



# Cuidados paliativos en pandemia COVID-19

## Palliative care in COVID-19

Ibis Karina Salas-Alarcón<sup>1</sup>, Rolando Vásquez-Alva<sup>2</sup>

### Resumen

Cuidados paliativos se presenta como una estrategia que mejora la calidad de vida del núcleo paciente-familia que está enfrentando situaciones que ponen en riesgo sus vidas; a su vez, la pandemia COVID-19 como emergencia sanitaria, ha creado el contexto exacto, debido a la situación extrema de gran morbilidad y mortalidad con gran impacto psicosocial y económico en la población, personal sanitario y sistemas de salud, para la implementación de cuidados paliativos como estrategia de atención en COVID.

**Palabras clave:** COVID-19, SARS-COV-2, coronavirus y paliativo.

### Abstract

Palliative care is presented as a strategy that improves the quality of life of the patient-family nucleus that are facing situations that put their lives at risk and the COVID-19 pandemic as a health emergency, has created the exact context, due to the extreme situation of great morbidity and mortality with great psychosocial and economic impact on the population, health staff and health systems, for the implementation of palliative care as a COVID care strategy.

**Keywords:** COVID-19, SARS-COV-2, coronavirus and palliative.

### Introducción

El sistema sanitario colapsó debido a la pandemia COVID 19; la elevada demanda de atención en pandemia por pacientes adultos mayores o comórbidos, mostró al cuidado paliativo como parte de la respuesta a la pandemia y como estrategia a implementar en hospitales considerando sus capacidades instaladas. Se recomiendan una serie de acciones para esta respuesta siendo una pauta inicial de la estrategia determinar las áreas más afectadas donde la atención paliativa sería más requerida<sup>(1)</sup>; siendo emergencia, áreas críticas y hospitalización las zonas escogidas. Luego se determina el accionar del equipo de cuidado paliativos, centrándose en la identificación temprana de los pacientes tributarios de cuidados paliativos, planteamiento de objetivos, establecimiento de prioridades, que eviten el encarnizamiento terapéutico, estrategias de control de síntomas y soporte familiar asociado al aislamiento por la pandemia. Asimismo,

se debe asegurar equipo de protección personal para la realización de la intervención directa de ser necesaria y promover la atención en red con el soporte informático respectivo (telemedicina) para resguardar al equipo de cuidados paliativos. El equipo de cuidados paliativos debe favorecer la categorización de prioridades UCI para soporte en la toma de decisiones. La estrategia está sujeta a los cambios debido a la demanda de atención y la oferta de los servicios.

La situación de los cuidados paliativos en pandemia COVID se ha presentado en 2 escenarios diferentes: la preexistencia de pacientes con necesidad de cuidados paliativos que enfrentan el aislamiento con el riesgo sobreagregado de contraer SARS COV 2 con la saturación abrupta de los sistemas sanitarios y aquellos pacientes y familias que al contraer el virus desarrollan de manera súbita la

<sup>1</sup>Médico geriatra. Servicio de Geriátría, Departamento de Especialidades Médicas I, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud, Callao. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8967-9846>. <sup>2</sup>Doctor en Medicina. Médico Internista-Emergenciólogo. Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. EsSalud. Lima-Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6009-7113>

necesidad de atención paliativa<sup>(2)</sup>. En ambos escenarios, la pandemia ha dejado claro que el personal sanitario debe ser incluido obligatoriamente como parte de la población objetivo de la atención<sup>(3)</sup>.

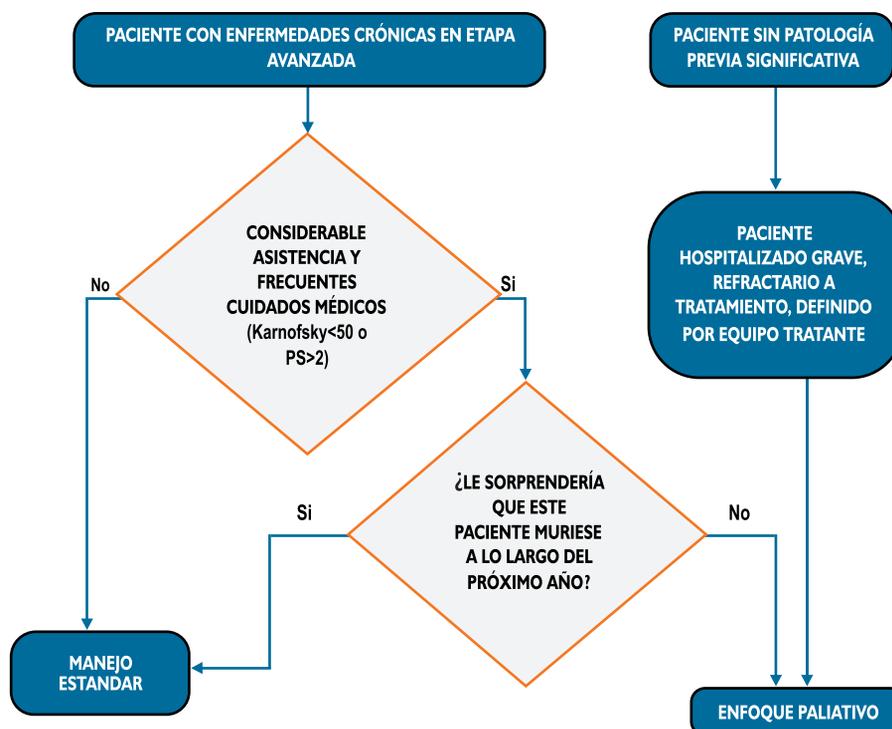
Ante pacientes con SARS COV 2 o cualquier enfermedad grave amenazante para la vida grave, el personal de salud está en la obligación de indagar sobre "voluntades anticipadas", deseos o planes de vida<sup>(4)</sup>.

En el contexto de la pandemia, todo personal de salud debe preguntarse: "¿le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?". Esta simple pregunta forma parte del Instrumento NECPAL CCOMS-ICO© Versión 3.1 20, que tiene como objetivo determinar las necesidades de atención paliativa en los servicios de salud COVID<sup>(5)</sup> y de ahí dar inicio a todo el proceso de atención necesario<sup>(6)</sup>.

verificables y tangibles; ya sea a través del Instrumento NECPAL CCOMS-ICO© Versión 3.1 20 o mediante la evaluación médica concienzuda de las comorbilidades previas verificables, situación funcional y deterioro cognitivo previo<sup>(1,2)</sup>.

### Cuidados paliativos en primer nivel de atención

Las recientemente implementadas herramientas de telemedicina son las recomendadas para asegurar la continuidad de atención; considerando el acudir a los centros de salud solo en situaciones imprescindibles y revalorar la eficacia de la atención domiciliaria por los equipos de cuidados paliativos en ambos escenarios anteriormente planteados.



Adaptado de Sociedad Médica de Cuidados Paliativos de Chile<sup>(22)</sup>

La emergencia sanitaria ha descubierto situaciones como el desequilibrio entre la demanda de ventilación mecánica en UCI y los recursos sanitarios disponibles en los centros asistenciales. Dicho esto, se valida por sí misma, la priorización basada en "la mayor esperanza de vida", de manera ética, proporcional, justa e idónea basada en criterios

### Atención domiciliaria paliativa en pandemia

Es una estrategia incluida en el proceso de atención paliativa, que reúne criterios de selección en el caso del paciente paliativo con diagnóstico sospechoso/confirmado COVID con compromiso respiratorio con cualquiera de los

siguientes síntomas como disnea, cianosis o desaturación; NECPAL (+), mayor de 80 años con enfermedad grave demostrada, deterioro cognitivo severo previo, eventos neurológicos previos irreversibles, fragilidad demostrada y neoplasia maligna previa<sup>(8)</sup>.

### Atención paliativa a nivel hospitalario

Una vez establecida la necesidad de atención paliativa, reevaluar y referir al equipo/servicio/unidad de cuidados paliativos para ser atendidos mediante atención domiciliaria, telemedicina o por las áreas correspondientes de manera conjunta.

Los canales de comunicación con la familia deben mantenerse abiertos una vez se establezca el pronóstico y la evaluación.

COVID-19 y la mortalidad de la enfermedad ha conllevado a gran sobrecarga emocional en los profesionales de la salud por lo que se deben promover nuevos espacios adecuados para la atención de control de los síntomas o fallecimiento que permitan afrontar mejor dichas situaciones<sup>(4)</sup>.

Incorporar la telemedicina como estrategia para optimizar los recursos, especialmente EPP, como medida de bioseguridad para evitar contagio. A nivel hospitalario, las herramientas digitales no solo se utilizan como parte del mecanismo de atención, sino que han permitido ser herramienta de soporte a la familia.

El manejo sintomático en cuidados paliativos, tanto en COVID como en las comorbilidades previas, se debe brindar de acuerdo al nivel de complejidad y debe ser evaluado por el equipo de cuidados paliativo (ECP), el cual está conformado por el médico, enfermera y trabajadora social, equipo que se adecua a las necesidades en el domicilio, hospital o primer nivel de atención con los objetivos primordiales de control sintomático y evitar hospitalizaciones innecesarias tanto en hospitalización general como en áreas críticas<sup>(9)</sup>. El ECP conformado por especialistas en CP se encargan del manejo de los síntomas complejos, refractarios no controlados como disnea, ansiedad dolor y sufrimiento (dolor total) además del abordaje familiar complejo. Los ECP conformados por personal de salud, entrenado y capacitado en CP, debe poder identificar y dar tratamiento sintomático y ser capaces de derivar a los ECP de mayor complejidad. En este aspecto debemos recalcar que uno de los retos de los ECP en pandemia, es el abordaje de la familia, la cual se encuentra conflictuada

tanto por la enfermedad como por el aislamiento por lo que las estrategias de abordaje de la información, pronóstico, tratamientos, autorización de reanimación cardiopulmonar (RCP), y voluntades anticipadas requieren de personal capacitado<sup>(4,8,9)</sup>.

### Comunicación de malas noticias

Al implementar los cuidados paliativos en pandemia, se ha determinado la importancia de la comunicación de las malas noticias, para el abordaje tanto del paciente como de la familia en el proceso de atención<sup>(10)</sup>. Se debe considerar los 6 pasos de Buckman:

- Preparar la situación
- Descubrir que sabe el paciente/familia de la enfermedad
- Reconocer qué tanto paciente y la familia quiere saber
- Comunicar la información
- Responder a las emociones
- Elaborar un plan de trabajo

Hay situaciones complejas en pandemia que ameritan la preparación previamente descrita: resultado positivo a COVID, necesidad de ventilación mecánica, requerimiento de tratamientos invasivos, evolución de paciente, pronóstico, la necesidad de cuidados paliativos y el fallecimiento<sup>(11)</sup>.

Existen dificultades para la transmisión de información de malas noticias, ya sea espacios reducidos y compartidos, el uso de EPP que limitan la comunicación no verbal como el lenguaje corporal.

En el caso de uso de llamada telefónicas o medios informáticos como vía de dar malas noticias, se debe agregar 3 pautas fundamentales: preparación, acción y control de emociones y planificación.

### Manejo paliativo

Desde el punto de vista paliativo en pandemia, hay que considerar que existen intervenciones farmacológicas y no farmacológica. Además, hay pautas de intervención paliativa donde se prioriza el alivio de los síntomas, la planificación y el apoyo familiar.

Desde el punto de vista no farmacológico se requiere apoyo psicosocial, estrategias de relajación, técnicas respiratorias (especialmente en caso de disnea), evitar cambios de ambiente, evitar sujeción mecánica, detección precoz de

delirio e información clara y precisa<sup>(9-11)</sup>. Considerar lo anteriormente descrito, especialmente para manejo del círculo vicioso que se crea al presentarse la disnea y la ansiedad en el paciente COVID.

### Manejo farmacológico

Existe petitorio de medicamentos para atención de cuidados paliativos, los cuales deben estar disponibles en los centros asistenciales para atención COVID; considerar los esquemas de tratamiento sintomáticos para los principales síntomas presentes en pandemia, los cuales son: disnea, ansiedad, delirio, dolor, sufrimiento e hiperreactividad bronquial<sup>(12,13)</sup>. Considerar los medicamentos en vía oral o subcutánea o endovenosa dependiendo del cuadro clínico, igualmente considerar la administración de manera continua preferentemente a través de bomba de infusión o elastómericas para disminuir el riesgo de exposición de personal de salud<sup>(4)</sup>.

Para determinar el manejo farmacológico de los cuidados paliativos se considera la severidad del cuadro clínico y los criterios para ventilación mecánica o ingreso a UCI que nos permitirá establecer si estamos frente a un paciente estable, inestable o al final de vida y con ello orientar el esquema terapéutico<sup>(1,2)</sup>. La evaluación de la severidad nos

permitirá determinar limitación del esfuerzo terapéutico al brindar CP, que considera:

- Evaluación pronóstica mediante criterios clínicos, exámenes auxiliares y escalas pronósticas.
- Planificación anticipada.
- Determinar enfermedades avanzadas en etapa final.

La limitación del esfuerzo terapéutico determina la negativa a: ingreso a UCI, soporte ventilatorio, RCP, inotrópicos, nutrición asistida, hemodiálisis, transfusiones o quimioterapia<sup>(15)</sup>. La adecuación del esfuerzo terapéutico en COVID, permite instaurar o retirar medidas terapéuticas menos invasivas con el objetivo de mejorar la calidad de vida, entre ellas tenemos: vía subcutánea para hidratación o manejo sintomático, uso de opioides, oxigenoterapia por cánula binasal y manejo exhaustivo de úlceras por presión.

### Manejo farmacológico de síntomas según fase en COVID

En pandemia, la evaluación se basa principalmente en la evaluación de las 3 D (disnea, distrés respiratorio y dolor), lo que aunado a la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno nos permite categorizar a los pacientes en 3 tipos: estables, inestables y final de vida<sup>(16)</sup>.

Puntaje para alerta precoz en pacientes infectados por COVID- 2019							
Párametros	3	2	1	0	1	2	3
edad				<65			>65
FR	<8		9-11	12-20		21-24	<25
Sat O2	<91	92-93	94-95	>96			
Oxígeno suplementario		SI		NO			
PA Sistólica	<90	91-100	101-110	111-219			>220
FC	<40		41-50	51-90	91-110	111-130	>131
Estado conciencia				ALERTA			Somnolencia letargo, coma confusión
T <sup>o</sup>	<35		35.1-36.0	36.1-38.0	138.1-39.0	>39.1	

Adaptado de Recomendaciones éticas en Covid 19 - semicyuc<sup>(15)</sup>

Plan de acción según parámetros de alerta precoz en pacientes infectado por COVID 19					
Puntaje	Riesgo	Nivel de alerta	Frecuencia de monitoreo	Respuesta	Intervención
0			C/12 h	Monitoreo de rutina	
1-4	Bajo	Amarillo	C/6 h	Evaluación por enfermería	Seguimiento
5-6 puntaje de 3 en un parámetro	Medio	Naranja	C/1-2 h	Evaluación de enfermería notifica a médico	Mantener tratamiento Reajustar plan. Posible rpt a código rojo
>= 7	Alto	Rojo	Continuo	Evaluación de enfermería notifica a médico en caso de emergencia o código rojo	Código rojo
>= 7	Alto	Negro	Continuo	Paciente en fase terminal	

Adaptado de Recomendaciones éticas en Covid 19 - semicyuc<sup>(15)</sup>

De acuerdo con cada tipo de paciente, se puede elaborar un plan de trabajo e intervención como se aprecia en la tabla 1.

### Sedación paliativa (SP) e infección SARS-COV-2

La definición clínica se aplica tal cual: "administración de fármacos que disminuyan el nivel de conciencia a fin de aliviar síntomas refractarios a tratamiento". Se considera tributarios de SP aquellos pacientes con signos y síntomas refractarios con mal pronóstico a corto plazo y aquellos pacientes en falla respiratoria en ventilación mecánica más falla multiorgánica a partir del 6to día<sup>(4,17)</sup>.

La SP requiere sustento en la historia clínica que asegure un accionar bioético respaldado por: la existencia documentada de síntomas refractarios, intencionalidad, monitoreo permanente, consentimiento y evaluación y decisión del ECP<sup>(18)</sup>.

La infección por SARs-Cov 2 ha obligado a acciones inmediatas debido a la posibilidad de evolución tórpida en cuestión de horas<sup>(19)</sup>.

Las opciones farmacológicas incluyen: benzodiazepinas como midazolam, y levopromazina. Concomitantemente se puede usar morfina o fentanilo.

### Soporte espiritual en Pandemia

El soporte espiritual se debe instaurar al paciente y la familia desde que se realiza el diagnóstico, debido a la angustia que genera la incertidumbre de la evolución de la enfermedad.

Los sistemas sanitarios deben facilitar los rituales y espacios con la ayuda de la tecnología.

El primer gran paso para poder brindar soporte espiritual es saber escuchar, ser amable y compasivo.

En el caso de COVID, debemos reiterar que el distanciamiento social ha trastocado la manera de brindar soporte espiritual sin acercamiento físico.

La pandemia nos obliga a estar atento al sufrimiento y considerar que el aislamiento y distanciamiento hace más difícil el afrontarlo. No se concibe cuidados paliativos sin acercamiento a la espiritualidad, sin técnicas de comunicación, planificación en toma de decisiones y la forzosa implementación de telemedicina.

Las herramientas tecnológicas se han hecho indispensables en establecer la comunicación con paciente y la familia, mediante videollamadas, llamadas, mensajes etc.).

### Cuidado integral del personal de salud

Se requiere fundamentalmente un clima laboral solidario y empático y generar espacios para manifestar de manera confidencial y segura las emociones propias del día a día del trabajo. El turno de trabajo debe considerar momentos de desintoxicación emocional (pausas activas, descanso, supervisiones, etc.) y favorecer la incorporación de técnicas de autocuidado<sup>(20)</sup>.

Se requiere no solo el apoyo entre pares, sino implementar grupo de apoyo especializados que puedan

Tabla 1			
Manejo farmacológico e intervención según fases			
Fase	Estable	Inestable	Final de vida
<b>Criterios</b>	<7 puntos de alerta <25 FR >88% Sat O2	<7 puntos de alerta >25 FR <88% Sat O2	Sat <70%
<b>Monitoreo</b>	Evaluación 3D disnea, distrés, dolor) Cuidado de piel Intervención familiar	Evaluación de 3D: veces por turno por turno o2 4lt/min Evaluar esfuerzo respiratorio Preparar a la familia por pronóstico reservado	Evaluación de 3D: 2 veces por turno Evaluación delirio, hipertermia, angustia, taquipnea Preparar a la familia por pronóstico reservado, fase terminal instaurada. Evaluar visita y cierre. Oxígeno si mejora situación de angustia.
<b>Medicamentos</b>	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 Oxidodona 2.5 - 5mg VO cada hora o PRN, titular dosis. Si paciente tiene pérdida de la vía oral o mala absorción optar por vía subcutánea: Morfina 2.5 - 5 mg SC cada hora o PRN, titular dosis. Infusión SC continua Morfina 10mg+ midazolam 10mg pasaren 24 horas. 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 Midazolam 1.25 - 5 mg SC cada horas o PRN Consideraciones: Usar asociado a opioides. Comenzar con la dosis más baja y valorar efecto. Delirio / Confusión Haloperidol oral o sublingual : 2mg/ ml Administrar ¼ ml o ½ ml cada hora o hasta que se calme el paciente.	Disnea/ Dolor/ Ansiedad asociado a Disnea Pacientes sin tratamiento previo con opioides: Morfina 5 mg SC o IV cada 4 horas + dosis de rescate 10% de la dosis total o PRN. Morfina 1-2mg SC cada hora o PRN valorar respuesta, titular dosis. Ansiedad/ delirio/ angustia Diazepam: 2,5- 5mg IV o 10mg rectal cada 8 a 12 horas con dosis de rescate o PRN Levomopromazina 6,25-12,5mg SC PRN Mídasela 2.5mg - 5mg SC cada hora o PRN. (Reducir a 5mg en 24 horas si filtrado glomerular en menor a 30ml/minuto)	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 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 benzodicepinas se recomienda añadir Levomepromazina para reducir dificultad respiratoria sin causar depresión respiratoria Levomopromazina 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.

intervenir y detectar síndrome burn out. Los sentimientos de culpa, sensación de impotencia, contacto frecuente con la muerte, enfrentar sufrimiento sin apoyo emocional, estrés laboral, escaso recurso humano, conflicto entre pares, roles no definidos, todos son factores de riesgo de desarrollar fatiga por compasión y todos ellos son frecuentes en la emergencia sanitaria<sup>(21)</sup>.

Como ya se mencionó, una de las principales herramientas de afrontamiento son las técnicas de autocuidado.

## Conclusiones

La implementación de enfoque paliativo en los sistemas de salud es una necesidad que ha quedado demostrada en la pandemia debido al gran impacto en morbilidad y mortalidad por la infección de Sars-COV 2.

Asimismo, la pandemia ha demostrado la necesidad de implementar políticas que permitan ser dinámicas y flexibles; los cuidados paliativos tradicionales implementados en las enfermedades oncológicas han sufrido un quiebre al

Atención	Hospitalario	Domiciliario
Tratamiento	En infusión continua: • 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 de la respuesta Otros medicamentos: Fentanilo.	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)
Vía de administración	Intravenosa Subcutánea	Vía Subcutánea

Elaboración propia

encontrarse ante una emergencia sanitaria ocasionada por una infección con evolución incierta y tórpida que obliga a intervenir de manera rápida y orientada prioritariamente al control sintomático de la disnea y abordaje espiritual del paciente y familia. Esta realidad vale para la presente y futuras situaciones similares.

La revalorización de la intervención psicoemocional y espiritual en cuidados paliativos ha sido notoria en la pandemia, con la incorporación de la intervención obligatoria al personal de salud.

## Referencias bibliográficas

- Fausto J, Hirano L, Lam D, Mehta A, Mills B, Owens D, et al.** Creating a palliative care inpatient response plan for COVID-19- the UW medicine experience. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(1):e21-6.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos.** 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 [Internet]. 20 Mar 2020 [citado 31 Oct 2121]. Disponible en: [https://www.secpal.com/biblioteca\\_documentos-covid19-1](https://www.secpal.com/biblioteca_documentos-covid19-1)
- Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al.** Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2020 Oct;60(4):754-764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Fernández Dávila T, Hidalgo Andrade P, Lozano Montesdeoca KD, Torres Toala FG.** Desarrollo del consenso de recomendaciones de Cuidados Paliativos durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador. *PFR [Internet].* 22 de noviembre de 2020 [citado 1 de noviembre de 2021];5(3). Disponible en: <https://practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/167> doi: <https://doi.org/10.23936/pfr.v5i3.167>
- Xavier Gómez-Batiste X, Amblàs J, Costa X, Espauella J, Lasmariás C, Ela S, et al.** Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado [Internet]. [cited 20 Oct 21]. Available from: [http://ico.gencat.cat/ca/professionals/serveis\\_i\\_programes/observatori\\_qualy/prोगrames/programa\\_necpal/](http://ico.gencat.cat/ca/professionals/serveis_i_programes/observatori_qualy/prोगrames/programa_necpal/)
- Rubio O, Estella A, Cabre L, Saralegui-Reta I, Martín M, Zapata L, et al.** Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. *Medicina intensiva* 2020;44(7):439-445. doi:10.1016/j.medin.2020.04.006 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7158790/>.
- MinSalud.** Recomendaciones generales para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia COVID- 19 [Internet]. Colombia; 2020 [cited 2021 Set 30]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS13.pdf>
- Asociación Madrileña de Cuidados Paliativos.** Información a tener en cuenta en la atención a pacientes con necesidad de cuidados paliativos. 2020. [Internet]. [cited 23 Oct 21]. Obtenido de <https://www.redpales/wp-content/uploads/2020/03/PEDIATRICOS-COV19AMCP.pdf>
- Maglio I, Valdez P, Cámara L, Finn B, Klein M, Pincemin I, et al.** Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19: Recomendaciones multisocietarias para asignación de recursos. *Medicina (B. Aires) [Internet].* 2020 Jun [citado 2021 Nov 01]; 80(Suppl 3): 45-64. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802020000500008&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000500008&lng=es).
- Clínica Universidad de Navarra.** Guías rápidas de apoyo y control sintomático en pacientes avanzados con COVID-19.2020. [Internet]. [cited 2021 Oct 18] Disponible en <https://bit.ly/3qg91We> [https://cuidadospaliativos.org/blog/wp-content/uploads/2020/03/Guia-COVID-19.V.2.0\\_22.3.20.pdf](https://cuidadospaliativos.org/blog/wp-content/uploads/2020/03/Guia-COVID-19.V.2.0_22.3.20.pdf)
- Guía de estrategias para la comunicación preparada para la enfermedad del coronavirus (COVID) [Internet].** 2020 [citado 2021 Oct 22] Disponible en [https://www.vitaltalk.org/wp-content/uploads/VitalTalk\\_COVID\\_Spanish.pdf](https://www.vitaltalk.org/wp-content/uploads/VitalTalk_COVID_Spanish.pdf)
- World Health Organization.** Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and

- crises: a WHO guide. World Health Organization. 2018. Obtenido de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565>. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274565/9789241514460-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. **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) 60:e27-30. 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.030 - doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.030
14. **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; 46:357-60. doi: 10.1007/s00134-020-05954-2
15. **Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias.** Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos (2020) [cited 2021 Oct 22]. Available from: [https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica\\_SEMICYUC-COVID-19.pdf](https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf)
16. **Ferguson L, Barham D.** Palliative care pandemic pack: a specialist palliative care service response to planning the COVID-19 pandemic. *J Pain Symptom Manag.* 2020;60:e18. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.026.
17. **Sociedad Española de Cuidados Paliativos/Organización Médica Colegial.** Guía de sedación paliativa. 2012;1-36 [Internet]. [citado 2021 Oct 28] Disponible en [https://www.cg.com.es/sites/default/files/guia\\_sedacion\\_paliativa\\_online.pdf](https://www.cg.com.es/sites/default/files/guia_sedacion_paliativa_online.pdf)
18. **European Association for Palliative Care.** Palliative sedation in the context of COVID-19: Expert opinions from the Palliative Sedation project | EAPC Blog [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 21]. Available from: <https://eapcnet.wordpress.com/2020/04/20/palliative-sedation-in-the-context-of-covid-19-expert-opinions-from-the-palliative-sedation-project/>
19. **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 25, SUP 3, III143-III152, Disponible en [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)34085-2/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)34085-2/fulltext)
20. **Smart D, English A, James J, Wilson M, Daratha K B, Childers B, Magera, C.** Compassion fatigue and satisfaction: a cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nursing & health sciences*, 2014;16(1):3-10. <https://doi.org/10.1111/nhs.12068>
21. **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):456-465. doi: 10.1111/jnu.12229.
22. **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.

**Contribución de autoría:** Ibis Karina Salas Alarcón y Rolando Vásquez Alva han participado en la concepción del artículo, la recolección de datos, su redacción y aprobación de la versión final.

**Conflicto de interés:** Los autores no tienen conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Citar como:** Salas-Alarcón IK, y col. Cuidados paliativos en pandemia COVID-19. *Diagnóstico (Lima)*. 2022;61(2):95-102.

**DOI:** <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i2.367>

**Correspondencia:** Ibis Karina Salas Alarcón

**Correo electrónico:** [ibis.salas@unmsm.edu.pe](mailto:ibis.salas@unmsm.edu.pe)

**FUNDACIÓN INSTITUTO HIPÓLITO UNANUE**

• [fihu-diagnostico@alafarpe.org.pe](mailto:fihu-diagnostico@alafarpe.org.pe) • [www.fihu.org.pe](http://www.fihu.org.pe)