

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19	MTT2- NACIONAL
	MTT2-PRT-0021	Página 1 de 48

CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2/COVID-19


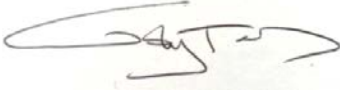





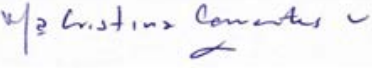

MTT2-PRT-0021

[Versión 1.0]

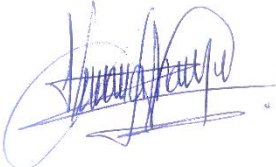
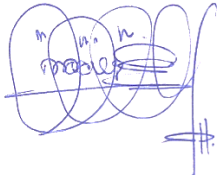


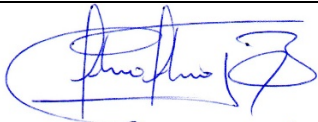
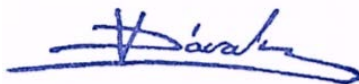
AÑO 2020

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19	MTT2- NACIONAL
	MTT2-PRT-0021	Página 2 de 48

AUTORES:

Nombre/Cargo	Institución	Firma
Tatiana Fernández Dávila Especialista en Medicina Interna	Médico Tratante Cuidados Paliativos, Clínica Nuestra Señora de Guadalupe Presidente ASECU	
Paula Alejandra Hidalgo Andrade Master En Psicología Clínica PhD en Psicología	Decana de la Escuela de Psicología Universidad de las Américas Vicepresidente ASECU	Paula Hidalgo A.
Fausto Gady Torres Toala Especialista en Medicina Familiar Máster en Salud Pública Master en Gestion de Calidad de los Servicios de Salud	Gerente Medico Medico Asistencial en Manejo del Dolor y Paliativos SuportaMed	
Katty Débora Lozano Montesdeoca Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Master en Atención y Cuidados Paliativos	Ministerio de Salud Pública Centro de Salud Tipo C San Antonio de Pichincha	
Ana Lucía Figueroa Rosero Especialista en Medicina Familiar	Unidad de Cuidados Paliativos Hospital General del Sur de Quito IESS	
Daniela Suárez Cisneros Psicóloga Clínica Msc En Cuidados Paliativos	Hospice San Camilo Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos	
Gabriela del Carmen Moya Jácome Médico Máster en Gerontología	Hospice San Camilo Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos	
Lida María Ordóñez Abrigo Medicina Familiar y Comunitaria Diplomado Cuidados Paliativos Diplomado En Nutrición	Coordinadora Cuidados Paliativos Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón	
María Cristina Cervantes Vélez Especialista en Medicina Interna Máster en Cuidados Paliativos	Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Solca Quito	
María Evangelina Montero Oleas Especialista en Medicina Interna Alta Especialidad en Medicina Paliativa	Médica Tratante de Medicina Paliativa Unidad Oncológica SOLCA Chimborazo	

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19	MTT2- NACIONAL
	MTT2-PRT-0021	Página 3 de 48

Martha Viviana Araujo Lugo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Magister en Salud Pública Diploma Superior en Salud Familiar y Comunitaria. Diploma Superior en Desarrollo Local y Salud	Servicio de Cuidados Paliativos Hospital Básico IESS Puyo	
Mercedes Del Pilar Díaz Cueva Especialista en Medicina Interna	Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Solca Quito	
Padre Alberto Redaelli Licenciado y Magister en Teología de Pastoral de la Salud Postgrado Cuidados Paliativos	Hospice San Camilo Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos	
Patricia Bonilla Sierra Anestesióloga Especialista en Terapia del Dolor y Cuidados Paliativos	Docente e investigadora de ciencias de la salud Universidad Técnica Particular De Loja Presidente de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos	
Pedro Xavier Pacheco Bacuilima Medicina Familiar y Comunitaria Máster en Atención y Cuidados Paliativos	Tratante y Profesor Universitario Hospital Universitario Del Río Hospital Monte Sinaí Universidad de Cuenca	
Viviana Dávalos Batallas Anestesióloga PhD en Ciencias Médicas	Responsable de sección; docente, investigador Universidad Técnica Particular De Loja	

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19	MTT2- NACIONAL
	MTT2-PRT-0021	Página 4 de 48

1. Contenido

1. Contenido.....	4
2. OBJETIVO.....	6
3. ALCANCE.....	6
4. MARCO LEGAL.....	6
5. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS.....	6
A. LINEAMIENTOS GENERALES.....	7
B. INTRODUCCION.....	8
C. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS/ RECOMENDACIONES.....	9
1. ¿Cuáles son los criterios para inicio de cuidados paliativos en pacientes con diagnóstico de COVID-19?	9
2. ¿Cuáles son las consideraciones para la elaboración de las decisiones o voluntades anticipadas durante la pandemia de COVID-19?	15
3. ¿Cómo consensuar la adecuación terapéutica entre el equipo sanitario, la familia y el paciente?	15
4. ¿Cómo apoyar a profesionales en la toma de decisiones difíciles en pacientes con diagnóstico de COVID 19?	15
5. ¿Cuáles son las intervenciones que debe desarrollar el equipo de cuidados paliativos del primer nivel de atención para el manejo de un paciente enfermo de COVID-19?	17
6. ¿Cuáles son las intervenciones que debe desarrollar el equipo de cuidados a nivel hospitalario de atención para el manejo de un paciente enfermo de COVID-19?	18
7. ¿Cuáles son los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario de atención paliativa?	20
8. ¿Qué consideraciones especiales debemos tener con los pacientes con necesidades paliativas que se contagian de COVID-19?.....	20
9. ¿Cuáles son los pasos para comunicar malas noticias a personas con requerimientos de atención paliativa con COVID-19 y sus familiares?	23
10. ¿Cómo comunicar malas noticias por vía telefónica a familiares de pacientes paliativos en la pandemia COVID-19?	25
11. ¿Cuáles es el manejo NO farmacológico de cuidados paliativos de los síntomas más comunes en un paciente con infección por COVID-19?.....	27

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19	MTT2- NACIONAL
	MTT2-PRT-0021	Página 5 de 48

12. ¿Cuáles es el manejo farmacológico de cuidados paliativos de los síntomas más comunes en un paciente con infección por COVID-19?	28
13. ¿Cuáles son las indicaciones para la sedación paliativa en pacientes con COVID-19?	31
14. ¿Qué condiciones bioéticas deben tomarse en cuenta para inicio de sedación paliativa en infección por COVID 19?	32
15. ¿Quién firma la autorización o el consentimiento informado en sedación paliativa?	32
16. ¿Cuáles son los medicamentos se usan en sedación paliativa para los diferentes niveles de atención?	33
17. ¿Cómo abordar el sufrimiento espiritual en pacientes contagiados de COVID-19?	33
18. ¿Cómo realizar el acompañamiento de los pacientes con COVID-19 y sus familiares dentro del proceso anticipatorio y el duelo?	35
19. ¿Cómo se puede brindar un cuidado integral a los y los cuidadores formales (personal sanitario) que atienden durante la pandemia por COVID-19?	37
Referencias bibliográficas	40
D. CONCLUSIONES	45
E. ANEXOS	45

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19	MTT2- NACIONAL
	MTT2-PRT-0021	Página 6 de 48

2. OBJETIVO

Emitir recomendaciones actualizadas de cuidados paliativos para ayudar a los pacientes que cursan una infección por SARS-Cov2/COVID-19 y sus familias, mediante un consenso multidisciplinario basado en la evidencia, con el fin de minimizar el sufrimiento asociado a ésta enfermedad en el marco de la pandemia.

3. ALCANCE

Miembros del equipo multidisciplinario que atienden a pacientes que cursan infección por COVID-19, y/o que realizan gestión en salud con ellos o sus familias: médicos especialistas, generales, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, asesores espirituales, terapistas, farmacéuticos, administrativos.

4. MARCO LEGAL

- Constitución de la República del Ecuador
- Ley de Seguridad Pública y del Estado
- Ley Orgánica de Salud
- Reglamento Sanitario Internacional
- Reglamento a la Ley de Seguridad Pública y del Estado
- Manual del Comité de Operaciones de Emergencias - COE
- Norma Técnica de Administración por Procesos y Prestación de Servicios de la Secretaría Nacional de la Administración Pública.
- Estatuto Orgánico de Gestión Organización por Procesos de la Secretaría de Gestión de Riesgos
- Acuerdo N° 00126-2020-Declaratoria de Estado de Emergencia Sanitaria
- Decreto Ejecutivo 2393 Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo.
- Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017
- Norma de Atención en Cuidados Paliativos

5. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

- 3 D: Los 3 síntomas principales: disnea, dolor, distrés o angustia.
- AINES: Antiinflamatorios no esteroidales.
- BID: dos veces al día
- COVID-19: es la enfermedad infecciosa causada por SARS CoV-2 caracterizada fundamentalmente por síntomas respiratorios de gravedad variable que no había sido detectado en humanos hasta la fecha.
- EPI: Equipo de protección individual
- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- FEV1: Volumen Espiratorio forzado en el primer segundo (Forced Expiratory Volume)

	<p style="text-align: center;">CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19</p> <p style="text-align: center;">MTT2-PRT-0021</p>	<p style="text-align: center;">MTT2- NACIONAL</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Página 7 de 48</p>
--	--	--

- IC: intervalo de confianza
- IK: Índice de Funcionalidad de Karnofsky
- Mg: miligramos
- Ml: mililitros
- NECPAL/ NECPAL-CCOMS-ICO©: Instrumento que detecta Necesidades Paliativas en pacientes con procesos crónicos complejos avanzados.
- NYHA: New York Heart Association (Asociación Cardiológica de New York), clasificación funcional
- PaO₂/FiO₂: se trata de un cociente que mide indirectamente la lesión pulmonar, en la etapa pediátrica su aplicación más comprobada es como factor pronóstico de mortalidad.
- PaP Score: Índice Pronóstico de Supervivencia (Palliative Prognosis Score)
- PPI: Índice de Pronóstico Paliativo (Palliative Prognostic Index)
- PPS: Palliative Performance Status
- PRN: por razón necesaria, se llama a la dosis adicional o de escape.
- SARS CoV-2: Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Grave
- SC: Vía de administración subcutánea
- SDRA: Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto
- SIRS: síndrome de respuesta inflamatoria sistémica
- SOFA: Sequential Organ Failure Assessment score, para valoración de falla multiorgánica.
- TLC: Capacidad Pulmonar Total (Total Lung Capacity)
- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.
- VO: Vía de administración oral

A. LINEAMIENTOS GENERALES

Desde el 7 hasta el 25 de junio, profesionales de la salud al cuidado de pacientes en cuidados paliativos, de diversas profesiones y especialidades afines, que por conocimiento y experiencia entran en la categoría de expertos, se reunieron para generar mediante consenso, recomendaciones informadas en evidencia para la atención y manejo de pacientes que se encuentran cursando sufrimiento intenso asociado a la salud y a sus familias, que se pueden beneficiar de cuidados paliativos, en el contexto de la pandemia de SARS CoV-2 / COVID 19, en diferentes niveles e instancias de atención.

Se desarrollaron 19 preguntas PICO que representaban las necesidades urgentes para que el personal de salud pueda dar atención humanizada a los pacientes y sus familias, durante la pandemia por SARS CoV-2/ COVID 19 que llegó al país a finales de febrero de 2020.

Por cada pregunta PICO se realizó una revisión sistemática de la evidencia para llegar a las recomendaciones. Posteriormente, se realizó una votación para determinar la fuerza de la recomendación. Todos los tópicos se enmarcan en los siguientes temas:

1. Detección de pacientes con infección por COVID-19 que se benefician de cuidados paliativos
2. Bioética
3. Gestión

	<p style="text-align: center;">CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19</p> <p>MTT2-PRT-0021</p>	<p style="text-align: center;">MTT2- NACIONAL</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Página 8 de 48</p>
--	--	--

4. Cuidado de pacientes paliativos sin infección por COVID-19
5. Comunicación
6. Manejo no farmacológico de síntomas
7. Manejo farmacológico de síntomas
8. Sedación Paliativa
9. Aspectos espirituales
10. Acompañamiento en el duelo
11. Autocuidado del personal sanitario.

Se considera que la población tiene derecho a recibir cuidados paliativos de calidad pues, independientemente del pronóstico, ningún paciente debe ser abandonado. Esto está corroborado por acuerdos nacionales e internacionales. En ese contexto, el presente documento es una guía para que se brinden dichos cuidados.

B. INTRODUCCIÓN

La enfermedad COVID-19 causada por SARS-CoV-2, ha ocasionado pérdidas en los sistemas de salud y ha generado grandes dificultades para las familias, las comunidades y las economías, asociadas al aumento del sufrimiento severo y mortalidad.

Documentos internacionales emitidos recientemente, como la Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoque de Derechos ante el COVID-19 (OEA)(1), y la Resolución COVID-19 (OMS)(2), apoyan el deber de los Estados de garantizar cuidados paliativos para toda la gente que los necesite, en especial para las poblaciones más vulnerables. Compromisos que el Ecuador ha adquirido al estar adscritos a dichas instancias.

Los cuidados paliativos se focalizan en la atención compasiva y en mantener la calidad de vida lo mejor posible para el paciente y su familia. Las competencias utilizadas en cuidados paliativos como: trabajo en equipo, capacidad para solventar los problemas de salud de la parte final de la vida, el momento de la muerte y el duelo, son esenciales para apoyar a las personas en esta etapa.

Durante esta pandemia de COVID-19 la demanda y la solicitud de ayuda, así como de solicitud de información acerca del acceso a los cuidados paliativos esenciales al final de la vida, incluido el apoyo por duelo, han aumentado sustancialmente. Para todos y en particular para las personas que no tienen acceso a ventiladores y a unidades de cuidados intensivos, los cuidados paliativos deben estar siempre disponibles, incluyendo los medicamentos necesarios para el manejo de síntomas comunes de esta patología y para el proceso de sedación en caso de síntomas refractarios.

Es esencial que los profesionales que se encuentran atendiendo a pacientes infectados por COVID-19, que se van a enfrentar a situaciones de final de vida y a los conflictos sociales y familiares que conllevan, estén preparados con elementos que les permitan enfrentar estas situaciones de la mejor manera, para el bien de la población, y por el cuidado de la salud mental

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19	MTT2- NACIONAL
	MTT2-PRT-0021	Página 9 de 48

de los profesionales.

Objetivos específicos:

- Dar lineamientos sobre la detección de pacientes que, cursando la infección por COVID-19, se puedan beneficiar de los cuidados paliativos.
- Emitir recomendaciones sobre temas bioéticos, como directivas anticipadas, adecuación terapéutica o toma de decisiones difíciles, para apoyar a los profesionales.
- Describir las intervenciones de cuidados paliativos a desarrollarse por los distintos niveles de atención, para el manejo de los pacientes enfermos de COVID-19.
- Dar recomendaciones para el cuidado de los pacientes que tenían previamente necesidades de cuidados paliativos, en el contexto de las restricciones de la pandemia.
- Enlistar consejos prácticos para comunicación de malas noticias, tanto verbal como telefónica, para que sea accesible a los profesionales.
- Detallar el manejo paliativo farmacológico y no farmacológico de los síntomas más importantes que pueden presentarse en pacientes con COVID-19.
- Describir los criterios para inicio de sedación paliativa, los principios bioéticos, y los medicamentos empleados, para facilitar el manejo en caso necesario.
- Expresar recomendaciones para abordar las necesidades psicológicas y espirituales, por parte de todos los profesionales que están en contacto con pacientes y sus familias.
- Emitir recomendaciones de autocuidado para el personal de salud, basadas en la evidencia, para prevenir el burnout y la fatiga por compasión.

C. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS/ RECOMENDACIONES

1. ¿Cuáles son los criterios para inicio de cuidados paliativos en pacientes con diagnóstico de COVID-19?

Recomendaciones

Todas las personas tienen el derecho a recibir atención médica adecuada a sus necesidades, siendo importante determinar, según criterios objetivos y expectativas de resolución del proceso con buena calidad de vida y funcionalidad, el tipo de atención que se debe ofertar, teniendo como una opción de tratamiento a los cuidados paliativos. (3)
<i>Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18</i>
Los cuidados paliativos son la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento grave relacionado con la salud debido a una enfermedad severa, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida, pero sin limitarse a ellos. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores. (4)
<i>Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0</i>
Desde el ingreso de todo paciente con COVID-19 a cualquier unidad, se debe indagar si existen voluntades o decisiones anticipadas, y en caso de no tenerlas se debe registrar en la historia clínica, teniendo en cuenta que las mismas pueden variar en el tiempo de acuerdo a la evolución.(2)

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.38
En los casos que sea posible, se debería discutir con el paciente y su familia los riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento, para que puedan expresar sus preferencias sobre su tratamiento y adaptaciones según la necesidad terapéutica (5)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18
Se recomienda la utilización del principio básico de la herramienta NECPAL(6): la pregunta “¿le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?” en pacientes con patología aguda por coronavirus para determinar si se beneficiarán de cuidados paliativos.(7)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.61
Para el cuidado de pacientes críticos, se recomienda la utilización de la herramienta para fragilidad Rockwood (ANEXO 1) evalúa la discapacidad, el deterioro cognitivo y la presencia de comorbilidades como factores predictores de muerte e institucionalización a los 5 años, en pacientes adultos mayores hospitalizados.(8)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.61

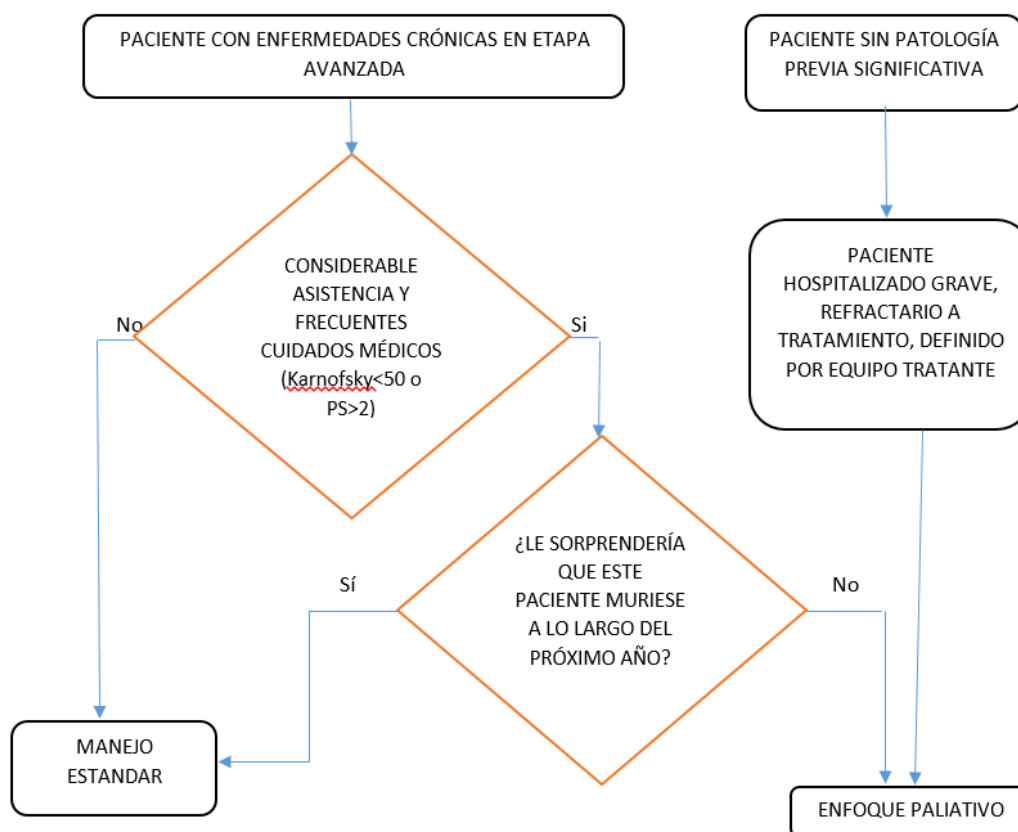


GRÁFICO N. 1: Tomado de Recomendaciones en pacientes con enfermedades limitantes de la vida y COVID-19 (7)

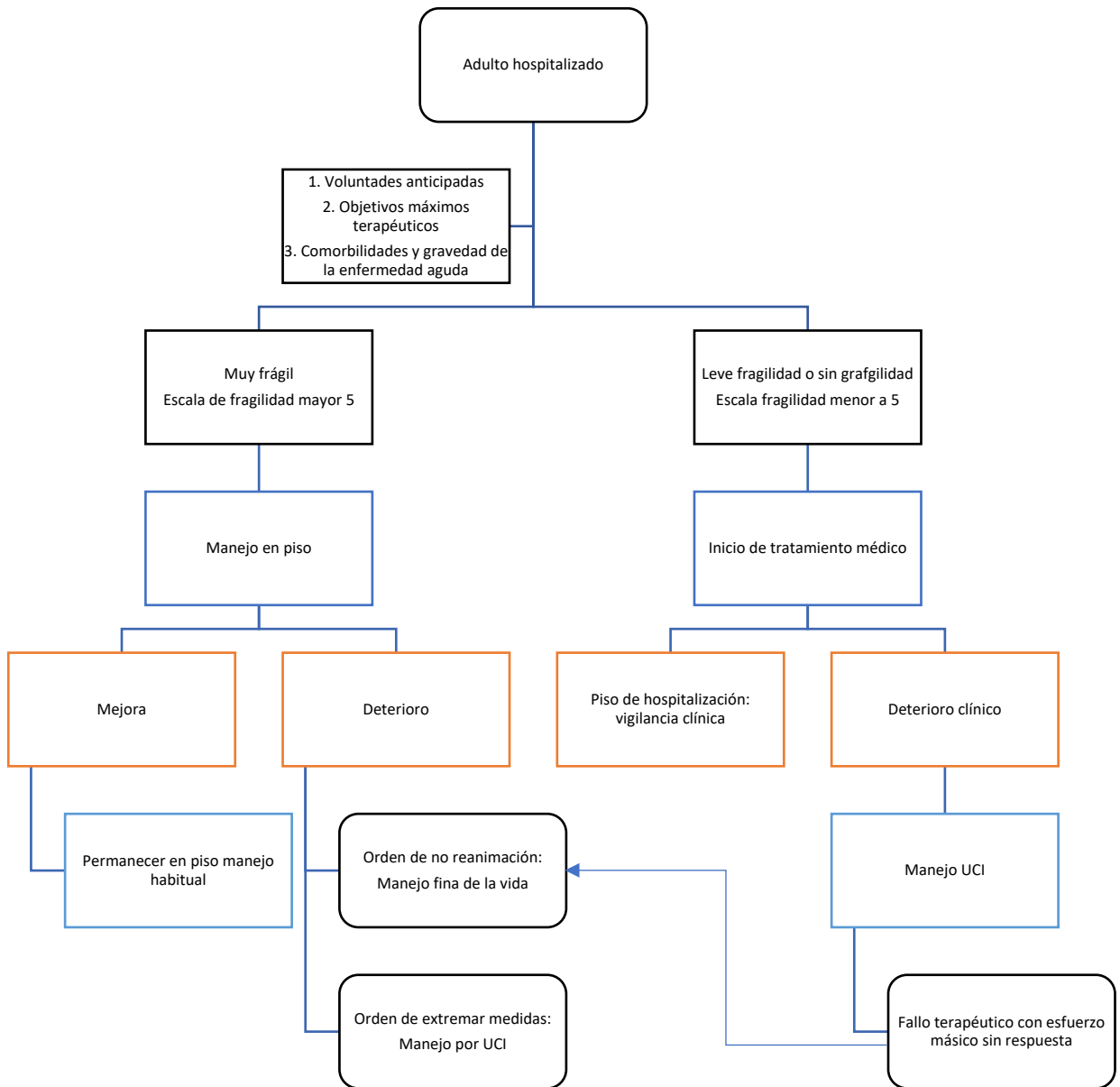


GRÁFICO N.2: Adaptado de: COVID19 rapidguideline: criticalcare. (8)

	<p style="text-align: center;">CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19</p> <p>MTT2-PRT-0021</p>	<p style="text-align: center;">MTT2- NACIONAL</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Página 12 de 48</p>
--	--	---

Tabla 1: Escala Clínica de Fragilidad o Modificada de Rockwood (9)

1. **EN MUY BUENA FORMA:** Personas que están fuertes, activas, vigorosas y motivadas. Son personas que suelen practicar ejercicio con regularidad. Son de los que están en mejor forma para su edad
2. **EN FORMA:** Personas sin síntomas de enfermedad activa, pero que están menos en forma que las de la categoría 1. Suele ocurrir que se ejercitan o están muy activas por temporadas, por ejemplo según la estación
3. **EN BUEN ESTADO:** Personas que tienen bien controlados sus problemas médicos, pero que no llevan actividad física regular más allá de los paseos habituales.
4. **VULNERABLES:** Aunque no dependen de otros que les ayuden en la vida diaria, a menudo los síntomas limitan sus actividades. Suelen quejarse de estar “lentos” o cansados durante el día
5. **LEVEMENTE FRÁGILES:** Estas personas a menudo tienen un enlentecimiento más evidente y necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria importantes. Difícil salir solos de compras o pasear y hacer la comida o las tareas del hogar.
6. **MODERADAMENTE FRÁGILES:** Personas que necesitan ayuda para todas las actividades en el exterior y para realizar las tareas domésticas. En casa, suelen tener problemas con las escaleras y ayuda con el baño y pueden requerir alguna asistencia para vestirse.
7. **CON FRAGILIDAD GRAVE:** Dependen totalmente para su cuidado personal (sea cual fuere la causa cognitiva, física)

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO© VERSIÓN 3.1 2017

Pregunta sorpresa (PS) (a/entre profesionales): ¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?		Si, me sorprendería → NO es NECPAL	NO me sorprendería → PS+	Por lo menos 1 parámetro asociado
"Demanda" o "Necesidad"	Parámetros NECPAL			
Indicadores clínicos generales de progresión - Los últimos 6 meses - No relacionados con proceso intercurrente reciente/reversible	1 - Demanda: ¿Ha habido alguna expresión implícita o explícita de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa de paciente, familia, o miembros del equipo? - Necesidad: identificado por profesionales miembros del equipo 2 - Decive nutricional 3 - Decive funcional 4 - Decive cognitivo	1 2 3 4 5 6	PS+ "No me sorprendería..."	+ Por lo menos 1 parámetro asociado
Dependencia severa	- Karnofsky <50 o Barthel <20	5 6		
Síndromes geriátricos	- Caídas - Úlceras por presión - Disfagia - Delirium - Infecciones a repetición	7		
Síntomas persistentes	Dolor, debilidad, anorexia, digestivos...	8		
Aspectos psicosociales	Distrés y/o Trastorno adaptativo severo Vulnerabilidad social severa	9 10		
Multi-morbilidad	>2 enfermedades o condiciones crónicas avanzadas (de la lista de indicadores específicos)	11		
Uso de recursos	Valoración de la demanda o intensidad intervenciones	12		
Indicadores específicos de severidad/progresión de la enfermedad	Cáncer, EPOC, ICC, y Hepática; y Renal, AVC, Demencia, Neurodegenerativas, SIDA, otras enfermedades avanzadas	13		

Si presenta por lo menos 1 parámetro NECPAL: **NECPAL +**

NECPAL +

=

PS+
"No me sorprendería..."

+

Por lo menos 1 parámetro asociado

Codificación y Registro:

Tienen la utilidad de explicitar en la documentación clínica accesible la condición de "Paciente crónico avanzado"

- Codificación:
Se recomienda utilizar una codificación específica como "Paciente crónico complejo avanzado" diferente de la convencional CIE9, V66.7 (Paciente terminal) o CIE10 Z51.5 (Paciente en servicio de cuidados paliativos)

- Registro

Historia clínica:
Después de la Pregunta Sorpresa, es recomendable explorar los diferentes parámetros, añadiendo N de + en función de los que encontremos positivos

Historia clínica compartida:
Siempre acompañar la codificación y registro de información clínica adicional relevante que describa situación y propuestas ante escenarios previsibles y otros servicios (En Cataluña, PLIC)

Tabla 2: Instrumento NECPAL CCOMS-ICO© Versión 3.1 2017 (6)

CRITERIOS NECPAL SEVERIDAD / PROGRESIÓN / ENFERMEDAD AVANZADA ^{(1) (2) (3) (4)}

Enfermedad oncológica	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer metastásico o locoregional avanzado • En progresión (en tumores sólidos) • Síntomas persistentes mal controlados o refractarios a pesar optimizar el tratamiento específico.
Enfermedad pulmonar crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Díscnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones • Confinado a domicilio con limitación marcha • Criterios espirométricos de obstrucción severa (VEMS <30%) o criterios de déficit restrictivo severo (CV forzada <40%/DLCO <40%) • Criterios gasométricos basales de oxigenoterapia crónica domiciliaria. • Necesidad corticoterapia continuada • Insuficiencia cardíaca sintomática asociada
Enfermedad cardíaca crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Díscnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones • Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa no quirúrgica o enfermedad coronaria no revascularizable • Ecocardiografía basal: FE <30% o HTAP severa (PAPs> 60) • Insuficiencia renal asociada (FG <30 l/min) • Asociación con insuficiencia renal e hiponatremia persistente
Demencia	<ul style="list-style-type: none"> • GDS ≥ 6c • Progresión declive cognitivo, funcional, y/o nutricional
Fragilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Índice Fragilidad ≥ 0.5 (Rockwood K et al, 2005) • Evaluación geriátrica integral sugestiva de fragilidad avanzada (Stuck A et al, 2011)
Enfermedad neurológica vascular (ictus)	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la fase aguda y subaguda (<3 meses post-ictus): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia> 3 días • Durante la fase crónica (> 3 meses post-ictus): complicaciones médicas repetidas (o demencia con criterios de severidad post-ictus)
Enfermedad neurológica degenerativa: ELA, EM, Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro progresivo de la función física y/o cognitivas • Síntomas complejos y difíciles de controlar • Disfagia / trastorno del habla persistente • Dificultades crecientes de comunicación • Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria
Enfermedad hepática crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Cirrosis avanzada estadio Child C (determinado fuera de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), MELD-Na> 30 o ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente a pesar de optimizar tratamiento. • Carcinoma hepatocelular en estadio C o D
Insuficiencia renal crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia renal severa(FG <15) en pacientes no candidatos o con rechazo a tratamiento sustitutivo y/o trasplante • Finalización diálisis o fallo trasplante

(1) Usar instrumentos validados de severidad y/o pronóstico en función experiencia y evidencia. (2) En todos los casos, valorar también distress emocional o impacto funcional severos en paciente (y/o impacto familia) como criterio de necesidades paliativas. (3) En todos los casos, valorar dilemas éticos en toma decisiones. (4) Valorar siempre combinación con multi-morbilidad

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19 MTT2-PRT-0021	MTT2- NACIONAL
		Página 15 de 48

2. ¿Cuáles son las consideraciones para la elaboración de las decisiones o voluntades anticipadas durante la pandemia de COVID-19?

Recomendaciones

Se recomienda realizar una evaluación individual de cada caso, tomando en cuenta edad, comorbilidad, gravedad de la enfermedad, compromiso de órganos y la reversibilidad.(10–12)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.36
Se debe evaluar legalmente el contenido de una decisión anticipada, ya que bajo ningún concepto, deben estar en contra de la ley.
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0
Las directivas médicas anticipadas son una opción que cumple con el principio de autonomía de la bioética, evita la obstinación terapéutica, apoyan a los profesionales en la toma de decisiones difíciles, aseguran un cuidado paliativo adecuado y oportuno al final de la vida(13,14)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

3. ¿Cómo consensuar la adecuación terapéutica entre el equipo sanitario, la familia y el paciente?

Recomendaciones

Las decisiones de adecuación terapéutica deben consensuarse con el paciente y familia, sin embargo, si es difícil, la toma de decisión final la realiza el equipo sanitario del paciente con apoyo del comité de ética asistencial.(15)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.36
Se debe consultar siempre si el paciente dispone de voluntades anticipadas y seguir sus instrucciones.(12)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.24
No se debe ingresar a Unidad de Terapia Intensiva a pacientes con decisiones previas de adecuación terapéutica.(16)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.75
Si es necesario la adecuación terapéutica, y retirada de medidas, se debe derivar a cuidados paliativos.(11)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18
La limitación de tratamiento por ninguna razón indica abandono del paciente, se debe derivar a cuidados paliativos para alivio del sufrimiento y sedación paliativa si se requiere.(17)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

4. ¿Cómo apoyar a profesionales en la toma de decisiones difíciles en pacientes con diagnóstico de COVID 19?

Recomendaciones

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19	MTT2- NACIONAL
	MTT2-PRT-0021	Página 16 de 48

La situación pandémica determina un desbalance entre la demanda de ventilación mecánica por los pacientes afectados por COVID-19 y los recursos disponibles en el contexto de etapas graves de enfermedad. Es ético establecer el triaje a UCI, en función de “la mayor esperanza de vida”, con criterios claros al ingreso, basados en el principio de proporcionalidad y de justicia distributiva, para maximizar el beneficio del mayor número posible de personas (visión utilitarista). (13)

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0

De los recursos (11,16,18–20):

La asignación de recursos o la priorización de tratamiento pasan a ser elementos cruciales, y es importante contar con un marco de referencia ético para poder tomar las decisiones clínicas necesarias.

Los criterios de idoneidad en la asignación de recursos, no pueden darse “por orden de llegada” pues implica distrés moral para los profesionales que intervienen en la toma de decisiones.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.28

De los profesionales de la salud (11,16,18–20):

Se debe priorizar el criterio médico por sobre la escasez de recursos al momento de la toma de decisiones.

Se debe contar con el registro de la información clínica completa, verificando que estén firmados los consentimientos informados respectivos.

De preferencia, las decisiones se deben tomar en equipo multidisciplinario y con ayuda del equipo de ética asistencial.

La toma de decisiones deberá ser documentada y argumentada en la historia clínica.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0

Del paciente(11,16,18–20):

En situación de pandemia se debe dar información apropiada y veraz al paciente y a su familia, a manera de un proceso, no como acto único, bajo los criterios de comunicación terapéutica y garantizando el apoyo emocional.

Se indagarán los objetivos y valores del paciente, los mismos que se registrará en la historia clínica.

Se valorará la morbilidad previa, la situación funcional y cognitiva, recordando que la edad no es un criterio de exclusión.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0

De pacientes no tributarios de cuidados intensivos(11,16,18–20):

Estos pacientes deben ser transferidos a una atención paliativa de calidad.

El sistema de salud debe garantizar un área de cuidados paliativos que asegure la dotación y almacenamiento de medicamentos, personal capacitado y planes de atención, para los pacientes que lo ameriten.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0

Contribuirán a la toma de decisiones difíciles, las siguientes escalas:

Escalas Clínicas de Fragilidad

Índices de Fragilidad – Valoración Integral Geriátrica

Escala NECPAL(6) (para valorar necesidades paliativas)

Escala SOFA para valoración de fallo multiorgánico

Índice de comorbilidad de Charlson

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

Los pacientes tributarios de estos criterios y sus familiares, deben recibir información sobre lo extraordinario de la situación y las medidas adoptadas, por obligación deontológica, por el deber de transparencia, veracidad y del mantenimiento de la confianza en el sistema de salud. (13)(21)

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.24

La comunidad debe ser informada de forma temprana, permitiendo el acceso a información detallada, oportuna y veraz, así como permitir que los grupos vulnerables durante las pandemias tengan prioridad. La comunidad merece ser reconocida como parte activa en la toma de decisiones y de las medidas a tomarse.

	<p align="center">CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19</p> <p>MTT2-PRT-0021</p>	<p align="center">MTT2- NACIONAL</p>
		<p>Página 17 de 48</p>

Esto fomenta la solidaridad, permite evitar discriminación o sesgos con respecto a poblaciones enfermas y al personal de ayuda (salud,policía,militares) en primera línea.(22)

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.24

5. ¿Cuáles son las intervenciones que debe desarrollar el equipo de cuidados paliativos del primer nivel de atención para el manejo de un paciente enfermo de COVID-19?

Recomendaciones

Los pacientes con necesidades paliativas deben recibir continuidad de la atención y promover el manejo domiciliario con las medidas respectivas de seguridad para la familia. (23)

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.89

En pacientes cuya situación clínica sea estable, realizar la atención multidisciplinaria preferiblemente mediante Telemedicina para evitar su movilización a consultas en centros de salud, hospitales o servicios de urgencia salvo que sea completamente imprescindible, en cual caso se debe coordinar antes de cualquier desplazamiento del paciente (23,24)

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.24

En los casos en los que el paciente y familia precisen de una visita presencial, el equipo de cuidados paliativos deberá realizar la visita domiciliaria, tomando en cuenta todas las medidas necesarias establecidas en protocolos de bioseguridad.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

Manejo y control de síntomas a nivel ambulatorio de pacientes en cuidado paliativo con COVID-19 confirmado o sospechoso, movilizándolo exclusivamente a pacientes que se beneficien del manejo intrahospitalario en los que no se beneficien se deberán establecer las medidas de soporte y confort adecuadas a la situación vital del paciente. Según los criterios establecidos para manejo domiciliario. (ANEXO) (25)

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.38

Establecer una adecuada Planificación Anticipada de Toma de Decisiones si la situación cognitiva del paciente lo permitiese.(25)

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0

Consensuar con el paciente y/o la familia, la adecuación del esfuerzo terapéutico. (26)

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

Los equipos de cuidados paliativos del primer nivel de atención deben coordinar y ser canalizadores de la información sobre el estado de salud del paciente entre el equipo de médico del segundo o tercer nivel de atención y las familias. (25)

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.36

Educar a cuidadores y a la familia sobre las óptimas condiciones de aislamiento en domicilio; identificar factores de riesgo social. Poner en conocimiento de Trabajo Social si no se tuvieron las necesidades básicas cubiertas o no se tuviera capacidad para entender las instrucciones de aislamiento y cuidados (26)

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

Preparar a la familia con relación al fallecimiento de su ser querido: realización del velatorio con los cambios establecidos, rituales alternativos en la situación de pandemia. Ayudando a dar sentido a estos procedimientos y así facilitar la elaboración del duelo. (26)

	<p align="center">CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19</p> <p align="center">MTT2-PRT-0021</p>	<p align="center">MTT2- NACIONAL</p>
		<p>Página 18 de 48</p>

<p>Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18</p>
<p>Seguimiento de los cuidadores, especialmente de los que no estuvieron presente durante la situación de últimos días ante el posible riesgo de que se desarrolle un duelo complicado. (25)</p>
<p>Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.19</p>

Justificación

Las personas en situación de enfermedad avanzada con necesidad de cuidados paliativos son una población vulnerable y frágil a la que hay que proteger, de manera especial. En la pandemia actual los pacientes en situación paliativa por distintas patologías deben continuar con su atención tanto en el ámbito hospitalario como en el ámbito extrahospitalario, con el objetivo de mantener un óptimo control de sus síntomas, procurando en la medida de lo posible que continúen en su entorno. (25)

Teniendo en cuenta las dificultades para la prestación de la atención médica, es fundamental seguir acompañando a nuestros pacientes y sus familias, asegurando siempre las máximas medidas de seguridad para todos, es así que el primer nivel de atención constituido por centros de salud, consultorios de atención primaria; tanto en zonas urbanas y rurales del país cumple un rol primordial en la evaluación y manejo de los pacientes en terreno paliativos que además sean diagnosticados de COVID-19.

La evaluación de telemedicina para COVID-19 durante la pandemia se puede realizar mediante una llamada telefónica, una plataforma de telemedicina basada en video o una plataforma de video chat comercial; el formato elegido debe respetar la privacidad del paciente.

CRITERIOS DE MANEJO DOMICILIARIO

Sospecha /Confirmación de infección por COVID 19 junto con signos de compromiso respiratorio (Cianosis, tiraje, desaturación) y además:

1. Cualquier enfermedad con necesidades paliativas (NECPAL positivo) (6)
2. Paciente con edad superior a 80 años y con enfermedad grave de órgano (Insuficiencia orgánica en estado avanzado o final: o Insuficiencia cardíaca NYHA clase III o IV o EPOC con FEV1<25%, Hipertensión pulmonar secundaria, fibrosis quística con FEV1<30% post broncodilatador, fibrosis pulmonar con TLC<60%, Hipertensión pulmonar primaria con NYHA clase III o IV, necesidad de oxigenoterapia domiciliaria o Fracaso hepático con Child-Pugh score >7)
3. Deterioro cognitivo severo de base
4. Enfermedad neuromuscular avanzada sin posibilidad de tratamiento curativo
5. Evento neurológico severo e irreversible
6. Escala de fragilidad igual o superior a 7
7. Paciente paliativo oncológico

6. ¿Cuáles son las intervenciones que debe desarrollar el equipo de cuidados a nivel hospitalario de atención para el manejo de un paciente enfermo de COVID-19?

Recomendaciones

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19	MTT2- NACIONAL
	MTT2-PRT-0021	Página 19 de 48

Asegurar la continuidad de atención de los pacientes con necesidades paliativas, mediante referencia coordinada al equipo de cuidados paliativos del primer nivel de atención o estableciendo el seguimiento mediante telemedicina cuando esto sea posible (23)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.24
En todos los casos en los que se decida adecuar el esfuerzo terapéutico mediante los criterios establecidos en función del pronóstico del paciente, deberá asegurarse la debida comunicación a las familias, acciones de mitigación del sufrimiento, aseguramiento del confort y previsión de las áreas de derivación del paciente, mediante la intervención del equipo de cuidados paliativos (27)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0
Adecuar espacios para pacientes con corta expectativa de vida, para evitar sobrecargar a los trabajadores de atención médica de primera línea que padecerán el estrés de ver que sus pacientes fallecen con síntomas no controlados. (27)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.25
Se debe promover un abordaje paliativo holístico mediante telemedicina, para lograr un mayor alcance optimizando los recursos, evitando contagios innecesarios de personal sanitario, uso racional de elementos de protección personal (elementos escasos), priorizando éstos para la asistencia de pacientes graves. (27)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.25
El equipo de cuidados paliativos del segundo y tercer nivel deberá facilitar que los/as familiares puedan mantener contacto con el paciente mediante medios electrónicos por videoconferencia o telefónicamente, siempre que la situación de la persona enferma lo permita y siempre que sea el deseo de todas las personas implicadas, intentando paliar el aislamiento (28)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18
Coordinar la información sobre el estado de salud del paciente, manteniendo a los familiares informados, siempre que el paciente esté de acuerdo con ello, además responder a las preguntas e inquietudes que puedan surgir. (28)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18
Manejo y control de síntomas de los pacientes en cuidado paliativo se encuentren en instituciones de segundo y tercer nivel, según los criterios establecidos.
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0
Consensuar con el paciente y/o la familia, la adecuación del esfuerzo terapéutico mediante una adecuada Planificación Anticipada de Toma de Decisiones. (29)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0
Identificar necesidades específicas relacionadas con cuestiones funerarias. En caso de dificultades en este sentido, derivar oportunamente a Trabajo Social. (28)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0
Apoyar al cuidador en los trámites funerarios: certificación del fallecimiento, retiro del cuerpo siguiendo las instrucciones adecuadas y apoyo psicoemocional. (28)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18
Tras el fallecimiento coordinar con el equipo de cuidados paliativos del primer nivel de atención el seguimiento telefónico de los cuidadores y/o familiares, en caso de sospecha de duelo complicado. (24)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0

	<p align="center">CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19</p> <p align="center">MTT2-PRT-0021</p>	<p align="center">MTT2- NACIONAL</p>
		<p>Página 20 de 48</p>

7. ¿Cuáles son los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario de atención paliativa?

Recomendaciones

La atención integral paliativa deberá ser realizada mediante la valoración consensuada por el Médico/a, enfermero/a, psicólogo/a, trabajador/a social según las prestaciones por nivel de atención en domicilio y/o establecimientos de salud establecida en la Norma de atención de Cuidados Paliativos. (26)

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0

8. ¿Qué consideraciones especiales debemos tener con los pacientes con necesidades paliativas que se contagian de COVID-19?

Recomendaciones

Los cuidados paliativos son una parte importante de respuesta para hacer frente a una crisis humanitaria. La equidad es un principio importante que se debe aplicar cuando se hace triaje durante la pandemia.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.57

Se debe dar garantías y sensación de acompañamiento a la familia/cuidador y al paciente, dando continuidad a su tratamiento.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0

Es importante considerar la búsqueda de atención y respuesta frente a las necesidades de alivio de síntomas ante la falta de insumos y al desborde los servicios sanitarios, evitando hospitalizaciones y exámenes innecesarios.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0

Es importante reconocer en los adultos mayores quienes cumplen con criterios de fragilidad, pues esto implica un estado de vulnerabilidad biológica para cambios en la condición del paciente.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.50

Si los pacientes tienen datos de severidad de enfermedad requieren vigilancia muy cercana pues su evolución clínica no siempre puede ser positiva, y se beneficiarían del control de síntomas.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0

El reconocer el pronóstico de supervivencia del paciente oncológico y no oncológico en situación terminal, mediante el uso y aplicación de herramientas, es útil, y ayuda a clasificar correctamente a los pacientes, lo cual sirve para poder planear un mejor esquema de atención.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.30

Herramienta de triaje sugerida para referir al especialista de cuidado paliativo

Todos los médicos que proveen cuidados paliativos deberían direccionar todo lo que concierne con los aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

- Todos aquellos médicos que no son especialistas en cuidados paliativos (clínicos, médicos de familia, internistas, UCI, enfermeros y paramédicos) deben sostener los siguiente:
 - ✓ Identificar y manejar dolor, disnea, delirium hiperactivo y congestión pulmonar
 - ✓ Manejar el dolor del cuidador
 - ✓ Consensuar e informar sobre el pronóstico, objetivos del tratamiento, sufrimiento y medidas de soporte vital.

- Los especialistas en cuidados paliativos deben conocer:
 - ✓ Identificación y manejo de síntomas complejos o refractarios
 - ✓ Manejo de pacientes no tributarios a cuidados críticos.
 - ✓ Manejo de depresión compleja, ansiedad, dolor y distrés existencial
 - ✓ Requerimiento de sedación paliativa
 - ✓ Desorden preexistente de uso de opioides
 - ✓ Pacientes con familiares en dependencia
 - ✓ Pacientes que pertenecen a poblaciones prioritarias, que están en riesgo de ser desatendidas por el sistema de salud.

Tabla 3: Índice de Funcionalidad de Karnofsky (30)

Valor %	Capacidad funcional
100	Normal, sin quejas, sin evidencia de enfermedad
90	Capaz de realizar una actividad normal signos o síntomas menores de enfermedad
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos síntomas o signos de enfermedad
70	Se preocupa por sí mismo, incapacidad de llevar una actividad normal o realizar un trabajo activo
60	Requiere asistencia ocasional, pero es capaz de atender la mayoría de sus necesidades
50	Requiere asistencia considerable y cuidados médicos frecuentes
40	Incapacitado, requiere cuidados y asistencia especial
30	Severamente incapacitado, la hospitalización está indicada aunque la muerte no es inminente
20	Requiere hospitalización, severamente enfermo, requiere tratamiento de soporte
10	Moribundo
0	Muerte

Tabla 4: Índice de Pronóstico Paliativo (30)

<i>Palliative Performance Status (PPS)</i>		10-20	4
		30-50	2.5
		>60	0
		Normal	0
Síntomas clínicos	Vía oral libre	Moderadamente reducida	1
		Severamente reducida	2.5
Edemas			1
Disnea de reposo			3.5
Delirium			4.5
PPI		>6	Supervivencia 3 semanas
		>4	Supervivencia 6 semanas

Tabla 5: Índice de Pronóstico de Supervivencia (PaP Score) (30)

		Puntos
Disnea	No	1
	Si	0
Anorexia	No	1.5
	Si	0
IK	> 50%	0
	30%-40%	2.5
	10%-20%	0
Predicción clínica (semanas)	> 12	2
	11-12	2.5
	9-10	2.5
	7-8	4.5
	5-6	6
	3-4	8.5
Leucocitos	1-2	0
	4,800-8,500 cél/mm ³	0.5
	8,501-11,000 cél/mm ³	1.5
	>11,000 cél/mm ³	0
Linfocitos	20%-40%	1
	12%-19.9%	2.5
Grupos de riesgo	0%-11.9%	
		Puntos
	Probabilidad de supervivencia a 30 días	
	> 70%	0-5.5
	30-70%	5.6-11
	< 30%	11.1-17.5

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19 MTT2-PRT-0021	MTT2- NACIONAL
		Página 23 de 48

9. ¿Cuáles son los pasos para comunicar malas noticias a personas con requerimientos de atención paliativa con COVID-19 y sus familiares?

Recomendaciones

Para comunicar una mala noticia podemos seguir los seis pasos planteados por Buckman, adaptados al proceso de COVID-19 (31) Ver anexo.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

Justificación

En la actual pandemia por COVID-19 habrá situaciones complejas como el hecho de comunicar una mala noticia, acto que se encontrará presente dentro de la práctica clínica diaria (informar el resultado positivo en el test de COVID, necesidad de ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI), necesidad de tratamientos invasivos, poca respuesta a los tratamientos recomendados, la adecuación del esfuerzo terapéutico, suspender los tratamientos específicos o el informar del fallecimiento del paciente), estas hacen que las ideas formadas por paciente y/o familiares de sus perspectivas hacia su futuro cambien a lo desfavorable, y la manera de cómo el personal y/o equipo de salud las comuniquemos es importante para que en los procesos ulteriores el paciente y/o su familia se sientan acompañados y seguros por parte del personal de salud.(28,32,33)(34)

En la actual situación de pandemia por COVID-19 nos enfrentamos a momentos de elevada presión asistencial y emocional, ya sea por el poco espacio disponible, la ausencia de tiempo o de privacidad que imposibilitan de alguna manera el comunicar de una forma adecuada una mala noticia.(34)(32)(35)

Además el uso de equipo de protección individual (EPI), mascarillas y protectores faciales por parte del personal de salud y los medios de protección del paciente y/o familiares impedirá una adecuada comunicación verbal y no verbal con el interlocutor.(28)

Para comunicar una mala noticia el equipo de salud deberá prestar atención en el propio impacto emocional que puede causar al profesional (la incomodidad que me produce comunicar), poner en práctica la una escucha activa (escuchar y reflexionar con el paciente y/o familia las decisiones), permitir espacio al silencio y nombrar las emociones (de importancia para el paciente y/o familiares el sentir que se registra su sentir).(36)(37)(38)(39)(40)

Para finalizar se debe recordar que es un derecho del paciente y/o familia saber el nombre del personal de salud que le brindará la información. Por tal motivo se recomienda identificarse en todo momento y en especial al inicio de la entrevista, así como se deberá portar la credencial identificación correspondiente.

Tabla 6: Protocolo de 6 etapas de Buckman.(41)

1. Preparar la situación
<ul style="list-style-type: none"> Es necesario conocer a profundidad el historial del paciente del que vamos a brindar la mala noticia para saber bien lo que vamos a comunicar.

	<p style="text-align: center;">CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19</p> <p>MTT2-PRT-0021</p>	<p style="text-align: center;">MTT2- NACIONAL</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Página 24 de 48</p>
--	--	---

- Buscar un espacio adecuado de ser posible un consultorio, oficina o en su lugar una zona apartada.
- Definir a quien comunicar (paciente y/o familia) respetando los cuatro principios de la bioética.
- Al momento de comunicar de ser posible hacerlo sentados con un contacto visual adecuado.

2. Descubrir que sabe el paciente y/o familia de la situación

- El personal de salud deberá saber interpretar estados de preocupación, nerviosismo, enfado, aceptación ante la información que se le va a brindar.
- Se deberá indagar lo que verdaderamente el paciente y/o familia sabe de la situación.
- Seguir la secuencia:
 - ¿Cómo se encuentra? Como pregunta abierta.
 - ¿Qué le han dicho o explicado de la situación? Para saber lo que sabe.
 - ¿Desearía que la actual situación sea así? Para abordar expectativas inalcanzables.
 - Puedo entender que es difícil para usted escuchar esto. Para abordar la negación.

3. Reconocer: ¿Cuánto el paciente y/o familia quieren saber?

- Es el paso intermedio que permite al paciente y/o familiar intuir que puede haber malas noticias.
- Preguntas recomendadas:
 - ¿Qué quiere saber sobre su situación o la de su familiar?
 - ¿Le gustaría que le diga en detalle el estado en el que se encuentra usted o el de su familiar?
 - ¿Hay alguien a quien prefiere que se le comunique?

4. Comunicar la información

- Adaptar nuestro lenguaje al nivel cultural e intelectual del interlocutor, se debe también evitar términos técnicos de difícil comprensión.
- Comunicar la información de manera pausada y fraccionada creando el tiempo necesario para que el receptor (paciente y/o familiar) asimile la información y fluyan las emociones.
- Intentar preguntar en todo el transcurso de este paso si el interlocutor entiende lo que se le está exponiendo y permitir interrupciones si no lo están.
- Evitar crear falsas expectativas, siendo lo más realistas posibles con el estado del paciente.

5. Responder a las emociones

- Abordar los diferentes tipos de respuesta emocional y facilitar la recuperación tanto del paciente y/o familia como la del personal de salud.
- Anticipar las reacciones emocionales.
- Identificar las emociones, nombrarlas e intentar enfrentarlas.
- Legitimar y normalizar todas las emociones que se presenten.
- Utilizar escucha activa, empatía, validación y exploración para brindar el apoyo psicológico básico y/o derivar al profesional en psicología.

	<p align="center">CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19</p> <p>MTT2-PRT-0021</p>	<p align="center">MTT2- NACIONAL</p> <p align="center">Página 25 de 48</p>
--	---	---

6. Elaborar un plan terapéutico (cierre)

- Identificar si hay inquietudes o cosas que no quedaron claro al momento de comunicar la mala noticia.
- Entender que no siempre se retiene toda la información, por tal motivo dejar abierta la posibilidad de consultar si tiene dudas o preguntas (se puede fijar una cita posterior para aclarar dudas).

Tomado y modificado de: Buckman R, Kason Y. Breaking Bad News: A Six-Step Protocol. En: How To Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals. Toronto; Buffalo: University of Toronto Press; 1992. p. 65–97.

10. ¿Cómo comunicar malas noticias por vía telefónica a familiares de pacientes paliativos en la pandemia COVID-19?

Recomendaciones

Se recomienda, antes de realizar la llamada, que se disponga lo que se va a comunicar por vía telefónica con estos cuatro principios: preparación, comunicar la noticia, manejo de emociones, planificar. (42)

Ver anexo.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

Aunque la mejor manera de informar una mala noticia es de manera presencial, por las medidas de distanciamiento, aislamiento y confinamiento hacen necesario el cumplimiento de estrictos protocolos de bioseguridad, éstos últimos mucho más importantes de cumplir en el medio hospitalario, por tal razón el hecho de comunicar estas malas noticias no siempre se las puede hacer presencialmente y por tal razón se buscan métodos alternativos para comunicarlas.(39)(38)(43)

Cuando el profesional de salud se encuentre en la necesidad de dar a conocer malas noticias a los familiares de una persona ingresada por vía telefónica, se puede generar aún mayor cantidad de malestar que el informarlas de manera presencial. Por podrían surgir ciertas interrogantes a responder:

- ¿Hablé con la persona adecuada por teléfono?,
- ¿El receptor de la noticia se encuentra físicamente estable?
- ¿Se adelantarán a la mala noticia?
- ¿Entendió lo que acabo de comunicar?

Entre muchas otras dudas que pudieran surgir en esos momentos.(40)(43)(44)(33)

	<p style="text-align: center;">CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19</p> <p>MTT2-PRT-0021</p>	<p style="text-align: center;">MTT2- NACIONAL</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Página 26 de 48</p>
--	--	---

Tabla 7: Pasos para comunicar malas noticias por vía telefónica(42)

1. Preparación
<ul style="list-style-type: none"> • Al momento de realizar la entrevista indagar sobre la relación que tiene el paciente con sus familiares y distinguir cuál será el contacto sobre decisiones sobre su atención o en situaciones de emergencia. • Evitar comunicarse con familiares con dificultades para la comunicación, problemas mentales o duelo patológico (si es alguno de estos casos mejor informar de manera presencial). • Individualizar cada caso. • Sabiendo que el teléfono no es el mejor método para dar malas noticias, se debe identificar qué es lo que se va a comunicar, esto dependerá del nivel cultural y de instrucción del interlocutor.
2. Comunicar la noticia
<ul style="list-style-type: none"> • La llamada debe hacerse en privado y evitar interrupciones. • Identificarse correctamente. • Verificar si el interlocutor este en un lugar seguro y privado. Si está solo preguntar si necesita ponerse en contacto con alguien más. • Advierta la incomodidad de utilizar la vía telefónica como medio de comunicación. • Comunicar de una manera pausada, el discurso deberá ser claro y hacer notar su importancia. • Si le preguntan si el paciente ha muerto, responder directamente y no utilizar eufemismos. • Si no le preguntan utilizar una narrativa simple de lo acontecido: “Despertó de manera repentina con dificultad para respirar, avisaron a los médicos, dejo de respirar y su corazón de latir, tratamos de resucitarla, pero no tuvimos éxito, lamento informarle que ha muerto”. • El cómo se comunica el fallecimiento de un familiar puede influir en el proceso de duelo.
3. Manejo de emociones
<ul style="list-style-type: none"> • Si se va a dar una mala noticia por vía telefónica es imprescindible escuchar de manera efectiva. • La respuesta del interlocutor puede ser entrar en shock: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sensación de irrealidad: para evitar esto no utilizar eufemismos. ○ Necesidad de culpar: se debe tratar de absorber y desviar la ira expresando la tristeza de la pérdida, es muy importante no ponerse a la defensiva. ○ Plantear acciones legales: la documentación de lo ocurrido en el historial clínico ayudará. ○ Impotencia, asuntos pendientes, necesidad de comprensión entre otras. • El profesional debe utilizar palabras con la que si sienta cómodo. • Evitar el silencio es importante, trate de reflexionar sobre la situación, si no hay respuesta comunicar que avisará a un familiar o con los servicios de emergencia.
4. Planificar
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudará a la persona receptora de la mala noticia a centrarse y tomar el control de la mala situación.

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19	MTT2- NACIONAL
	MTT2-PRT-0021	Página 27 de 48

- Es responsabilidad del que realiza la llamar ayudar hacer planes para las próximas horas o minutos.
- Facilitar acciones cuando acudan al centro médico.
- El cuidado del personal de salud es importante, dar una mala noticia puede ser desgastante, y se deberá buscar apoyo con el resto de profesionales.

Tomado y modificado de: Care L, Marzo R. Comunicación telefónica de malas noticias. 2020;1

11. ¿Cuáles es el manejo NO farmacológico de cuidados paliativos de los síntomas más comunes en un paciente con infección por COVID-19?

Recomendaciones

La disnea severa a menudo causa ansiedad, volviéndose un círculo vicioso. El apoyo psicosocial, la relajación y el entrenamiento respiratorio pueden disminuir la disnea y el malestar.
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.24
Las técnicas de respiración controlada incluyen posicionamiento, respiración con los labios fruncidos, ejercicios de respiración y entrenamiento coordinado de la respiración. Los fisioterapeutas y los especialistas en enfermería clínica pueden ayudar a los pacientes a aprender cómo hacerlo (teniendo en cuenta que es posible que este apoyo deba realizarse de forma remota)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.36
Para el manejo del delirio, se sugiere que el personal que evalúa al paciente utilice un instrumento de cribado rápido que pueda ser aplicado por el equipo médico o de enfermería (El Confusion Assessment Method sensibilidad y especificidad mayor al 95%). Luego identifique y gestione la posible causa subyacente o combinación de causas.
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.24
Garantizar una comunicación y una reorientación efectivas, y brindar tranquilidad a las personas diagnosticadas con delirium. Asegurar que las personas en riesgo de delirium sean atendidas por un equipo de profesionales de la salud que conocen a la persona en riesgo. Explicar a la familia el posible origen de la situación actual del paciente y que son secundarias a su enfermedad.
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.53
Evitar movilizar a las personas dentro y entre salas o habitaciones, a menos que sea absolutamente necesario. Garantizar una iluminación adecuada.
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18
Reconducir al paciente evitando inicialmente las contenciones físicas.
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.36
La ansiedad, al igual que la disnea, debería ser interpretada como el resultado de un constructo multidimensional. Puede ser secundaria a la disnea, al aislamiento, a la soledad, al miedo a la muerte.
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.38
Las técnicas de relajación y de respiración en casos leves, y tratamiento farmacológico en casos más graves son la elección.
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.36

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19	MTT2- NACIONAL
	MTT2-PRT-0021	Página 28 de 48

Asegurar el confort del paciente disminuirá su ansiedad, pero el tratamiento principal es analizar y ayudar a solventar las preocupaciones del paciente, tranquilizarlo y apoyarlo. También se deben considerar tratamientos complementarios, como ejercicios de relajación e interconsulta con salud mental.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0

12. ¿Cuáles es el manejo farmacológico de cuidados paliativos de los síntomas más comunes en un paciente con infección por COVID-19?

Recomendaciones

Los kits de medicamentos esenciales e insumos básicos, para el control de síntomas, deben estar disponibles de acuerdo al nivel de atención.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

Los opioides son medicamentos esenciales para el alivio del sufrimiento grave asociado a la salud, y deben estar disponibles y accesibles para que el personal médico pueda utilizarlos en todos los niveles de atención.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

Todo el personal debe conocer el manejo de los síntomas más comunes, ya que la enfermedad es rápidamente progresiva, por lo que el alivio debe ser inmediato, para evitar el sufrimiento.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

Estas recomendaciones son esencialmente para pacientes en cuidados paliativos, pero pueden ser usados para todo paciente que curse con exacerbación de los síntomas, con la finalidad de aliviarlos.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

De ser posible, según la estabilidad clínica, administrar los medicamentos por vía oral, o en caso de pacientes inestables, usar la vía subcutánea.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.19

Iniciar morfina para el manejo de la disnea y el dolor. En caso de uso previo de opioides, modificar la dosis. Si se administra en pacientes no usuarios de opioides empezar en la dosis recomendada y titular de acuerdo a la evolución clínica del paciente, y recordar el uso de dosis extras o de rescate (ver Tablas 1-3).

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.25

Para tratar la ansiedad asociada a la disnea se puede utilizar benzodiazepinas (ver Tablas 1-3).

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.19

Para el manejo de secreciones en el paciente inestable y en el final de la vida se recomienda antisecretorios como butilscopolamina/butilbromuro de hioscina (ver Tablas 1-3).

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.25

Se recomienda para el delirio en la fase inestable y de fin de vida utilizar antipsicóticos como haloperidol y levomepromazina (ver Tablas 1-3).

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.29

Justificación

Los desafíos de los cuidados paliativos durante la pandemia se encuentra enmarcado dentro de tres dominios importantes como son: manejo de los síntomas de los pacientes, discusión de sus

voluntades anticipadas y el apoyo a sus familias durante el proceso de la crisis.

Posterior a la identificación de la gravedad de la infección por COVID- 19, se requiere continuar con las recomendaciones para el manejo conservador y de cuidados paliativos de pacientes con COVID- 19. Empoderar e impartir hacia el personal de atención directa protocolos de asistencia en cuidados paliativos, para pacientes que se determine no candidatos a ventilación mecánica, permitirá la toma de decisiones rápidas y acciones que permitan paliar el sufrimiento de aquellos que cursen con mal control de síntomas.

Se ha determinado una serie de instrumentos, adaptados y válidos para el control, monitoreo de síntomas, especialmente la evaluación de las 3 D (disnea, dolor, distres o angustia), además se ha logrado categorizar, con parámetros como saturación y frecuencia respiratoria, a los pacientes en cuidados paliativos con COVID-19, en tres categorías, Estable, Inestable y en Fin de vida como se describe a continuación, además se ha determinado recomendaciones para el manejo de los síntomas más frecuentes durante el cuadro sintomático en pacientes candidatos a cuidados paliativos con COVID-19 (45).

Tabla 8. Manejo Farmacológico de síntomas en fase Estable:

Fase de la enfermedad	Monitoreo	Consideraciones
ESTABLE <7 puntos en escala de gravedad (45) < 25 frecuencia respiratoria > 88% Saturación (con máscara de venturi hasta el 60%)	Evaluación 3 D (disnea, distrés y dolor), una ocasión durante el turno de trabajo. Evaluar áreas de presión y colocar medidas anti escaras. Preparar hacia la familia y al paciente gran riesgo de fallecimiento.	Usar conversión de opioides al cambiar de vía de administración: Al convertir opioides orales a subcutáneos reducir a la mitad la dosis total. En insuficiencia renal sugerimos reducir la dosis de morfina al 50%. Pacientes con tratamiento opioide previo: Continuar con opioide habitual. Usar dosis de rescate 1/6 parte de la dosis habitual de opioide PRN.
Medicamentos		
Disnea/ Dolor/ Ansiedad asociado a Disnea Pacientes sin tratamiento previo con opioides: Morfina oral 2,5 -5 mg VO cada 4 horas + dosis de rescate 10% de la dosis total, titular dosis. Morfina 2,5mg – 5mg VO cada hora o PRN , titular dosis	Ansiedad o Pánico asociado a Disnea Lorazepam 0.5 mg VO TID o PRN Clonazepam tabletas 0.25 - 0.5 mg VO BID o PRN Clonazepam gotas (1 gota = 100 microgramos) 2-3 gotas cada 8 horas o PRN	Delirio / Confusión Haloperidol oral o sublingual : 2mg/ ml Administrar ¼ ml o ½ ml cada hora o hasta que se calme el paciente.

<p>Oxicodona 2.5 – 5mg VO cada hora o PRN, titular dosis.</p> <p>Si paciente tiene pérdida de la vía oral o mala absorción optar por vía subcutánea:</p> <p>Morfina 2.5 - 5 mg SC cada hora o PRN, titular dosis.</p> <p>Infusión SC continua Morfina 10mg+ midazolam 10mg pasar en 24 horas.</p>	<p>Midazolam 1.25 – 5 mg SC cada horas o PRN</p> <p>Consideraciones: Usar asociado a opioides.</p> <p>Comenzar con la dosis más baja y valorar efecto.</p>	
---	--	--

Tomado y Modificado de: Ferguson, Lana Barham, Deborah, Palliative Care Pandemic Pack: A Specialist Palliative Care Service Response to Planning the COVID-19 Pandemic, Journal of Pain and Symptom Management, 2020. Breathlessness management guidelines for community professionals to use to care for patients with known or suspected COVID-19 in community settings. COVID-19 Response Resources for Clinicians | Center to Advance Palliative Care.

Tabla 9. Manejo Farmacológico de síntomas en fase Inestable.

Fase de la enfermedad	Monitoreo	Consideraciones
INESTABLE		
<p>>7 puntos en escala de gravedad (45)</p> <p>> 25 frecuencia respiratoria</p> <p>< 88% Saturación</p>	<p>Evaluación 3 D, Dos ocasiones durante el turno de trabajo.</p> <p>Oxígeno máximo 4 litros por minuto.</p> <p>Observar el esfuerzo respiratorio.</p> <p>Preparar hacia la familia y al paciente gran riesgo de fallecimiento por etapa terminal instaurada.</p>	<p>Hidratación máxima 250ml/ día.</p> <p>Suspender medicamentos innecesarios.</p> <p>Evaluar áreas de presión y colocar medidas anti escaras.</p>
Medicamentos		
<p>Disnea/ Dolor/ Ansiedad asociado a Disnea</p> <p>Pacientes sin tratamiento previo con opioides:</p> <p>Morfina 5 mg SC o IV cada 4 horas + dosis de rescate 10% de la dosis total o PRN.</p> <p>Morfina 1-2mg SC cada hora o PRN valorar respuesta, titular dosis.</p>	<p>Ansiedad/ delirio/ angustia</p> <p>Diazepam : 2,5- 5mg IV o 10mg rectal cada 8 a 12 horas con dosis de rescate o PRN</p> <p>Levomepromazina 6,25-12,5mg SC PRN</p> <p>Midazolam 2.5mg – 5mg SC cada hora o PRN. (Reducir a 5mg en 24 horas si filtrado glomerular en menor a 30ml/minuto)</p>	

Tomado y modificado de: Ferguson, Lana Barham, Deborah, Palliative Care Pandemic Pack: A Specialist Palliative Care Service Response to Planning the COVID-19 Pandemic, Journal of Pain and Symptom Management, 2020. Breathlessness management guidelines for community professionals to use to care for patients with known or suspected COVID-19 in community settings. COVID-19 Response Resources for Clinicians | Center to Advance Palliative Care.

Tabla 10. Manejo Farmacológico en fase de Fin de Vida

Fase de la enfermedad	Monitoreo	Consideraciones
FIN DE VIDA Saturación < 70%	Evaluación 3 D, por dos ocasiones durante el turno de trabajo. Evaluar agitación, temblores (hipertermia), angustia, taquicardia, taquipnea si el paciente puede comunicarse. Preparar a la familia y al paciente gran riesgo de fallecimiento por etapa terminal instaurada, evaluar visitas.	* Si se considera el uso de dosis crecientes de opioides y benzodiazepinas se recomienda añadir levomepromazina para reducir dificultad respiratoria sin causar depresión respiratoria. Uso de oxígeno si mejora la situación de angustia del paciente.
Manejo de secreciones Evitar líquidos intravenosos Optimizar el drenaje de secreciones, hacerlo cuando se observe secreciones bucales visibles que causen angustia en el paciente.		Manejo del delirio Descartar dolor mal controlado, retención urinaria, impactación fecal. Se recomienda anti psicóticos de primera línea.
Medicamentos		
Disnea Terminal / Dolor/ Ansiedad asociado a Disnea Terminal		
Pacientes sin tratamiento previo con opioides Morfina 5 mg – 10 mg SC cada 10 minutos o PRN. Si se considera el uso de dosis crecientes de opioides y benzodiazepinas se recomienda añadir levomepromazina para reducir dificultad respiratoria sin causar depresión respiratoria Levomepromazina 6,25 – 12,5mg SC cada 2 horas o PRN		
Manejo delirio/ agitación: Haloperidol 0.5 mg – 1mg SC cada 4 horas o PRN (máximo 5mg en 24 horas, si requiere más dosis se recomienda cambiar y administrar levomepromazina es más sedante que haloperidol). Diazepam 2,5mg – 5mg IV o rectal 10mg cada 8-12 horas con dosis de rescate PRN.		
*Las infusiones subcutáneas se manejará de acuerdo al protocolo de sedación paliativa.		

Tomado y modificado de: Ferguson, Lana Barham, Deborah, Palliative Care Pandemic Pack: A Specialist Palliative Care Service Response to Planning the COVID-19 Pandemic, Journal of Pain and Symptom Management, 2020. Breathlessness management guidelines for community professionals to use to care for patients with known or suspected COVID-19 in community settings. COVID-19 Response Resources for Clinicians | Center to Advance Palliative Care.

13. ¿Cuáles son las indicaciones para la sedación paliativa en pacientes con COVID-19?

Recomendaciones

Se entiende por *sedación paliativa* la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, y con su consentimiento explícito.(46)

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19	MTT2- NACIONAL
	MTT2-PRT-0021	Página 32 de 48

<p>Que pacientes se beneficiaran de sedación paliativa en COVID-19:</p> <p>a) Pacientes con síntomas refractarios no recuperables y que no son candidatos a cuidados intensivos por COVID-19, que evolucionan desfavorablemente y tienen mal pronóstico a corto plazo. (47)</p> <p>b) Paciente en Terapia intensiva con fallo respiratorio pese a ventilación mecánica más fallo multiorgánico luego de 5 días de tratamiento intensivo. (47)</p>
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.38

14. ¿Qué condiciones bioéticas deben tomarse en cuenta para inicio de sedación paliativa en infección por COVID 19?

Recomendaciones

<p>Condiciones para que la sedación paliativa sea considerada ética y legalmente lícita (SECPAL)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de un síntoma refractario (47) • Dejar evidencia en la historia clínica sobre etiología del síntoma, tratamientos instaurados, poca o ninguna respuesta a los mismos. (47) • Intención de aliviar el sufrimiento. El paciente tiene derecho a no padecer sufrimiento y tener un control adecuado de síntomas (47,48) • Ajustar dosis y combinación de fármacos, así como el uso de medicamentos de rápida metabolización, cambiante según la respuesta presentada por el paciente (monitoreo continuo) (47) • Obtener el consentimiento informado del paciente en caso de estar consciente, o de un familiar responsable si el paciente no estuviere competente para la toma de decisión. (47) • Evaluación interdisciplinaria y decisión conjunta del equipo que lo cuida. (47,49)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0
<p>En los síntomas refractarios de COVID19 los plazos pueden ser tan cortos como tan solo unas pocas horas, dependerá de severidad del cuadro y la velocidad de empeoramiento. (13,47)</p>
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

15. ¿Quién firma la autorización o el consentimiento informado en sedación paliativa?

Recomendaciones

<p>En un paciente críticamente enfermo que requiere sedación paliativa es frecuente que no se encuentre en competencia para la toma de decisión, en cuyo caso, serán sus familiares como esposa, hijos y hermanos los responsables, quienes firmen el consentimiento informado, con apoyo y acompañamiento del equipo de salud que lo atiende.(5,50)</p>
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19	MTT2- NACIONAL
	MTT2-PRT-0021	Página 33 de 48

16. ¿Cuáles son los medicamentos se usan en sedación paliativa para los diferentes niveles de atención?

Recomendaciones

La disminución del nivel de conciencia, como parte del tratamiento para el alivio del sufrimiento en síntomas refractarios de final de vida, se logra a través del uso de fármacos como: benzodiazepinas como midazolam, diazepam. Otra alternativa es la levomepromazina. El uso de morfina concomitante o fentanilo pueden ayudar en este proceso.(47–49) (51)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.19
El uso de vía subcutánea durante el proceso especialmente en apoyo de cuidados domiciliarios es de mucha utilidad y mejora la administración de fármacos por parte de familiares. (50,52,53)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.19

Tabla 11: Tratamiento sedación paliativa en paciente COVID-19

Lugar de atención	Tratamiento	Vía de administración
Hospitalaria (48,49)	<p>En infusión continua:</p> <ul style="list-style-type: none"> Midazolam: Iniciar con bolo de 5 mg Si es menor de 70 años: 2.5mg/hora Si es mayor de 70 años: 1.5mg/hora Levomepromazina:6.35MG-12.5 mg PRN morfina: iniciar con bolo a 2.5mg infusión a 1mg/hora e ir incrementando dependiendo dela respuesta <p>Otros medicamentos: fentanyl.</p>	Intravenosa Subcutanea
Domiciliario (48,49)	<p>Morfina: 2.5 mg c/4 horas evaluar dosis respuesta Midazolam: 5 mg c/6horas. evaluar dosis respuesta Haloperidol: 2 mg sc C/ 12 horas Butil bromuro hioscina: 20 mg sc cada 8 horas ajustar dosis (secreciones)</p>	Vía Subcutánea

17. ¿Cómo abordar el sufrimiento espiritual en pacientes contagiados de COVID-19?

Recomendaciones

Se debe ofrecer apoyo espiritual y/o religioso tanto al paciente como a su familia, desde el principio de la

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19 MTT2-PRT-0021	MTT2- NACIONAL
		Página 34 de 48

enfermedad y en todo nivel de atención, pero en especial en situaciones de aislamiento y al final de la vida.
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.38
El soporte espiritual debe ser planificado como parte del manejo integral centrado en la persona, luego de identificar las necesidades que la persona y su familia manifiesten.
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 1.07
Es necesario facilitar espacios, instrumentos y rituales para el paciente y su familia, con ayuda de las instancias tecnológicas.
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.24
Cualquier miembro del personal de salud puede proporcionar "primeros auxilios espirituales", basados en la habilidad para escuchar y expresar amabilidad y compasión. Donde sea posible se puede llamar o consultar a personal especializado en atención espiritual como capellanes o pastores(54).
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

Justificación

La espiritualidad, entendida como la capacidad que tiene cada persona de trascender del tiempo y el espacio, y relacionarse con un poder superior denominado en muchas culturas y civilizaciones como Dios, nos permite re-significar de manera constante la vida ante los múltiples escenarios a los cuales nos debemos enfrentar. Cuando el hombre se siente indefenso y necesitado aprende a identificarse con su dimensión más elevada, la espiritual, a encontrar una paz más profunda en medio de situaciones verdaderamente dramáticas, a adquirir un conocimiento de la realidad mucho más integral. Así, la espiritualidad permite recobrar la esperanza, la ilusión y la tranquilidad en medio de la incertidumbre y el dolor.

Desde una óptica paliativa, todo el equipo de salud está llamado a consolar y arropar a los que están sufriendo. "Servir a la vida significa para el agente sanitario respetarla y asistirle hasta el fin natural. El hombre no es dueño ni árbitro de la vida, sino su fiel custodio; la vida, en efecto (...) es inviolable e indisponible"(55).

Durante la etapa de confinamiento y distancia social que estamos viviendo se nos pide actuar de modo creativo, atentos siempre a los casos de sufrimiento espiritual y a los procesos de final de vida, teniendo en cuenta que tendremos que hacerlo a distancia.

La concepción puramente biológica del enfermo, presente en la mayoría de servicios sanitarios, es una de las mayores barreras al desarrollo de una atención humanizada, puede derivar en una obstinación terapéutica, y afectar negativamente al enfermo, su familia y al equipo de salud(56).

El abordaje de las necesidades espirituales de los pacientes y familiares es parte del manejo integral de cuidados paliativos, y sale de la comunicación estrecha que debemos tener con ellos al fijar las metas del tratamiento(57). En el contexto de la pandemia, varias herramientas para comunicación y toma de decisiones, así como guías de cuidados paliativos, incluyen soporte espiritual(58). Es necesario planificar para poner a disposición de pacientes y familiares los

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19	MTT2- NACIONAL
	MTT2-PRT-0021	Página 35 de 48

espacios, instrumentos y rituales que ellos requieran, con ayuda de las instancias tecnológicas, incluido el acceso a la capellanía(54).

18. ¿Cómo realizar el acompañamiento de los pacientes con COVID-19 y sus familiares dentro del proceso anticipatorio y el duelo?

Recomendaciones

Durante todo el proceso de duelo anticipatorio es imprescindible brindar regularmente a la familia la información actualizada que realmente sea necesaria respecto a la situación del paciente, de manera clara y sencilla (cuidando el lenguaje no verbal), a través de mensajes que transmitan tranquilidad(59).
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18
De ser posible la visita de un familiar a un paciente aislado, se recomienda brindar información sobre lo que va a encontrarse, específicamente sobre el estado y la apariencia del paciente. (9). Importante asegurarse de que el paciente se encuentra controlado y de que el familiar realmente desea hacerlo. Después de cada visita es importante brindar un espacio para aclarar dudas. (60)
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.36
Mantener conversaciones sobre los deseos y las necesidades espirituales y los rituales funerarios del paciente y sus familiares. El equipo debe estar en la capacidad de afrontar este tipo de conversaciones y proporcionar el soporte emocional necesario (61). Un abordaje individualizado para cada caso resulta necesario, el cual se logra a través del conocimiento de la vivencia del sistema familiar y las voluntades anticipadas del paciente(62).
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18
Brindar espacios para que los familiares se sientan libres y seguros de expresar sus emociones, preocupaciones y preguntas siempre que sientan la necesidad(63). Generar vías de comunicación bidireccionales entre profesionales y familiares para garantizar el apoyo bio-psicosocial y emocional, ya sea de manera virtual o presencial(62).
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0
Siempre que sea posible hacer uso de las llamadas telefónicas, video llamadas y mensajes para mantener a los familiares conectados con los pacientes y facilitar la comunicación durante el momento de la muerte, pero también de manera regular en los últimos días y horas. Es importante que los recursos tecnológicos estén disponibles en las instituciones para el uso de los profesionales(63).
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0
Preparar a los pacientes y sus familiares para la muerte como parte crucial del trabajo del duelo anticipatorio, el cual puede prevenir o mitigar la presencia de un duelo complicado tras el fallecimiento del paciente. Para ello, es clave hacer el uso adecuado de la comunicación, respondiendo y validando las emociones de los implicados (61).
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0
Guiar a la familia para que se comuniquen con las funerarias con anticipación y gestionen las alternativas para realizar los rituales de despedida y accedan al apoyo de su red social de manera virtual (63).
Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19	MTT2- NACIONAL
	MTT2-PRT-0021	Página 36 de 48

Considerando la imposibilidad de recibir el soporte de familiares y amigos durante el proceso de duelo, el soporte profesional juega un rol importante en el momento del fallecimiento del paciente (54).
<i>Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18</i>
Tras el fallecimiento del paciente, se recomienda permitir a los familiares ver su rostro, si ellos así lo desean. En este momento debe haber un profesional sanitario cuidando las medidas de prevención y proporcionando soporte emocional(60).
<i>Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18</i>
Las ceremonias y rituales de despedida breves dentro de la institución pueden ser una manera útil de mostrar respeto por el difunto y sus familiares(64).
<i>Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.24</i>
Proporcionar información y guía a los familiares sobre las nuevas alternativas para conectarse de manera virtual con su red de apoyo, las cuales puedan ser efectivas y viables para su situación (61).
<i>Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0</i>
Proporcionar información y psicoeducación sobre el proceso de duelo y lo que se puede esperar (factores de riesgo). Brindar material impreso con dicha información(63). Se recomienda utilizar información adaptada a los procesos de duelo en COVID-19(65).
<i>Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0</i>
Proteger a las personas a través de las medidas preventivas establecidas, las cuales limitan los rituales de despedida en conjunto, no implica aislar a las personas emocionalmente. Podemos guiar a las familias con diferentes estrategias y sugerencias para procesar la pérdida (ej: cartas, poemas, reuniones y celebraciones virtuales, etc.)(64).
<i>Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18</i>
Tener presente que aunque las alternativas enfocadas en utilizar la tecnología para recibir apoyo y realizar rituales de despedida no reemplazan al contacto afectivo y las conversaciones presenciales, son válidas y permiten la conexión mientras duran las medidas de distanciamiento social (54).
<i>Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.19</i>
Importante incluir a los niños, adultos mayores y personas con capacidades especiales y guiarlos de acuerdo a su edad y condición(64).
<i>Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18</i>
Los familiares deben ser alentados a buscar apoyo profesional a nivel emocional y espiritual, tanto de manera individual como grupal, para su proceso de duelo. Proporcionar información sobre estos servicios o profesionales, dentro y/o fuera de la institución (63).
<i>Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0</i>
Mantener el contacto y realizar seguimiento después del fallecimiento. Se recomienda la entrega de una carta de condolencias personalizada con información de contacto, por si requieren apoyo (54).
<i>Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.19</i>

Justificación

Dentro del contexto de la pandemia por COVID-19, procesos como el duelo anticipatorio y la

	<p style="text-align: center;">CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19</p> <p>MTT2-PRT-0021</p>	<p style="text-align: center;">MTT2- NACIONAL</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Página 37 de 48</p>
--	--	---

despedida de un ser querido se han visto impedidos debido a la imposibilidad de los familiares de estar presentes y participar del acompañamiento en los últimos días y horas de vida de los pacientes hospitalizados y/o en aislamiento. A pesar de que estos momentos son indudablemente duros debido al impacto emocional de la inevitabilidad de la muerte, tienen un valor terapéutico que permite que el posterior proceso de duelo fluya de manera natural y saludable. Las actuales medidas restrictivas y preventivas generan un escenario en el que los familiares prescinden del apoyo emocional y el soporte compasivo de los profesionales y de sus seres queridos, experimentando además sentimientos intensos de tristeza, culpa e impotencia al saber que su ser querido se encuentra solo en estos cruciales momentos.(63)

Considerando la dimensión social de la despedida de un ser querido, sabemos que recibir apoyo de la comunidad, familia y amistades es clave para la elaboración del duelo. Ésta es una experiencia que necesita ser compartida y acompañada, a través de actos simbólicos donde se nos permite la expresión abierta de sentimientos y se honra la vida del difunto (64). Sin embargo, tras el fallecimiento del paciente, aquellos rituales tradicionales de duelo, que usualmente permiten asimilar la realidad de la pérdida, hoy en día se ven imposibilitados (63). Los funerales y demás servicios exequiales deben ser pospuestos o se llevan a cabo de manera breve y sin la presencia del círculo social y familiar del difunto. Por ende, se observa que las personas se sienten privadas de sus derechos a llorar públicamente su pérdida y experimentan altos niveles de ansiedad y depresión, entre otras consecuencias negativas a corto y mediano plazo (61). Para ellas, existe una gran probabilidad de que su proceso de duelo se complique y sea potencialmente traumático, debido a la dificultad para aceptar la muerte de su ser querido(63).

Es por ello que, frente a la evidente interrupción de la experiencia usual de los procesos de despedida y de duelo debido a la situación actual, los profesionales sanitarios se ven en la obligación de buscar alternativas para adaptarse y modificar la manera en que acompañan a los pacientes y sus familiares (61). Por ende, en términos generales, se recomienda un enfoque centrado en mantener la comunicación y conexión entre el paciente, sus seres queridos y los profesionales, antes y después de la muerte. Además es necesario adaptar de manera respetuosa los rituales y prácticas simbólicas asociadas con el proceso de duelo, así como planificar el seguimiento posterior(66). Esto requiere indudablemente que los profesionales encargados adquieran competencias enfocadas en el abordaje y acompañamiento del duelo y la muerte, habilidades de comunicación, la escucha activa, el trabajo en equipo y el autocuidado(62).

19. ¿Cómo se puede brindar un cuidado integral a los y los cuidadores formales (personal sanitario) que atienden durante la pandemia por COVID-19?

Recomendaciones

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19	MTT2- NACIONAL
	MTT2-PRT-0021	Página 38 de 48

Se recomienda solventar las necesidades básicas del personal a través de los insumos de protección de bioseguridad, transporte, seguridad, alimentación y alojamiento (en el caso que aplique, y en base a las recomendaciones según nivel y contacto).

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0

Se recomienda promover un clima laboral de apoyo, a través de canales de comunicación grupales e individuales, en los equipos de trabajo directo (pares) y con superiores (supervisores, jefes). Estos canales pueden ser presenciales o virtuales, según la circunstancia. Además, deben incluir líneas de reporte directo de inconvenientes y/o necesidades urgentes. Toda comunicación de tipo psicosocial (sentimientos, emociones, circunstancias personales, quejas) debe ser manejada de forma confidencial.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

Para promover la seguridad sobre sus acciones, se recomienda realizar reuniones de equipo breves al inicio de la jornada (o según la necesidad) en las que se traten los avances de la situación (ej. nueva evidencia que afecte su quehacer en los procedimientos clínicos), protocolos y otras disposiciones generales. Es importante recordar a cada miembro del equipo el valor de su labor.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0

Se recomienda planificar y establecer turnos claros de trabajo y descanso para todo el personal. Estos turnos deben considerar tiempo de descanso, pausas activas, reuniones de supervisión y seguimiento.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0

Se recomienda entrenar a todo el personal en habilidades de comunicación con pares, pacientes y familiares. Estos entrenamientos deben incluir comunicación asertiva, comunicación en crisis y comunicación de malas noticias.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.0

Se recomienda incorporar una sección corta de autocuidado en las comunicaciones institucionales (ej. boletines mensuales o correos electrónicos de información general). Estas pueden ser escritas o en video e incluir: ejercicios breves de *mindfulness*, consejos de alimentación y nutrición, rutinas breves de ejercicio físico, ejercicios de relajación y enlaces a recursos adicionales (bibliografía, línea de apoyo emocional directo, etc.).

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.25

Se recomienda implementar grupos de apoyo para el personal, con el acompañamiento del personal de salud mental, donde se trabaje a través de la psicoeducación sobre sus actividades dentro y fuera de su labor como cuidadores, gestión de sus emociones y pensamientos irracionales, promover sentido en su trabajo, técnicas de resolución de conflictos, herramientas para el manejo del tiempo y otras estrategias específicas de autocuidado.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

Si el personal sanitario se encuentra con niveles altos de fatiga por compasión y/o burnout se recomienda, además de las intervenciones grupales, intervención psicológica individual.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

Si el personal sanitario presenta ideación suicida se recomienda intervención psicológica individual. Si presentan riesgo grave de suicidio se recomienda atención inmediata, solicitarla a través del 911.

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7, IC al 95% 0.18

	<p style="text-align: center;">CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19</p> <p style="text-align: center;">MTT2-PRT-0021</p>	MTT2- NACIONAL
		Página 39 de 48

Justificación

La fatiga por compasión en los cuidadores formales es causada por el contacto prolongado, continuo e intenso con los pacientes, el uso de uno mismo y sus recursos, y la exposición al estrés. Además de factores de riesgo personales como sentimientos de culpa, ansiedad, impotencia, entre otros, existen elementos administrativos y propios de la labor que pueden incrementar el desarrollo de la fatiga por compasión y el *burnout* como: tener poca experiencia como cuidador, tipo de cuidado que se ofrece, interacciones conflictivas entre familiares y pacientes, tener que comunicar noticias inciertas o malas, lidiar con la muerte y el sufrimiento, falta de apoyo institucional, liderazgo administrativo deficiente, conflicto de roles, sobrecarga laboral, estrés laboral, escasez de personal, entre otros (67–71). Vivir una emergencia sanitaria hace que estos factores puedan exacerbarse y es necesario prevenir para cuidar integralmente al personal de salud. El autocuidado constituye un grupo de acciones que permite que el personal sanitario esté en mejor disposición para realizar las tareas, tenga mayor fortaleza para afrontar las situaciones, tenga mayor serenidad (ser cuidador, s.f.). Además, el autocuidado se relaciona con mejor calidad de vida profesional, menores niveles de fatiga por compasión y *burnout* y mayores niveles de satisfacción (72,73).

Las estrategias estructuradas grupales y organizacionales han mostrado efectos positivos para el aumento de la satisfacción y la reducción de la fatiga por compasión, burnout y estrés. Por ejemplo, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha desarrollado un protocolo de prevención del riesgo psicosocial para establecer directrices del cuidado y autocuidado del personal sanitario (74). Además de las indicadas en dicho documento, cada cuidador debe velar por promover su calidad de sueño y apoyo social (75), así como tener hábitos saludables (ej. alimentación, ejercicio) y sus habilidades de comunicación con pacientes y colegas (76,77), mejorar el conocimiento teórico y práctico sobre su rol de cuidador, tener realimentación clara y oportuna en el lugar de trabajo, tener acceso a mentores, conocer sobre herramientas para manejo del tiempo, conocer sobre los factores de riesgo en su estilo de vida, incorporar estrategias de autocuidado en la rutina (ej. practicar *Mindfulness* y ejercicios de relajación), reconocer y gestionar emociones y pensamientos, mejorar sus estrategias de afrontamiento frente al estrés, aplicar técnicas de resolución de conflictos, establecer objetivos y planes personales y profesionales claros, crear significados positivos de las situaciones, fomentar la percepción de control sobre su comportamiento y ambiente, promover el trabajo en equipo, fortalecer habilidades interpersonales y relaciones positivas, tener acceso a servicios de consejería individual o actividades de soporte emocional y espiritual, entre otros (78–84).

Definiciones

- a) **Fatiga por compasión:** un tipo de estrés traumático secundario que aparece como el coste de cuidar a alguien que sufre (85). Es el “agotamiento emocional, físico, social y espiritual que se apodera de una persona y causa un descenso generalizado de su deseo, capacidad y energía de cuidar a otros, así como la pérdida de la capacidad de experimentar satisfacción o gozo profesional o personal”(86).

	<p style="text-align: center;">CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19</p> <p style="text-align: center;">MTT2-PRT-0021</p>	<p style="text-align: center;">MTT2- NACIONAL</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Página 40 de 48</p>
--	--	---

- b) **Burnout:** síndrome psicológico multidimensional que surge en respuesta a estresores crónicos en el trabajo. Sus tres principales rasgos son agotamiento físico y emocional; actitud despersonalizada o indiferente en relación con los demás; y sentimiento de ineptitud para las tareas o realización personal reducida (87).
- c) **Satisfacción por compasión:** aspecto positivo de cuidar (88), gozo que se deriva de trabajar ayudando a los demás y da a través de relaciones significativas con uno mismo, el paciente, sus familiares y la comunidad en general(79).
- d) **Autocuidado:** capacidad de asumir de forma voluntaria el cuidado y mantenimiento de la vida, salud y bienestar; prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas de acciones que permiten vivir activos y saludables(89).

Referencias bibliográficas

1. OEA. GUÍA PRÁCTICA DE RESPUESTAS INCLUSIVAS Y CON ENFOQUE DE DERECHOS ANTE EL COVID-19 EN LAS AMÉRICAS. 2020.
2. World Health Organization. Clinical management of COVID-19. Interim Guid. 2020;
3. SECPAL. 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. 2020;1–8.
4. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care – a New Consensus-based Definition. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2020 May [cited 2020 Jun 22];0(0). Available from: <http://www.jpmsjournal.com/article/S0885392420302475/fulltext>
5. NICE. COVID-19 rapid guideline : managing symptoms (including at the end of life) in the community. Natl Inst Heal Care Excell [Internet]. 2020;1461(April):1–4. Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.m1461>
6. Amblàs J, Costa X, Espauella J, Lasmarías C, Ela S, Beas E, et al. RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES O CONDICIONES CRÓNICAS AVANZADAS Y PRONÓSTICO DE VIDA LIMITADO [Internet]. [cited 2020 Jun 21]. Available from: http://ico.gencat.cat/ca/professionals/serveis_i_programes/observatori_qualy/progra
7. Sociedad Médica de Cuidados Paliativos de Chile. Recomendaciones De La Sociedad Médica De Cuidados Paliativos De Chile Para El Manejo De Pacientes Con Enfermedades Limitantes De La Vida Y Covid-19. 2020;
8. NICE. COVID-19 rapid guideline: critical care in adults. Natl Inst Heal Care Excell. 2020;(March):2020.
9. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ [Internet]. 2005 Aug 30 [cited 2020 Jun 24];173(5):489–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16129869/>
10. Rueda Barrera EA, Caballero Duque A, Bernal Camargo DR, Torregrosa Almonacid L, Suárez Castro EM, Gempeler Rueda FE, et al. Pautas éticas para la asignación de recursos sanitarios escasos en el marco de la pandemia por COVID-19 en Colombia. Rev Colomb Cirugía. 2020 May 11;35(2):281–9.
11. Downar J, Seccareccia D. Palliating a Pandemic: “All Patients Must Be Cared For.” J Pain Symptom Manage. 2010 Feb;39(2):291–5.
12. De Antueno P. Pandemia COVID19: Directivas Anticipadas en “Pasos” (AAMYCP). [cited 2020 Jun 17]; Available from: <https://aamycp.com.ar/wp-content/uploads/2020/04/Nuevos-Pasos.pdf>
13. Consenso. GUÍA PRÁCTICA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN SITUACIÓN DE PANDEMIA COVID-19. EL

	<p style="text-align: center;">CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19</p> <p>MTT2-PRT-0021</p>	<p style="text-align: center;">MTT2- NACIONAL</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Página 41 de 48</p>
--	--	---

- SALVADOR 2020.
14. Hopkins SA, Lovick R, Polak L, Bowers B, Morgan T, Kelly MP, et al. Reassessing advance care planning in the light of covid-19. Vol. 369, The BMJ. BMJ Publishing Group; 2020.
 15. Medicina U de BAI de IM "Alfredo LF de. RECOMENDACIONES ÉTICAS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA SITUACIÓN EXCEPCIONAL DE CRISIS POR PANDEMIA COVID-19 EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA Y OTRAS ÁREAS CRÍTICAS [Internet]. [cited 2020 Jun 17]. Available from: <https://cuidadospaliativos.org/blog/wp-content/uploads/2020/04/GUIA-ETICA-COVID19-LANARI-8-de-abril-2020.pdf>
 16. Rubio O, Estella A, Cabre L, Saralegui-Reta I, Martin MC, Zapata L, et al. Ethical recommendations for a difficult decision-making in intensive care units due to the exceptional situation of crisis by the COVID-19 pandemia: A rapid review & consensus of experts. Med Intensiva. 2020 Apr 15;
 17. Domenico BG, Claudia G, Monika O, Ralf J. Covid-19: Decision making and palliative care. Vol. 150, Swiss Medical Weekly. EMH Swiss Medical Publishers Ltd.; 2020.
 18. Berlinger N, Wynia M, Powell T, Micah Hester D, Milliken A, Fabi R, et al. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19 Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. 2020.
 19. Kramer JB, Brown DE, Kopar PK. Ethics in the Time of Coronavirus: Recommendations in the COVID-19 Pandemic. 2020 [cited 2020 Jun 16]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.004>
 20. Minsalud. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA TOMA DE DECISIONES ÉTICAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA COVID- 19 [Internet]. Colombia; 2020 [cited 2020 Jun 16]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_1051_de_2016.pdf
 21. NHS NI for H and CE (NICE) in collaboration with NE and. Managing COVID-19 symptoms (including at the end of life) in the community: Summary of NICE guidelines [Internet]. Vol. 369, The BMJ. BMJ Publishing Group; 2020 [cited 2020 Jun 20]. Available from: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1461>
 22. Risk communication and community engagement readiness and initial response for novel coronaviruses (nCoV) Interim guidance v1. 2020.
 23. SECPAL. Recomendaciones para Profesionales de Atención Domiciliaria en Cuidados Paliativos. 2020.
 24. Hollander JE, Carr BG. Virtually perfect? Telemedicine for covid-19 [Internet]. Vol. 382, New England Journal of Medicine. Massachusetts Medical Society; 2020 [cited 2020 Jun 18]. p. 1679–81. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2003539>
 25. Información AMCP. CORONAVIRUS (COVID-19). INFORMACION A TENER EN CUENTA EN LA ATENCION A PACIENTES CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS. 2020.
 26. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública DN de N. Cuidados paliativos. Norma de atención. 2015;
 27. Alessandrini G, Baldomá F, Cámara L, Cherro A, Contreras P, Ferraro H, et al. RECOMENDACIONES INTERSOCIETARIAS PARA ASIGNACIÓN DE RECURSOS BASADOS EN GUÍAS ÉTICAS, ATENCIÓN PALIATIVA Y CRITERIOS DE INGRESO/ EGRESO EN CUIDADOS CRITICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19. 2020.
 28. SECPAL/AECPAL. Recomendaciones sobre cuidar y acompañar personas en situación de últimos días y a su familia y/o cuidadores. 2020;1–6.
 29. Rosales A, Jodar F, Ortega O. RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN SITUACIÓN PALIATIVA Y SITUACIÓN DE ULTIMOS DÍAS CON INFECCIÓN POR COVID19. Junta de Andalucía. 2020;
 30. López-Nogales BL. Validación del Índice Pronóstico de Supervivencia (Pap Score) en Cuidados Paliativos. Gac Mex Oncol. 2014;13(3):162–6.

	CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19	MTT2- NACIONAL
	MTT2-PRT-0021	Página 42 de 48

31. Universidad de Navarra. Guías rápidas de apoyo y control sintomático en pacientes avanzados con COVID-19. 2020;0:1–32.
32. SECPAL. Recomendaciones para familiares para la despedida y el duelo ante la presencia del covid-19. 2020;8–9.
33. Wolf I, Waissengrin B, Pelles S. Breaking Bad News via Telemedicine: A New Challenge at Times of an Epidemic. *Oncologist*. 2020;879–80.
34. Instituto Pallium Latinoamérica. RECOMENDACIONES DE ATENCIÓN A PACIENTES GRAVES O ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA EN LA CRISIS DEL COVID-19. Instituto Pallium Latinoamérica. Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires. 2020;(Pág 1):1–18.
35. Radbruch L, Knauth FM, de Lima L, de Joncheere C, Bhadelia A. The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10235):1467–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30964-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30964-8)
36. Clínica Universidad de Navarra. Guías rápidas de apoyo y control sintomático en situaciones de COVID-19. 2020;
37. Crispim D, Paes Da Silva MJ, Cedotti W, Câmara M, Gomes SA. Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia NOTÍCIAS DE ÓBITO DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19.
38. Parry R. COVID-19: Evidence-based advice for difficult conversations [Internet]. 2020. Available from: <https://www.realtalktraining.co.uk/app/uploads/2020/03/COVID-19-Evidence-based-advice-for-difficult-conversations-2.pdf>
39. Rapa E. Making Impossible Conversations Possible Making Impossible Conversations Possible: Resources for Professionals and Families During the COVID-19 Pandemic [Internet]. 2020. Available from: www.psych.ox.ac.uk/research/covid_comms_support
40. GUÍA DE ESTRATEGIAS PARA LA COMUNICACIÓN PREPARADA PARA LA COVID 2 • Guía de estrategias para la comunicación preparada para la COVID, Vitaltalk ¿A quién está dirigido?
41. Buckman R, Kason Y. Breaking Bad News: A Six-Step Protocol. In: *How To Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Toronto; Buffalo: University of Toronto Press; 1992. p. 65–97.
42. Care L, Marzo R. Comunicación telefónica de malas noticias. 2020;1(1).
43. Dalton DL, Rapa DE, Channon-Wells H, Hope DS, Stein PA. Contactando a familiares por teléfono para comunicar la muerte de un paciente [Internet]. 2020. Available from: <https://www.psych.ox.ac.uk/files/research/contactando-a-familiares-por-telefono-para-comunicar-la-muerte-de-un-paciente.pdf>
44. Dalton DL, Rapa DE, Channon-Wells H, Hope DS, Stein PA. Contacting Relatives by Phone to Communicate Death of a Resident During the COVID-19 Pandemic [Internet]. 2020. [cited 2020 Jun 16]. Available from: <https://www.psych.ox.ac.uk/files/research/care-home-calling-relatives-about-covid-19-death.pdf>
45. Liao X, Wang B, Kang Y. Novel coronavirus infection during the 2019–2020 epidemic: preparing intensive care units—the experience in Sichuan Province, China. *Intensive Care Med*. 2020 Feb 1;46(2):357–60.
46. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Cuidados paliativos. Guía de Práctica Clínica. 2014.
47. SECPAL/OMC. Guía de sedación paliativa. 2012;1–36.
48. EAPC. Palliative sedation in the context of COVID-19: Expert opinions from the Palliative Sedation project | EAPC Blog [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 20]. Available from: <https://eapcnet.wordpress.com/2020/04/20/palliative-sedation-in-the-context-of-covid-19-expert-opinions-from-the-palliative-sedation-project/>
49. Cherny NI. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation †. *ESMO Updat Clin Pract Guidel*. 2014;25:iii143–52.
50. Pettus K, Cleary JF, de Lima L, Ahmed E, Radbruch L. Availability of Internationally Controlled Essential Medicines in the COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage*. 2020 May 6;
51. Association of Palliative Care of Great Britain and Ireland. COVID-19 and Palliative, End of Life and

	<p style="text-align: center;">CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19</p> <p>MTT2-PRT-0021</p>	<p style="text-align: center;">MTT2- NACIONAL</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Página 43 de 48</p>
--	--	---

- Bereavement Care in Secondary Care [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 20]. Available from: <https://apmonline.org/>
52. Keeley P, Buchanan D, Carolan C, Pivodic L, Tavabie S, Noble S. Symptom burden and clinical profile of COVID-19 deaths: a rapid systematic review and evidence summary. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2020 May 28 [cited 2020 Jun 10]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32467101>
 53. Lovell N, Maddocks M, Etkind SN, Taylor K, Carey I, Vora V, et al. Characteristics, Symptom Management, and Outcomes of 101 Patients With COVID-19 Referred for Hospital Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*. 2020;
 54. Selman LE, Chao D, Sowden R, Marshall S, Chamberlain C, Koffman J. Bereavement support on the frontline of COVID-19: Recommendations for hospital clinicians. *J Pain Symptom Manage*. 2020 May 3;
 55. Pontificio Consejo Para Los Agentes Sanitarios. Nueva Carta de los Agentes Sanitarios. Citta del Vaticano: Librería Editrice Vaticana; 2017. 143 p.
 56. Benito, Enric BIPA. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta. 2008;1–149.
 57. Gibbon LM, GrayBuck KE, Buck LI, Huang K-N, Penumarthy NL, Wu S, et al. Development and Implementation of a Clinician-facing Prognostic Communication Tool for Patients with COVID-19 and Critical Illness. *J Pain Symptom Manage*. 2020 May;
 58. Fusi-Schmidhauser T, Preston NJ, Keller N, Gamondi C. Conservative Management of COVID-19 Patients—Emergency Palliative Care in Action. *J Pain Symptom Manage*. 2020;
 59. Hospital San Juan de Dios. Guía de la despedida para familiares ante el covid-19. 2020;19.
 60. HOSPITAL MANACOR E de SH y AP (ESHAP). Guía De Apoyo Clínico En Toma De Decisiones, Control Sintomático Y Acompañamiento En Situaciones De Covid19. 2020.
 61. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 24];60(1):e70. Available from: </pmc/articles/PMC7153515/?report=abstract>
 62. Hernández MA, Navarro SG, Begoña García-Navarro E. Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con covid-19: revisión narrativa. *Enfermería Clínica*. 2020 May 19;
 63. Anewalt P, Connor S, Gray D, Hunt J, Larson D, Worden B. Grief and Bereavement for Family Members who Can ' t Visit their Sick Relatives or Attend Funeral Services Palliative Care in the COVID-19 Pandemic. 2020.
 64. Alarcón E, Prieto P, Cabrera C, Rey P, García N, Robles M, et al. Guía Para Las Personas Que Sufren Una Pérdida En Tiempos de COVID-19. 2020;(Mothú).
 65. Wang SSY, Teo WZY, Yee CW, Chai YW. Pursuing a Good Death in the Time of COVID-19. *J Palliat Med* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2020 Jun 24];23(6):754–5. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2020.0198>
 66. Mayland CR, Harding AJE, Preston N, Payne S. Supporting Adults Bereaved Through COVID-19: A Rapid Review of the Impact of Previous Pandemics on Grief and Bereavement. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 24]; Available from: </pmc/articles/PMC7228694/?report=abstract>
 67. Mason VM, Leslie G, Clark K, Lyons P, Walke E, Butler C, et al. Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: a pilot study. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014;33(4):215–25.
 68. Mizuno M, Kinefuchi E, Kimura R, Tsuda A. Professional quality of life of Japanese nurses/midwives providing abortion/childbirth care. *Nurs Ethics*. 2013;20(5):539–50.
 69. Nolte AGW, Downing C, Temane A, Hastings-Tolsma M. Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *J Clin Nurs*. 2017;26(23–24):4364–78.
 70. Smart D, English A, James J, Wilson M, Daratha KB, Childers B, et al. Compassion fatigue and satisfaction: a cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nurs Health Sci*.

	<p style="text-align: center;">CONSENSO DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/COVID-19</p> <p>MTT2-PRT-0021</p>	<p style="text-align: center;">MTT2- NACIONAL</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Página 44 de 48</p>
--	--	---

- 2014;16(1):3–10.
71. Sorenson C, Bolick B, Wright K, Hamilton R. Understanding compassion fatigue in healthcare providers: A review of current literature. *J Nurs Scholarsh*. 2016;48(5):456–65.
 72. Alkema K, Linton JM, Davies R. A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *J Soc Work End-of-Life Palliat Care*. 2008;4(2):101–19.
 73. Hotchkiss JT. Mindful self-care and secondary traumatic stress mediate a relationship between compassion satisfaction and burnout risk among hospice care professionals. *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 2018;35(8):1099–108. Available from: <https://doi.org/10.1177/1049909118756657>
 74. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Protocolo de prevención del riesgo psicosocial en intervinientes operativos y administrativos en Covid-19 [Internet]. 2020. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/PROTOCOLO-DE-PREVENCIÓN-DE-RIESGOS-PSICOSOC-MTT2-_2020.pdf
 75. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit*. 2020;26:e923549.
 76. Clayton JM, Butow PN, Waters A, Laidsaar-Powell RC, O'Brien A, Boyle F, et al. Evaluation of a novel individualised communication-skills training intervention to improve doctors' confidence and skills in end-of-life communication. *Palliat Med*. 2013;27(3):236–43.
 77. Melo C, Oliver D. Can addressing death anxiety reduce health care workers' burnout and improve patient care? *J Palliat Care*. 2011;27(4):287–95.
 78. Almada R. *El cansancio de los buenos*. Madrid: Ciudad Nueva; 2013. 192 p.
 79. Benito E, Arranz P, Cancio H. Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *Form Medica Contin*. 2011;18(2):59–65.
 80. Hernández-Vargas CI, Llorens-Gumbau S, Rodríguez-Sánchez AM. Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario. *An Psicol*. 2014;30(1):247–58.
 81. Jones MC, Johnston DW. Reducing distress in first level and student nurses: a review of the applied stress management literature. *J Adv Nurs*. 2000;32(1):66–74.
 82. Lombardo B, Eyre C. Compassion fatigue: a nurse's primer. *Online J Issues Nurs*. 2011;16(1):3.
 83. MacLeod A, Skinner MW, Low E. Supporting hospice volunteers and caregivers through community-based participatory research. *Heal Soc Care Community*. 2012;20(2):190–8.
 84. Payne N. Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *J Adv Nurs*. 2001;33(3):396–405.
 85. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol*. 2002;58(11):1411–33.
 86. McHolm F. Rx for compassion fatigue. *J Christ Nurs* [Internet]. 2006;23(4):12–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17078229/>
 87. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397–422.
 88. Stamm BH. *The Concise ProQOL Manual* [Internet]. 2nd ed. ProQOL.org; 2010. Available from: <https://proqol.org/uploads/ProQOLManual.pdf>
 89. Orem DE. *Nursing: Concept of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

D. CONCLUSIONES

- Se encontró una cantidad considerable de referencias bibliográficas de cuidados paliativos en el contexto de la pandemia de COVID-19, pero poca con alto nivel de evidencia.
- El consenso de expertos permitió validar las recomendaciones emitidas, basadas en la experiencia y conocimientos relacionados con el tema.
- Se intentó que las recomendaciones emitidas sean prácticas, para que sean un punto de inicio para que el personal de salud pueda brindar atención integral humanizada a los pacientes que lo ameriten.
- Las recomendaciones están sujetas a actualización, tanto a partir de la nueva evidencia que vaya apareciendo, como de necesidades que puedan surgir.
- La intervención de un equipo multidisciplinario es importante para que permita abordar todas las dimensiones de los pacientes y sus familias.
- La pandemia que estamos viviendo puede ser una oportunidad para realizar investigación en el campo de los cuidados paliativos. Previo a la pandemia ya hacía mucha falta, pero ahora hemos podido evidenciar en la revisión sistemática de bibliografía que las necesidades de aprendizaje son muchas.

E. ANEXOS

ANEXO 1 VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL CONSENSO

PREGUNTAS PICO	RECOMENDACIONES	MEDIANA	V. MINI MO	V. MAXI MO	DESV STD	IC	Q3	Q1	RIQ
PREGUNTA 1	Recomendación 1	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 2	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 3	7	5.00	7.00	0.65	0.38	7	7	0
	Recomendación 4	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 5	7	4.00	7.00	1.03	0.61	7	6	1
PREGUNTA 2	Recomendación 1	7	5.00	7.00	0.60	0.36	7	7	0
	Recomendación 2	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 3	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
PREGUNTA 3	Recomendación 1	7	5.00	7.00	0.60	0.36	7	7	0
	Recomendación 2	7	6.00	7.00	0.40	0.24	7	7	0
	Recomendación 3	7	3.00	7.00	1.27	0.75	7	7	0
	Recomendación 4	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 5	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
PREGUNTA 4	Recomendación 1	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 2	7	6.00	7.00	0.47	0.28	7	6.5	0.5
	Recomendación 3	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0

	Recomendación 4	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 5	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 6	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 7	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 8	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 9	7	2.00	7.00	1.50	0.89	7	6.5	0.5
	Recomendación 10	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 11	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 12	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 13	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 14	7	6.00	7.00	0.40	0.24	7	7	0
	Recomendación 15	7	6.00	7.00	0.40	0.24	7	7	0
PREGUNTA 5	Recomendación 1	7	2.00	7.00	1.50	0.89	7	6.5	0.5
	Recomendación 2	7	6.00	7.00	0.40	0.24	7	7	0
	Recomendación 3	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 4	7	5.00	7.00	0.65	0.38	7	7	0
	Recomendación 5	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 6	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 7	7	5.00	7.00	0.60	0.36	7	7	0
	Recomendación 8	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 9	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 10	7	6.00	7.00	0.32	0.19	7	7	0
PREGUNTA 6	Recomendación 1	7	6.00	7.00	0.40	0.24	7	7	0
	Recomendación 2	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 3	7	6.00	7.00	0.42	0.25	7	7	0
	Recomendación 4	7	6.00	7.00	0.42	0.25	7	7	0
	Recomendación 5	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 6	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 7	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 8	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 9	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 10	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 11	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
PREGUNTA 7	Recomendación 1	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
PREGUNTA 8	Recomendación 1	7	4.00	7.00	0.97	0.57	7	7	0
	Recomendación 2	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 3	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 4	7	5.00	7.00	0.84	0.50	7	6	1
	Recomendación 5	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 6	7	6.00	7.00	0.50	0.30	7	6	1
PREGUNTA 9	Recomendación 1	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0

PREGUNTA 10	Recomendación 1	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
PREGUNTA 11	Recomendación 1	7	6.00	7.00	0.40	0.24	7	7	0
	Recomendación 2	7	5.00	7.00	0.60	0.36	7	7	0
	Recomendación 3	7	3.00	7.00	1.21	0.72	7	6.5	0.5
	Recomendación 4	7	6.00	7.00	0.40	0.24	7	7	0
	Recomendación 5	7	4.00	7.00	0.90	0.53	7	7	0
	Recomendación 6	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 7	7	5.00	7.00	0.60	0.36	7	7	0
	Recomendación 8	7	5.00	7.00	0.65	0.38	7	7	0
	Recomendación 9	7	5.00	7.00	0.60	0.36	7	7	0
	Recomendación 10	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
PREGUNTA 12	Recomendación 1	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 2	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 3	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 4	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 5	7	6.00	7.00	0.32	0.19	7	7	0
	Recomendación 6	7	6.00	7.00	0.42	0.25	7	7	0
	Recomendación 7	7	6.00	7.00	0.32	0.19	7	7	0
	Recomendación 8	7	6.00	7.00	0.42	0.25	7	7	0
	Recomendación 9	7	6.00	7.00	0.48	0.29	7	6.25	0.75
PREGUNTA 13	Recomendación 1	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 2	7	5.00	7.00	0.65	0.38	7	7	0
PREGUNTA 14	Recomendación 1	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 2	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
PREGUNTA 15	Recomendación 1	4	3.00	4.00	0.30	0.18	4	4	0
PREGUNTA 16	Recomendación 1	7	6.00	7.00	0.32	0.19	7	7	0
	Recomendación 2	7	6.00	7.00	0.32	0.19	7	7	0
PREGUNTA 17	Recomendación 1	7	5.00	7.00	0.65	0.38	7	7	0
	Recomendación 2	7	1.00	7.00	1.80	1.07	7	7	0
	Recomendación 3	7	6.00	7.00	0.40	0.24	7	7	0
	Recomendación 4	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
PREGUNTA 18	Recomendación 1	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 2	7	5.00	7.00	0.60	0.36	7	7	0
	Recomendación 3	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 4	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 5	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 6	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 7	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 8	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 9	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 10	7	6.00	7.00	0.40	0.24	7	7	0

	Recomendación 11	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 12	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 13	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 14	7	6.00	7.00	0.32	0.19	7	7	0
	Recomendación 15	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 16	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 17	7	6.00	7.00	0.32	0.19	7	7	0
PREGUNTA 19	Recomendación 1	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 2	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 3	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 4	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 5	7	7.00	7.00	0.00	0.00	7	7	0
	Recomendación 6	7	6.00	7.00	0.42	0.25	7	7	0
	Recomendación 7	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
	Recomendación 8	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0
Recomendación 9	7	6.00	7.00	0.30	0.18	7	7	0	