



ARTÍCULO ESPECIAL

Sedación paliativa: ¿ha cambiado algo durante la pandemia?

Yolanda Vilches-Aguirre^{1*}, Óscar Fariñas-Balaguer², Juan Luis Torres-Tenor¹,
Andrea Molina-Nadal³ y Gala Serrano-Bermúdez⁴

¹Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario La Paz. Madrid, España. ²Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, España. ³Gerencia del Medicamento del Servicio Catalán de la Salud. Barcelona, España. ⁴Servicio de Cuidados Paliativos, Instituto Catalán de Oncología (ICO). L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 1 de julio de 2020

Aceptado el 30 de agosto de 2020

PALABRAS CLAVE

COVID-19, cuidados paliativos, sedación paliativa, unidades hospitalarias.

Resumen

La pandemia por COVID-19 ha provocado una crisis sanitaria sin precedentes en nuestra historia reciente, con unas peculiaridades clínicas y sociales que han generado un importante papel de los equipos de cuidados paliativos (CP), destacando su participación en la toma de decisiones al final de la vida y en la elaboración de protocolos de sedación paliativa (SP). Una proporción significativa de pacientes con mala evolución, sin mejoría con los tratamientos disponibles ni criterios de ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), presentaron una alta carga sintomática y elevados niveles de sufrimiento por la refractariedad de los síntomas; por ello, de igual manera que sucede en otras enfermedades terminales, se requirió frecuentemente de la SP.

A pesar del elevado número de trabajos sobre la infección por SARS-CoV-2, existe escasez de publicaciones hasta la fecha sobre SP en pacientes COVID. En este artículo revisamos la bibliografía existente y presentamos nuestra experiencia en tres unidades de cuidados paliativos hospitalarias respecto a las indicaciones de SP, fármacos y dosis, considerando además los importantes aspectos éticos en este contexto, como son la información al paciente y a la familia y la toma de decisiones en una situación de confinamiento de la población y de duras medidas de aislamiento.

La pandemia por COVID-19 ha supuesto un desafío para todo el sistema sanitario, incluyendo los CP. Debemos aprovechar esta oportunidad para garantizar en el futuro el menor sufrimiento posible de nuestros pacientes, mediante el acceso a medidas terapéuticas como la SP.

*Autor para correspondencia:

Yolanda Vilches-Aguirre

Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario La Paz. Paseo de la Castellana, n.º 261. 28046, Madrid, España

Correo electrónico: yolanda.vilches.aguirre@gmail.com

DOI: [10.20986/medpal.2020.1183/2020](https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1183/2020)

1134-248X/© 2020 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

COVID-19, palliative care, palliative sedation, inpatient palliative care unit.

Abstract

The COVID-19 pandemic has provoked an unprecedented health crisis in our recent history, with clinical and social peculiarities that have created an important role for Palliative Care (PC) teams, highlighting their participation in decision-making at the end of life and in the development of Palliative Sedation (PS) protocols. A significant percentage of patients with a negative evolution, without improvement with available treatments, or meeting admission criteria in an Intensive Care Unit (ICU) present with a high symptom loads and high levels of suffering due to symptom refractoriness; therefore, as is also the case with other terminal diseases, PS is frequently required.

Despite the abundance of literature about the SARS-CoV-2 infection, there is so far a shortage of publications about PS in COVID patients. In this article we review the existing literature and present our experience in three Hospital Palliative Care Units regarding PS indications, drugs, and doses, considering also important ethical aspects in this context such as patient and family information, and decision-making in a situation of population confinement and strict isolation measures.

The COVID-19 pandemic has been a challenge for the whole health care system, including PC. We must seize this opportunity to ensure that our patients suffer as little as possible in the future through access to therapeutic measures such as PS.

Vilches-Aguirre Y, Fariñas-Balaguer O, Torres-Tenor JL, Molina-Nadal A, Serrano-Bermúdez G. Sedación paliativa: ¿ha cambiado algo durante la pandemia?. *Med Paliat.* 2020;27(3):192-200

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 ha supuesto un gran impacto en la salud de la población mundial, con más de 8,5 millones de casos en el mundo y cerca de 500.000 muertes¹.

Aunque en España el número de casos ha sido desigual por comunidades², nos enfrentamos a una enfermedad con una mortalidad hospitalaria cercana al 20 %³⁻⁵, de rápida evolución y sin tratamiento curativo. Por eso, los equipos de cuidados paliativos (CP) hospitalarios han tenido un importante papel en la pandemia, principalmente en la atención de pacientes de edad avanzada y alta comorbilidad, sin criterios de ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y que no mejoraron a pesar del intenso tratamiento de soporte. Esta colaboración, ha ido desde la transformación de unidades de CP en plantas COVID hasta la elaboración de protocolos de sedación paliativa (SP) y de situación de últimos días (SUD).

A pesar del elevado número de publicaciones³⁻⁵ sobre el SARS-CoV-2, la mayoría hacen referencia a síntomas, complicaciones y tratamientos, pero hay pocos datos sobre el papel de los equipos de CP en la atención al final de vida y sobre SP.

El objetivo de este capítulo es revisar la bibliografía existente sobre SP y plasmar nuestra experiencia como equipos de CP hospitalarios en dos de las comunidades autónomas españolas más afectadas por la pandemia².

REVISIÓN

La OMS recomendó en 2018⁶ la integración de los equipos de CP en situaciones de emergencia como desastres naturales, guerras o epidemias. En estas situaciones, se constató la elevada proporción de pacientes sin posibilidad de tratamiento intensivo, necesitados de control sintomático y con un gran sufrimiento que debía ser aliviado^{7,8}.

La atención directa de todos los pacientes con necesidades paliativas no ha sido posible durante la pandemia por los recursos limitados de CP a nivel mundial, por la rápida expansión de la enfermedad⁹ y por la infrautilización en algunos casos¹⁰.

En España, como muestra de la colaboración de los CP ante la COVID-19, el grupo de ética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) elaboró un documento para la toma de decisiones difíciles en la situación excepcional de crisis por COVID-19 en las UCI¹¹. Su objetivo principal fue apoyar a los profesionales en la toma de decisiones, facilitar y explicitar criterios colegiados de decisión e idoneidad en una situación de excepcionalidad y escasez.

El documento hace constar que, en el caso de pacientes sin criterios de ingreso en UCI, por razones clínicas o enfermedades en fase avanzada y terminal, con mala evolución clínica y funcional, se debía plantear la adecuación terapéutica iniciando la aplicación de medidas paliativas y

derivando al paciente a un área de menor complejidad para establecer un plan de CP, incluyendo la SP en los casos en los que fuera preciso¹¹. Por tanto, en algunos de estos pacientes hubo que utilizar fármacos sedantes para disminuir el nivel de conciencia y aliviar síntomas que no respondían al tratamiento sintomático¹² y que producían un enorme sufrimiento, de igual manera que sucede en otras enfermedades terminales¹³⁻¹⁵.

La información publicada sobre la implicación de los CP en la COVID-19 suele incluir recomendaciones genéricas^{12,16-21}, pero no hemos encontrado artículos que hablen específicamente de la SP. Hay estudios que hacen referencia a los síntomas más frecuentes y a los fármacos utilizados para tratarlos. En alguno de ellos se menciona la posibilidad de requerir SP^{16,20,22-25} y la adecuación de medidas en situaciones de final de vida²³, siendo la disnea y el delirium²³ refractarios los síntomas que con más frecuencia requieren sedación. En este sentido no hay diferencias con la práctica habitual, en donde estos son los síntomas que requieren SP^{14,26} con más frecuencia.

La disnea es uno de los síntomas más frecuentes en los casos graves hospitalizados por COVID-19; la presentaron un 40-50 %, siendo del 53-65 % en los pacientes que requirieron UCI, intubación o fallecieron^{3,27-29} y del 67 % en los referidos a unidades de cuidados paliativos (UCP)^{27,30}. Sin embargo, es probable que la evaluación de la disnea como síntoma esté sobredimensionada en algunos estudios, ya que algunos pacientes en las fases iniciales de la enfermedad presentaban hipoxemia severa por pulsioximetría, sin disnea, taquipnea ni trabajo respiratorio, y se mantuvieron tranquilos²³. Es lo que se ha llamado hipoxemia silente³¹ o hipoxia feliz³². Algunos autores²⁹ hacen referencia a la dificultad para monitorizar síntomas²⁹, como la disnea, lo que puede influir en la indicación de SP.

Respecto al síndrome confusional agudo (SCA), recogido en algunas series como somnolencia, agitación o delirium, su frecuencia fue del 9-12 %^{3,33}. Fue más frecuente (delirium 24 %, somnolencia 36 % y agitación 43 %) en los pacientes derivados a CP³⁰ o que fallecieron³, y más frecuente aún en UCI³⁴.

Respecto al tratamiento de la disnea^{12,16,24}, delirium^{12,16,24} o para la SP^{23,35}, no hubo diferencias con la práctica habitual^{15,16,30,36-38}. El midazolam suele ser el fármaco de elección para sedación^{37,39}. En ocasiones, si predomina la agitación y el delirium, algunos autores proponen la levomepromazina^{16,24,40}.

A pesar de que los opioides para tratar el dolor y la disnea, y los ansiolíticos y sedantes como midazolam y diazepam, son considerados fármacos esenciales por la OMS⁴¹, la alta demanda durante la pandemia, especialmente en UCI, supuso un riesgo de desabastecimiento. Como parte de las acciones destinadas a garantizar el suministro, la Agencia Española del Medicamento⁴², junto con las comunidades autónomas, establecieron una distribución controlada de algunos medicamentos que priorizaba la distribución de midazolam y propofol a la UCI. Algunos autores han publicado alternativas al midazolam²⁴ para tratar la disnea, delirium o SP.

En algunos estudios, se propone SP para pacientes inestables en SUD con distrés respiratorio agudo y saturación de oxígeno inferior al 70 %, manteniendo morfina o fentanilo²⁴ junto con midazolam (dosis media en últimas 24 h de 15 mg)^{12,37} o diazepam (2,5-5 mg intravenoso (i.v.) o rectal 10 mg 8-12 h)²⁴.

Respecto al tratamiento del SCA, se recomiendan los fármacos habituales^{16,43}, planteando si hay refractariedad, midazolam (10-30 mg subcutáneo [s.c.] junto a clorpromacina (12,5-50 mg i.v. a demanda) o levomepromazina (12,5-50 mg s.c. a demanda)^{16,20,24}, o diazepam (2,5-5 mg i.v. o rectal 10 mg/8-12 h, con dosis de rescate), si no hay disponibilidad de midazolam²⁰.

En general, las dosis de fármacos para tratar disnea o delirium, así como para sedación, no difieren de la práctica habitual³⁵; no fueron muy elevadas^{24,35,41}, con un tiempo corto desde el inicio de sedación hasta el fallecimiento^{20,24,30,37,44}. En la bibliografía consultada no fue necesaria la utilización de propofol por refractariedad a midazolam o levomepromazina. Solo hemos encontrado un estudio que hace referencia a la posibilidad de usar dexmedetomidina en delirium refractario²³.

Para facilitar la prescripción de estos fármacos por médicos no habituados a su utilización, en algunos hospitales, se incluyeron protocolos de SP en los sistemas de prescripción electrónica⁴⁵, se realizaron aplicaciones web^{18,46} o se facilitó documentación sobre el tratamiento de síntomas al final de vida o SP⁴⁷.

Las decisiones compartidas entre el paciente y el profesional son un aspecto básico en la atención al final de la vida y una garantía ética para la SP. Sin embargo, en el contexto de la pandemia COVID-19, este proceso se vio alterado por el aislamiento^{22,48}, la escasez de recursos, la sobrecarga del sistema sanitario^{12,22} y por la atención por personal menos habituado a estas situaciones⁴⁸. Algunos autores²¹ expresan también que la incertidumbre respecto al pronóstico, la dificultad para monitorizar los síntomas²⁵, la rápida evolución de la enfermedad^{24,37} con una mediana de 5 días desde el inicio de los síntomas hasta la aparición de neumonía y de 13 días, desde la neumonía hasta el fallecimiento²⁸, y la dificultad para el contacto directo con la familia⁴⁹ hicieron aún más difícil la toma de decisiones.

EXPERIENCIA DE LAS UCP HOSPITALARIAS (UCPH) EN LA PANDEMIA COVID-19

Sedación paliativa

Una de las aportaciones más importantes de las UCPH en España fue realizar protocolos de SP como ayuda a los profesionales de otras disciplinas que atendían pacientes COVID. Los protocolos realizados tienen en común que proponen dos tipos de infusores s.c. según el síntoma refractario, situación clínica y fármacos disponibles. Inicialmente se consideró la disnea como el síntoma que con más frecuencia iba a requerir SP, por lo que se incluyó la morfina en los infusores. Posteriormente se vio que la agitación y la confusión eran frecuentes y en ocasiones refractarios, añadiendo también levomepromazina. Respecto a las dosis, se estableció un primer nivel con un infusor s.c. para SP en agonía con síntomas de intensidad media-baja y con rangos de dosis que podían variar un poco según el centro, y un segundo nivel con dosis más altas para sedación refractaria (Tabla I).

A la hora de incluir en el protocolo las garantías éticas para la SP, consideramos esencial que la decisión estuviera consensuada en el equipo terapéutico, ya que la implicación

Tabla I. Protocolos de sedación paliativa COVID-19.

	Morfina	Midazolam	Buscapina	Levomepromazina	Clonazepam ¹	Diazepam ¹
Nivel 1: Infusor s.c. 24 h Sedación/agonía	30 mg	30-60 mg	80-120 mg	Si inquietud: 50 mg		
Nivel 2: Infusor s.c. 24 h Sedación refractaria	45 mg	60-90 mg	80-120 mg	Si inquietud: 100 mg		
1.ª opción: sin stock Midazolam	Igual	No	Igual	Nivel 1: 100 mg Nivel 2: 150 mg		
2.ª opción: sin stock Midazolam	Igual	No	Igual	No	Nivel 1: 4 mg en 250 cc SSF Nivel 2: 6 mg en 250 cc SSF	
3.ª opción: sin stock Midazolam	No mezclar	No	No mezclar	No mezclar	No	Nivel 1: microperfusiones Diazepam 5 mg + 50 cc SF/4-6 h i.v. Nivel 2: microperfusiones 10 mg + 50 cc SF/4-6 h i.v.

¹El clonazepam se puede administrar por vía s.c. El diazepam no se absorbe bien por vía s.c.

*La clorpromazina se puede usar en las mismas dosis que la levomepromazina, pero no se recomienda vía s.c.

**El fenobarbital puede ser una 4.ª opción para sedación paliativa refractaria en infusión s.c. 800 mg-1200 mg/24 h, bolus si precisa de 100 mg s.c. No se llegó a utilizar porque no faltó midazolam.

S.C.: subcutáneo. I.V.: intravenoso.

del paciente en este proceso, algo habitual en el ámbito de los CP, iba a ser muy difícil. La cercanía habitual y el contacto con los pacientes y sus familias, se vio “alejada” por la necesidad de usar gafas, mascarillas y pantallas. Además, los pacientes estaban solos⁴⁸ y disponíamos de tiempo limitado. La mayoría de los pacientes no tenían una planificación anticipada por la rápida progresión de la COVID-19¹². Muchos tenían dificultad para dar un consentimiento explícito por la situación de gravedad, empeoramiento abrupto, somnolencia, SCA o ansiedad ante su situación. Además, estaban siendo atendidos por personal con mucha carga de trabajo, con dificultad de acceso a la habitación y menos habituados a situaciones de final de vida.

Por tanto, en los protocolos propuestos, a la hora de plantear la necesidad de SP, se consideró muy importante la obtención del consentimiento de los familiares. Este consentimiento se tenía que hacer telefónicamente, algo inhabitual en nuestro quehacer diario, forzados por el aislamiento del paciente y el confinamiento de la población⁴⁹. En esa difícil llamada a las familias, había que introducir progresivamente los cambios en la situación clínica que hacían previsible un fallecimiento a corto plazo, se garantizaba que el paciente estaría confortable, cuidado y acompañado por los sanitarios. Se introducía la posible necesidad de SP, su objetivo, intención y proporcionalidad. Se debía ofrecer específicamente la posibilidad de ver al paciente, probablemente por última vez, en condiciones de aislamiento muy reguladas (sin tocarlo y durante un periodo de tiempo muy limitado). A lo largo de la evolución de la pandemia, algunas unidades fueron permitiendo visitas algo más prolongadas, e incluso ofrecieron la posibilidad de un acompañamiento más per-

manente en pacientes frágiles, con delirium y en SUD. Todos estos aspectos se fueron incluyendo en los protocolos de SP y de últimos días.

Otras aportaciones

Algunos equipos de CP elaboraron también protocolos más amplios de atención en últimos días, que incluían la manera de informar telefónicamente a las familias, cómo informar a los niños, cómo actuar ante el fallecimiento y cómo facilitar la despedida⁵⁰. En la Tabla II se muestran algunas de estas colaboraciones muy similares a las aportadas por otros equipos a nivel mundial^{12,16-21}. Algunas diferencias en el funcionamiento de las unidades de camas, en la actividad del equipo multidisciplinar, servicio de interconsultas (IC), etc., se ven en la Tabla III.

A continuación, resumimos las experiencias más interesantes en la actividad de estas UCPH.

Hospital Santa Creu i Sant Pau

La UCP se mantuvo como sala No-COVID atendiendo pacientes paliativos. El equipo asignó un médico que de forma alterna semanalmente se integró en las guardias COVID. El adjunto que no atendía COVID esa semana se ocupaba de las interconsultas y visitas en Hospital de Día de Oncología y Urgencias.

Se revisaron las historias clínicas y motivos de interconsulta realizadas a nuestra UCP por parte del resto de servicios

Tabla II. Participación en realización de protocolos, documentos, reuniones.¹

Protocolo o recomendaciones de atención a pacientes en situación de gravedad o últimos días y exitus por COVID-19
Protocolo de sedación paliativa ² . Indicaciones de sedación, toma de decisiones, información a la familia
Protocolo con fármacos en perfusión continua indicados para sedación paliativa inicial y sedación paliativa refractaria
Protocolo de alternativas para sedación en caso de falta de midazolam
Documento ³ de tratamiento extrahospitalario de los síntomas de final de vida en la infección por SARS-CoV-2
Documento del Comité de Ética sobre Toma de Decisiones Clínicas en COVID-19 ⁴
Participación ⁵ en reuniones diarias hospitalarias de distintos servicios implicados en atención COVID-19

¹Actividades comunes en Hospital Santa Creu i Sant Pau (HSCSP), Instituto Catalán de Oncología (ICO) y Hospital Universitario La Paz (HULP). ²Este protocolo se consideró que debía estar asociado a un protocolo más amplio de recomendaciones de final de vida. ³El SCP del ICO colaboró en el grupo de trabajo junto con otras instituciones (ver Tabla IV). ⁴En HSCSP se estableció, además, un circuito para firmar y reportar las decisiones de LET como Comité COVID. ⁵La UCP de HULP participó en reuniones diarias de todos los servicios hospitalarios implicados en COVID-19.

Tabla III. Recursos y funcionamiento de las UCP hospitalarias durante la pandemia COVID-19.

	HSCSP	ICO	HULP
N.º camas hospital	644	168	1308
Tipo de hospital	H. Universitario General	H. Oncológico	H. Universitario General
UCP-COVID ¹ (N.º camas)	No COVID ² (9)	COVID ³ (16)	COVID ⁴ (13)
Personal UCP ⁵	Habitual ⁶	No habitual ⁷	Habitual ⁸
Equipo multidisciplinar ⁹	Todo equipo (P)	Psc y TS (T, P)	Psc (P), AE (P), TS (T)
Interconsulta ¹⁰	Sí ¹¹	No ¹²	No ¹³
Consulta externa ¹⁴	(T) ¹⁵	(T) (P) ¹⁶	(T) (P) ¹⁶
Derivación a otros recursos ¹⁷	Sí ¹⁸	Sí ¹⁸	Sí ¹⁸
Acompañamiento por familia ¹⁹	Sí ^{19.1 a 19.4}	Sí ^{19.1 a 19.5}	Sí ^{19.1 a 19.3}
Apoyo de equipo de SM ²⁰ para profesionales/familia/paciente	Sí	Sí	Sí

¹Se refiere a si la UCP se convirtió en UCP-COVID. Entre paréntesis, número de camas habituales. ²Se atendió a los pacientes habituales de UCP-no COVID. Se compartió con oncología-no COVID. ³Se atendieron pacientes oncológicos y hematológicos COVID en la unidad de hospitalización de CP. ⁴Se atendieron pacientes paliativos y no paliativos COVID+ sin criterio de ingreso en UCI. ⁵Hace referencia al equipo que atención a los pacientes. ⁶Equipo médico y de enfermería habitual de UCP. ⁷Equipo médico y de enfermería habitual de UCP junto a oncología/hematología. ⁸Equipo médico y de enfermería habitual de UCP, con refuerzo de otras especialidades. ⁹Hace referencia a si funcionó el equipo multidisciplinar habitual presencial (P) o telemático (T) [psicólogo (Psc)/T. Social (TS)/Fisioterapeuta (F)/asistente espiritual (AE)/voluntariado (V)]. ¹⁰Hace referencia a si funcionó el servicio de interconsulta. ¹¹IC COVID + (20 %) y no-COVID habituales (80 %). ¹²No fue necesario, equipo-COVID (oncomédica, oncoRT, hemato) y no-COVID contaban con un paliativista. ¹³Solo funcionó IC no COVID por elevado número de ingresos COVID. ¹⁴Hace referencia a la actividad de consulta externa presencial (P) y/o telefónica (T). ¹⁵Consulta externa telefónica. ¹⁶La consulta externa fue mayoritariamente telefónica (T). Presencial (P) en función de las necesidades clínicas y deseo del paciente. ¹⁷Hace referencia a si se derivaron pacientes COVID + a otros recursos sociosanitarios. ¹⁸Se derivaron pacientes COVID+ a CSS, hotel salud. ¹⁹Hace referencia a si se permitió estar a la familia en las plantas COVID +: de forma breve y puntual durante ingreso (19.1), de forma breve y puntual en SUD (19.2), ver al fallecido (19.3), acompañamiento permanente en SUD (19.4), acompañamiento permanente por fragilidad o delirium (19.5). ²⁰Salud mental. HSCSP: Hospital Santa Creu i Sant Pau. ICO: Instituto Catalán de Oncología. HULP: Hospital Universitario La Paz. UCP: Unidad de Cuidados Paliativos. SUD: situación de últimos días.

y salas COVID, durante la pandemia. El número de interconsultas fue de 145, un 80 % correspondían a los pacientes paliativos habituales, pero un 20 % de las interconsultas correspondían a pacientes COVID-19.

Los motivos de consulta de pacientes COVID-19 se pueden clasificar en cuatro grupos:

- Consultas para gestión de recursos sociosanitarios: 22 % del total. Pacientes estables que superaron la fase crítica

de la infección, pero con deterioro funcional, necesidad de cuidados o de oxígeno altas dosis, sin posibilidad de traslado a domicilio al alta o al Polideportivo del Guinardó. Se gestionó el ingreso en Centro Sociosanitario (CSS).

- Consultas para soporte de tratamiento sintomático: 30 % del total.
- Consultas para manejo de SP: 37 % del total. Pacientes COVID con mala evolución clínica, deterioro y con

un techo terapéutico establecido por su comorbilidad, estado clínico, edad, etc., que no fuesen tributarios de medidas invasivas o traslado a UCI. Eran pacientes muy sintomáticos y con mal pronóstico.

- **Consultas para ayuda en el proceso de retirada de soporte ventilatorio no invasivo:** 11 % del total. Se trataba de pacientes que precisaban una sedación profunda en el contexto de una decisión de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) previamente a la retirada del soporte ventilatorio no invasivo.

Instituto Catalán de Oncología

El Instituto Catalán de Oncología (ICO) es un instituto público monográfico de cáncer. Durante la pandemia los servicios asistenciales que atendieron tanto a pacientes con COVID o no, estaban formados por profesionales de CP. Este hecho generó una dinámica de intervención y de manejo de la sedación paliativa integrada en el plan de cuidados del paciente.

En relación con la toma de decisiones de los pacientes oncológicos COVID-19 que tenían una mala evolución clínica y que podrían ser candidatos a SP, se consensuaba con el equipo referente para optimizar la adecuación terapéutica. En el ICO se concretó el nivel de adecuación terapéutica atendiendo cuatro posibilidades, y sobre la base de los niveles de intervención que ya estaban recogidos en la *Guía de práctica clínica de atención al final de la vida*⁵¹. Estos criterios modificados durante la pandemia se ven en la Tabla IV. Se describen también, distintos niveles de intervención para pacientes con cáncer o enfermedad hematológica (Tabla IV).

Otra de las intervenciones realizadas por profesionales de CP fue participar en un grupo de trabajo multidisciplinar (Tabla V) para elaborar un documento con recomendaciones para tratar los síntomas de final de vida,

Tabla V. Grupo de trabajo para el documento de tratamiento extrahospitalario de los síntomas de final de vida en COVID-19.

Gerencia del Medicamento del Servicio Catalán de la Salud
Plan Director Sociosanitario del Departamento de Salud
Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de Oncología (ICO)
Farmacéuticas de atención primaria del Instituto Catalán de la Salud (ICS) de Barcelona Ciudad, Metropolitana Norte, Metropolitana Sur y Cataluña Central
Servicio de Farmacia Hospitalaria del Instituto Catalán de Oncología (ICO) del Hospitalet de Llobregat

incluida la SP, para pacientes con COVID-19 en el ámbito comunitario.

De forma paralela a la redacción del protocolo, también se estableció un circuito para garantizar el suministro de medicación. Se tomó como modelo el del Distrito Catalán de Salud (ICS) en Barcelona, que se basó en la preparación en servicios de farmacia tanto de Atención Primaria (AP), como de hospitales de kits para su distribución a los equipos de AP y residencias. Estos kits incluían, para un paciente, toda la medicación correctamente etiquetada, los materiales necesarios para su preparación y administración e información detallada para su utilización.

Se propuso un reparto de kits proporcional a la población atendida y a las plazas de residencias, y posteriormente cada territorio ajustó el suministro a su demanda.

Hasta mediados de mayo se han distribuido a los equipos de AP 2704 kits.

Tabla IV. Niveles de intervención terapéutica (NIT) en pacientes oncológicos COVID-19.

NIT	Adecuación	Hospitalización ICO intensiva	Tratamiento Antiviral	Traslado a UCI
1	Intervención intensiva con medidas invasivas: incluye todas las medidas posibles	Sí*	Sí	Sí
2	Intervención intensiva no invasiva: incluye determinadas medidas intensivas (drogas vasoactivas, ventilación mecánica no invasiva...)	Sí	Sí	No**
3	Intervención intermedia: incluye tratamientos activos según sospecha clínica (retirada si no es efectiva)	No	No	No
4	Intervención sintomática: incluye simplificación de tratamiento y si el paciente empeora hay que garantizar tratamiento exclusivamente sintomático y de confort	No	No	No

*Visita presencial/telemática del profesional de la UCI. **En casos seleccionados se considerará la indicación de la UCI previo consenso de los equipos referentes.

NIT según situación oncológica. 1: pacientes con antecedentes de cáncer en remisión o en curso de tratamiento con intención curativa; 2: pacientes con cáncer oligometastásico o de pronóstico de vida superior a 3 años, pacientes con tumores germinales; 3: pacientes con cáncer metastásico en curso de tratamiento oncológico activo con intención paliativa; 4: pacientes con cáncer metastásico sin opciones de tratamiento oncológico activo.

Hospital Universitario La Paz

La decisión de convertir la UCP en una unidad-COVID a partir del 16 de marzo de 2020 fue realizada a propuesta de la unidad, cuando el número de pacientes que requerían ingreso por COVID crecía rápidamente en el hospital. Se intentó seleccionar para ingreso en la UCP, aunque no siempre se consiguió, a aquellos pacientes con infección SARS-CoV-2 sin criterios de ingreso en UCI por comorbilidad, fragilidad o enfermedad avanzada. También ingresaron aquellos pacientes atendidos en la UCP-no COVID, que desarrollaban infección o tenían alta sospecha de infección por SARS-CoV-2.

La unidad se convirtió en una unidad de gestión independiente, en la que el personal médico habitual de CP se encargó de cubrir todos los turnos, incluidos noches, festivos y fines de semana. Para ello fue necesario incluir otros especialistas como internistas, oncólogos, oftalmólogos y neurólogos y ampliar el personal de enfermería habitual. Ante la alta presión asistencial, la unidad pasó de sus 13 camas habituales a 19. Algunos de los datos de funcionamiento de la unidad se ven en la Tabla III.

Respecto a la necesidad de SP en la UCP-COVID, estos son algunos datos preliminares. Entre el 15 de marzo y el 15 de mayo ingresaron en la UCP-COVID del Hospital La Paz 107 pacientes. Solo 41 pacientes fueron paliativos, la mayoría con patología oncológica. La tasa de mortalidad fue del 38 %. La tasa de sedación fue del 57 %. La causa más frecuente de sedación fue la asociación de disnea y delirium, seguido por disnea. En la mayoría de los casos se utilizó midazolam con una dosis media de 43 mg. Solo dos pacientes requirieron levomepromazina⁴³.

RECOMENDACIONES

- La disnea puede estar sobreestimada, sobre todo en las fases iniciales de la enfermedad, por lo que es importante una adecuada valoración para indicar adecuadamente la SP. Es probable que dosis bajas de morfina y midazolam sean eficaces para el alivio de la insuficiencia respiratoria y para la sedación por disnea refractaria.
- El SCA, sobre todo como complicación y al final de la enfermedad, puede estar infraestimado. Es un factor de mal pronóstico y una causa muy frecuente de sedación en COVID-19. También es posible que una mezcla de disnea y delirium refractarios, como en nuestra serie, sea la causa más frecuente de sedación.
- Recomendamos para la sedación, siempre que sea posible, administrar fármacos mediante bombas de infusión continua s.c. o i.v.^{37,45}. Es recomendable utilizar dosis suficientes para evitar excesivos requerimientos de dosis extra.
- Sería recomendable para cumplir, entre otras, las garantías éticas necesarias para la SP, que en los primeros días de contacto con el paciente hospitalizado con COVID, sobre todo en aquellos con alto riesgo de enfermedad severa y de fallecimiento, se abordará la situación clínica, planteando objetivos de tratamiento, indicación o no de tratamientos en función de sus valores y preferencias^{5,11,22,52}, y realizar una planificación anticipada si no se dispone de un documento de voluntades anticipadas previo⁵³.

VISIÓN DE FUTURO

- En el caso de un nuevo brote SARS-CoV-2 u otra pandemia similar, debe haber suficientes equipos de CP, tanto a nivel hospitalario (urgencias, plantas y UCI)¹⁷ como de media estancia, residenciales o domiciliarios⁹ para poder atender directamente a pacientes complejos o con síntomas refractarios que puedan requerir SP.
- Es una cuestión clave disponer de un stock de medicación suficiente para el alivio de síntomas: morfina para disnea, midazolam y levomepromazina para sedación, butilbromuro de escopolamina para estertores y dispositivos como palomillas e infusores s.c.⁴¹.
- Se debe mejorar la tecnología que permita videollamadas y otras formas de comunicación que faciliten la toma de decisiones con paciente, familia y equipo^{49,54-56}. La tecnología también debe facilitar sistemas de infusión continua de fármacos con administración de extradosis desde fuera de la habitación, sistemas de control externo de pulsioximetría o frecuencia respiratoria, para garantizar el confort del paciente y la refractariedad de los síntomas^{25,45}.

CONCLUSIÓN

La pandemia por COVID-19 ha supuesto un desafío para todo el sistema sanitario, incluyendo los CP. Debemos aprovechar esta oportunidad y promover la formación, investigación e innovación, para garantizar la mejor atención posible a nuestros pacientes con la aplicación, entre otras medidas, de SP si hay síntomas refractarios y sufrimiento intolerable al final de la vida.

CONFLICTO DE INTERESES

Ningún autor declara conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO: Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Situation Report--151. WHO website [Internet]. Published June 19; 2020 [Accessed June 19, 2020]. Available in: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-151-covid-19.pdf>.
2. Ministerio de Sanidad. Situación de COVID en España [Internet]. 2020 [Acceso 19 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>.
3. Borobia M, Carcas A, Arnalich F, Alvarez-Sala R, Montserrat J, Quintana M. A cohort of patients with COVID-19 in a major teaching hospital in Europe. medRxiv. 2020. DOI: 10.1101/2020.04.29.20080853.
4. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes among 5700 Patients Hospitalized with COVID-19 in the New York City Area. JAMA. 2020;10022:E1-E8.
5. Newport KB, Malhotra S, Widera E. Prognostication and Proactive Planning in COVID-19. J Pain Symptom Manage. 2020;60:e52-e55.

6. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. World Health Organization; 2018.
7. Nouvet E, Sivaram M, Bezanson K, Krishnaraj G, Hunt M, de Laat S, et al. Palliative care in humanitarian crises: a review of the literature. *J Int Humanit Action*. 2018;3:5.
8. Downar J, Seccareccia D. Palliating a Pandemic: "All Patients Must Be Cared For." *J Pain Symptom Manage*. 2010;39:291-5.
9. Powell VD, Silveira MJ. What Should Palliative Care's Response Be to the COVID-19 Pandemic? *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:e-1-e-3.
10. Haydar A, Lo KB, Goyal A, Gul F, Peterson E, Bhargav R, et al. Palliative Care Utilization among Patients with COVID-19 in an Underserved Population: A Single-Center Retrospective Study. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:e18-e21.
11. Rubio O, Estella A, Cabre L, Saralegui-Reta I, Martin MC, 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. *Med Intensiva*. 2020. DOI: 10.1016/j.medin.2020.04.006.
12. Arya A, Buchman S, Gagnon B, Downar J. Pandemic palliative care: Beyond ventilators and saving lives. *Cmaj*. 2020;192:E400-E404.
13. OMC y SECPAL. Guía de Sedación Paliativa [Internet]. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2012. Disponible en: <http://www.secpal.com> > \Documentos\Blog\guia-de-sedacion y www.cgcom.es > files > guia_sedacion_paliativa_online.
14. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: A systematic review. *J Clin Oncol*. 2012;30:1378-83.
15. Beller EM, van Driel ML, Mcgregor L, Truong S, Mitchell G. Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2017.
16. Ferguson L, Barham D. Palliative Care Pandemic Pack: A Specialist Palliative Care Service Response to Planning the COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:e18-e20.
17. 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:e21-e26.
18. Bowman BA, Back AL, Esch AE, Marshall N. Crisis Symptom Management and Patient Communication Protocols Are Important Tools for All Clinicians Responding to COVID-19. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:e98-e100.
19. Etkind SN, Bone AE, Lovell N, Cripps RL, Harding R, Higginson IJ, et al. The Role and Response of Palliative Care and Hospice Services in Epidemics and Pandemics: A Rapid Review to Inform Practice During the COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:e31-e40.
20. Davies A, Hayes J. Palliative care in the context of a pandemic: similar but different. *Clin Med (Northfield Il)*. 2020;20:274-7.
21. Nakagawa S, Berlin A, Widera E, Vyjeyanthi S, Medical I, York N. Pandemic Palliative Care Consultations Spanning State and Institutional Borders. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68:1683-5.
22. Fadol N, Elsayem AF, Bruera E. Integration of palliative care into COVID-19 pandemic planning. *BMJ Support Palliat Care*. 2020. DOI: 10.1136/bmjspcare-2020-002364
23. Mottiar M, Hendin A, Fischer L, Roze des Ordon A, Hartwick M. End-of-life care in patients with a highly transmissible respiratory virus: implications for COVID-19. *Can J Anesth*. 2020;7:1417-23.
24. 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-e30.
25. Pahuja M, Wojcikewych D. Systems Barriers to Assessment and Treatment of COVID-19 Positive Patients at the End of Life. *J Palliat Med*. 2020. DOI: 10.1089/jpm.2020.0190.
26. Díez-Manglano J, Isasi de Isasmendi Pérez S, García Fenoll R, Sánchez LA, Formiga F, Galvañ VG, et al. Palliative Sedation in Patients Hospitalized in Internal Medicine Departments. *J Pain Symptom Manage*. 2020;59:302-9.
27. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382:1708-20.
28. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med*. 2020;8:475-81.
29. 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*. 2020. DOI: [bmjspcare-2020-002368](https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002368).
30. 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;60:e77-e81.
31. Jouffroy R, Jost D, Prunet B. Prehospital pulse oximetry : a red flag for early detection of silent hypoxemia in COVID-19 patients. *Crit Care*. 2020;24:313.
32. Couzin-Frankel J. The mystery of the pandemic's 'happy hypoxia.' *Science (80-)*. 2020;368:455-6.
33. Casas Rojo J, Anton Santos J, Millan Nuñez- Cortes J, Lumbreras C, Rincon Ramos J, Roy-Vallejo E. Clinical characteristics of patients hospitalized with COVID-19 in Spain: results from the SEMI- COVID-19 Network. *medRxiv*. 2020. DOI: 10.1101/2020.05.24.20111971.
34. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:611-27.
35. Jackson T, Hobson K, Clare H, Weegmann D, Moloughney C, McManus S. End-of-life care in COVID-19: An audit of pharmacological management in hospital inpatients. *Palliat Med*. 2020. DOI: 10.1177/0269216320935361
36. Agar MR, Lawlor PG, Quinn S, Draper B, Caplan GA, Rowett D, et al. Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care. *JAMA Intern Med*. 2016;27:486-98.
37. Turner J, Eliot Hodgson L, Leckie T, Eade L, Ford-Dunn S. A dual-centre observational review of hospital based palliative care in patients dying with COVID-19. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:e75-e78.
38. Bodnar J. A Review of Agents for Palliative Sedation/Continuous Deep Sedation: Pharmacology and Practical Applications. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2017;31:16-37.
39. Howard P, Twycross R, Shuster J, Mihaloy M, Wilcock A. Therapeutic Reviews: Benzodiazepines. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47:955-64.
40. Howard P, Twycross R, Shuster J, Mihaloy M, Wilcock A. Therapeutic Reviews: Antipsychotics. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41:956-65.
41. 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;60:e45-e51.
42. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Recomendaciones de la AEMPS para la gestión de medicamentos para el manejo de pacientes con enfermedades en fase terminal o paliativa en la situación sanitaria actual [Internet]. 31 de marzo de 2020. Disponible en: www.aemps.gob.es/informa/notas-informativas/medicamentos-uso-humano-3/2020-recomendaciones-de-la-aemps-para-la-gestion-de-medicamentos-para-el-manejo-de-pacientes-con-enfermedades-en-fase-terminal-o-paliativa-en-la-situacion-sanitaria-actual.

43. Bush SH, Leonard MM, Agar M, Spiller JA, Hosie A, Wright DK, et al. End-of-life delirium: Issues regarding recognition, optimal management, and the role of sedation in the dying phase. *J Pain Symptom Manage.* 2014;48:215-30.
44. Hetherington L, Johnston B, Kotronoulas G, Finlay F, Keeley P, McKeown A. COVID-19 and Hospital Palliative Care - A service evaluation exploring the symptoms and outcomes of 186 patients and the impact of the pandemic on specialist Hospital Palliative Care. *Palliat Med.* 2020. Doi: 10.1177/ 0269216320949786
45. Dingfield LE, Flores EJ, Radcliff JA, Stamm R, Uritsky TJ. Adapting a Comfort Care Order Set in a Large Health System during the COVID-19 Pandemic. *J Palliat Med.* 2020;38:1004-5.
46. Thomas J deLima, Leiter RE, Abraham JL, Shameklis JC, Kiser SB, Gelfand, et al. Development of a Palliative Care Toolkit for the COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60:e22-e25.
47. Julia J, Serrano G. Manual control de síntomas en pacientes con cáncer. 4.a edición. Madrid: Arán Ediciones; 2019.
48. Koh MYH. Palliative Care in the Time of COVID-19: Reflections From the Frontline. *J Pain Symptom Manage.* 2020:5-6.
49. Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Giuliana F, Terruso L, Piccione T. Palliative Care in the Time of COVID-19. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60:e79-e80.
50. Morris SE, Moment A, Thomas J de L. Caring for bereaved family members during the COVID-19 pandemic: before and after the death of a patient. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60:e70-e74.
51. ICO. Praxis de atención al final de la vida [Internet]. 2020; Disponible en: http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/arxiu/ico Praxis_atencio_3.pdf 2013.Consultada 15.06.2020.
52. Randall Curtis J, Kross E, Stapleton R. The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA.* 2020;323:1771-2.
53. Lee J, Abrukin L, Flores S, et al. Early Intervention of Palliative Care in the Emergency Department During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Intern Med.* 2020;e202713.
54. Calton B, Abedini N, Fratkin M. Telemedicine in the Time of Coronavirus. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60:e12-e14.
55. Riechelmann RP, Krzyzanowska MK, Zimmermann C. Futile medication use in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer.* 2009;17:745-8.
56. Humphreys J, Schoenherr L, Elia G, Saks NT, Brown C, Barbour S, et al. Rapid Implementation of Inpatient Telepalliative Medicine Consultations During COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60:e54-e59.