búsqueda.

Anexo N°2: Flujoograma del proceso de búsqueda



Anexo N°3: Características de los documentos identificados:

Luego de eliminar los duplicados, se identificaron 28 documentos que abordaron el tema de cuidados paliativos en pacientes adultos con infección por COVID-19 en áreas no UCI, de los cuales se incluyó los 11 que tuvieron información y recomendaciones específicas para el manejo individualizado de cuidados paliativos:

N°	Institución o autor	Título	País o región	Fecha de publicación
1	National Institute for Health and Care Excellence	COVID-19 rapid guideline: managing symptoms (including at the end of life) in the community	Reino Unido	03 abril 2020
2	National Health System	What you can do to practically care for someone who is in their last days and hours of life	Reino Unido	18 marzo 2020
3	Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland	COVID-19 and palliative, end of life and bereavement care	Reino Unido	06 abril 2020
4	Brigham and Women's Hospital	Palliative Care	Estados Unidos	14 abril 2020
5	Asociación Salvadoreña para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos y Fundación de Medicina Paliativa de El Salvador	Guía práctica de cuidados paliativos en situación de pandemia COVID-19	El Salvador	11 abril 2020
6	Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile	Recomendaciones para el manejo no infectológico de la persona mayor hospitalizada con COVID-19	Chile	Abril 2020
7	The Australian & New Zealand Society of Palliative Medicine	Further Symptom Management in COVID-19 patients: Treatment Approaches and Alternative Routes	Australia y Nueva Zelanda	Abril 2020
8	Multisocietaria	Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19: Recomendaciones multisocietarias para la asignación de recurso	Argentina	3 junio 2020
9	European Respiratory Society International	COVID-19: Guidance on Palliative care from a European Respiratory Society International Task Force	Europa	16 julio 2020
10	Ting R, et al	Palliative care for patients with severe covid-19	Reino Unido	14 julio 2020
11	Lopez S, et al	"Palliative Pandemic Plan," Triage and Symptoms Algorithm as a Strategy to Decrease Providers' Exposure, While Trying to Increase Teams Availability and Guidance for Goals of Care (GOC) and Symptoms Control	Estados Unidos	21 julio 2020

Anexo N°4: Evaluación y selección de los documentos identificados:

Seguidamente, se procedió a evaluar y seleccionar los documentos que cumplan los siguientes criterios en su totalidad:

- El documento fue realizado por una institución o entidad reconocida, como entidades gubernamentales, sociedades médicas o similares
- El documento aborda el tema de interés
- El documento describe ampliamente el tema de interés
- El documento describe la metodología que utilizó para establecer los procedimientos a seguir

Los resultados de la selección se presentan a continuación:

Título del documento	Aborda el tema	Realizado por entidades reconocidas	Describe ampliamente los procedimientos a seguir	Describe la metodología que utilizó
COVID-19 rapid guideline: managing symptoms (including at the end of life) in the community	Sí	Sí	No	Sí
What you can do to practically care for someone who is in their last days and hours of life	Sí	Sí	No	No
COVID-19 and palliative, end of life and bereavement care	Sí	Sí	No	No
Palliative Care	Sí	Sí	No	No
Guía práctica de cuidados paliativos en situación de pandemia COVID-19	Sí	Sí	No	No
Recomendaciones para el manejo no infectológico de la persona mayor hospitalizada con COVID-19	Sí	Sí	No	No
Further Symptom Management in COVID-19 patients: Treatment Approaches and Alternative Routes	Sí	Sí	No	No
Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19: Recomendaciones multisocietarias para la asignación de recurso	Sí	Sí	Sí	No
COVID-19: Guidance on Palliative care from a European Respiratory Society International Task Force	Sí	Sí	No	Sí
Palliative care for patients with severe covid-19	Sí	No	No	No
“Palliative Pandemic Plan,” Triage and Symptoms Algorithm as a Strategy to Decrease Providers’ Exposure, While Trying to Increase Teams Availability and Guidance for Goals of Care (GOC) and Symptoms Control	Sí	No	No	Sí

Como se observa, no se identificaron documentos que cumplan con todos los criterios de selección. Por ello, se consideró incluir como fuente de información a todos estos documentos.