

Lima, octubre de 2021

SERIE NOTA TECNICA COVID-19 N° 25-2021

Uso de sedación endovenosa en pacientes con COVID-19 crítico en ventilación mecánica invasiva

*Recomendaciones desarrolladas por el Grupo de
Trabajo designado por el MINSA*



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

UNIDAD DE ANÁLISIS Y GENERACIÓN DE EVIDENCIAS EN SALUD PÚBLICA

NOTA TECNICA COVID-19 N° 025: Uso de sedación endovenosa en pacientes con COVID-19 crítico en ventilación mecánica invasiva

PATOLOGÍA: COVID-19

Intervención: Sedación endovenosa

Rol de la Intervención: Tratamiento

FECHA: 27 de octubre de 2021

ANTECEDENTES

- El objetivo del presente informe es:
 - Describir el proceso para la elaboración de recomendaciones por el grupo de trabajo designado por el Ministerio de Salud, en adelante denominado grupo de trabajo.
 - Trasladar las Recomendaciones efectuadas por dicho grupo de trabajo en atención al uso de sedación endovenosa en pacientes con COVID-19 crítico en ventilación mecánica invasiva, según la pregunta PICO (P: Población, I: Intervención, C: Comparador, O: Outcome o desenlaces) priorizada por el grupo de trabajo.
- La metodología considerada para arribar a la recomendación fue el Marco de Evidencia a la Decisión/Recomendación (EtD) desarrollado por el Grupo de Trabajo GRADE (1,2).

ANALISIS

a) Formulación de la pregunta

En personas con COVID-19 crítico en ventilación mecánica invasiva, ¿cuál es el medicamento que debe administrarse para la sedación endovenosa? Y ¿Cuál pauta de dosificación?

P	Paciente adulto con COVID-19 en VMI
I	Propofol Benzodiacepinas (Lorazepam, Midazolam) dexmedetomidina
C	-
O	Puntaje en la escala RASS o BIS Mortalidad Duración de VM Estancia en UCI Delirio

b) Identificación de la evidencia para la pregunta PICO

Se siguieron las orientaciones establecidas en el documento interno de UNAGESP: Orientaciones para el soporte metodológico otorgado al grupo de trabajo designado por el MINSa. Se describe a continuación los resultados del proceso:

- Se efectuó la búsqueda de guías de práctica clínica (GPC) que incluyeran recomendaciones respecto al uso de sedación endovenosa en la población de interés, con fecha de búsqueda 22 de octubre de 2021 en las siguientes plataformas: eCOVID-19 living map of recommendations (eCovid-19 RecMap), Base internacional de Guías GRADE (BIGG), Guidelines International Network (GIN), COVID-19 Guidelines Dashboard, National Institute for Health and Care Excellence - UK (NICE) y Trip database, identificándose 7 guías de práctica clínica (Ver Anexo 1). En base a criterios como fecha de búsqueda de la evidencia, uso de metodología GRADE para evaluar la certeza de la evidencia, disponibilidad de la tabla Perfil de evidencia o Resumen de hallazgos, disponibilidad de los criterios o Tabla EtD y tipo de recomendación.
- Se identificaron tres guías de la Organización Panamericana de la Salud y una de la Society of Critical Care Medicine (SCCM)(3–6), sin embargo, las guías de OPS no brindan recomendaciones específicas para responder directamente a todas las alternativas de intervenciones planteadas por SOPEMI. Por otro lado, las guías de SCCM contienen recomendaciones respecto al uso de todas

las alternativas de intervenciones planteadas en pacientes no COVID. A continuación, se presenta las recomendaciones de cada GPC identificada:

Recomendación	Fuerza y grado de evidencia	Guía de Práctica Clínica	Fechas
En pacientes adultos bajo ventilación mecánica y SIRA, se recomienda utilizar volúmenes corrientes bajos (4 a 8 ml/kg de peso corporal predicho) y mantener presiones plateau (meseta) por debajo de 30 cm H ₂ O. Se requiere aplicar sedación profunda a los pacientes para lograr las metas propuestas.	Recomendación fuerte Calidad de la evidencia moderada	Guía para el cuidado de pacientes adultos críticos con COVID-19 en las Américas. Versión 3	Junio del 2021
Sobre la base de la evidencia antes mencionada, una lista de medicamentos esenciales para el manejo de la sedación, analgesia, delirio y relajación muscular en pacientes críticamente enfermos en la UCI, deben incluir lo siguiente: sedantes benzodiazepínicos bajos, midazolam y lorazepam; sedantes no benzodiazepínicos bajo, Propofol; antipsicóticos bajo, haloperidol; relajantes neuromusculares bajo, succinilcolina, atracurio o vecuronio; bajo opioides, morfina y fentanilo. Es importante tener en cuenta que las directrices de la Surviving Sepsis Campaign sugieren usar, como necesarios, bolos intermitentes de agentes bloqueadores neuromusculares en lugar de infusión continua para facilitar la ventilación protectora de los pulmones	Recomendación débil Calidad de la evidencia baja ¹	Essential Medicines list for the management of patients admitted to intensive care units with suspected or confirmed COVID-19 diagnosis	10 August 2020
Recomendamos la implementación de ventilación mecánica utilizando volúmenes corrientes más bajos (4–8 ml / kg de peso corporal previsto [PBW]) y presiones inspiratorias más bajas (presión de meseta <30 cmH ₂ O). Observación para adultos: Puede ser necesario el uso de sedación profunda para controlar el impulso respiratorio y alcanzar los objetivos de volumen corriente.	Recomendación fuerte	COVID-19 Clinical Management World Health Organization (WHO)	25 de enero 2021
Pacientes médicos y quirúrgicos que no se someten a cirugía cardíaca Recomendación: Sugerimos el uso de Propofol o dexmedetomidina en lugar de benzodiazepinas para la sedación en adultos críticamente enfermos con ventilación mecánica (recomendación condicional, evidencia de baja calidad)	Recomendación condicional Calidad de la evidencia baja	Clinical practice Guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU	Septiembre 2018

- La búsqueda se realizó en MEDLINE/ vía PubMed, plataforma L-OVE de Epistemonikos (7) y en MedRxiv, con fecha 22 de octubre de 2021 (Ver Anexo 1). Los criterios de selección de los estudios fueron: ensayos clínicos aleatorizados, cohortes o casos y control que evalúen la PICO planteada y reportaran al menos uno de los desenlaces de interés.
- La certeza de la evidencia fue realizada según el enfoque GRADE que toma en cuenta los siguientes criterios: diseño del estudio, riesgo de sesgo, inconsistencia en los resultados, ausencia de evidencia directa, imprecisión, sesgo de publicación, tamaño de efecto, gradiente dosis-respuesta, y efecto de los potenciales factores de confusión residual (los tres últimos aplicables en estudios observacionales) (8,9). De acuerdo con estos criterios la evidencia se puede clasificar en 4 niveles:

Certeza o calidad de la evidencia	Interpretación
Alta ⊕ ⊕ ⊕ ⊕	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza/certeza que se tiene en el resultado estimado.
Moderada ⊕ ⊕ ⊕ ○	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar este resultado.
Baja ⊕ ⊕ ○ ○	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y es probable que puedan modificar el resultado.
Muy baja ⊕ ○ ○ ○	Cualquier resultado estimado es muy incierto.

- Los resultados fueron presentados utilizando la Tablas de Resumen de Hallazgos (SOF, por sus siglas en inglés) construidas a partir del software en línea GRADEpro (<https://gradepr.org/>) (10) a partir de la adaptación de tablas SoF de la guía de SCCM (6) para pacientes no críticos .

c) Metodología considerada para la elaboración de las recomendaciones: Marco de Evidencia a la Decisión/Recomendación (EtD: Evidence to decisión framework)

- Los marcos EtD (1,2) son una herramienta del Enfoque GRADE, que tiene como finalidad fomentar el uso de la evidencia de una manera estructurada y transparente para informar decisiones relacionadas al manejo clínico de una enfermedad, salud pública, políticas del sistema de salud o en situaciones como el contexto actual de pandemia acerca de acciones con repercusión socio-económica entre otras.
- Se aplicaron los principios del enfoque “GRADE-ADOLOPMENT” para identificar guías de práctica clínica orientadas a las preguntas PICO propuestas por el grupo de trabajo de MINSA, además que tener disponibles los perfiles de evidencia GRADE o Tablas de resumen de hallazgos y los marcos EtD. Dependiendo de la evaluación, estas pueden ser consideradas para la adaptación con contextualización o para la adopción (11).
- Los siguientes criterios del marco EtD fueron seleccionados para la discusión y juicio por el grupo de trabajo: Efectos deseables, Efectos indeseables, Certeza de la evidencia, Valores y preferencias de los pacientes, Balance de efectos, Recursos necesarios, Equidad, Aceptabilidad y Factibilidad. En caso de no haber consenso en la valoración del juicio, se efectuó una votación, determinándose la valoración por mayoría simple. La perspectiva fue del sistema de salud.
- Elaboración de las Recomendaciones: La metodología EtD considera determinar la fuerza y dirección de una recomendación (12). Ambas, como resultado del juicio acerca del balance beneficio-riesgo, calidad global de la evidencia, confianza en los valores y preferencias de los pacientes, uso de recursos, equidad en salud, aceptabilidad, y factibilidad. En este sentido, existirán recomendaciones “a favor de la intervención” o “en contra de la intervención” (a favor de la alternativa u opción). Asimismo, las recomendaciones fueron determinadas como fuertes o condicionales.

- Una recomendación será fuerte si existe una clara diferencia entre los efectos deseables e indeseables de la intervención, la certeza global de la evidencia alta o moderada, todos o casi todos los pacientes informados toman la misma decisión, el costo de la intervención está plenamente justificado, existe un impacto favorable en la equidad en salud, la intervención es aceptable para los usuarios interesados (pacientes y personal de salud) y la implementación de dicha intervención es viable.
- Una recomendación será condicional si alguna de las consideraciones siguientes está presente: Exista poca diferencia entre los efectos deseables e indeseables de la intervención, la calidad de la evidencia es baja o muy baja, existe variabilidad o incertidumbre respecto de lo que decidirán los pacientes informados o el costo de la intervención pudiera no estar justificado en algunas circunstancias.
- Las implicancias de la fuerza de la recomendación son las siguientes:

Recomendación fuerte	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada.
Recomendación condicional	Si bien la intervención o alternativa recomendada es apropiada para la mayoría de los pacientes, puede no resultar aplicable a todos ellos. La decisión debiera ser individualizada considerando además un enfoque de decisiones compartidas con el paciente.

d) Diálogo Deliberativo para la valoración de los criterios del Marco EtD y elaboración de las recomendaciones

El Diálogo deliberativo se llevó a cabo el día 27 de octubre de 2021, reunión virtual a través de la herramienta Zoom, con la participación de:

- 1) Profesionales del Grupo de trabajo designado por el Ministerio de Salud: integrantes de la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva y Representantes del Ministerio de Salud, en su calidad de panel de expertos, habilitados para emitir los juicios para cada criterio, votar en caso de ser necesario y elaborar la recomendación.
- 2) Representantes de la Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP) del INS, quienes efectuaron la identificación de la evidencia presentada ante los expertos, en calidad de facilitadores y conductores de los aspectos metodológicos de la reunión.

Luego de la discusión y la valoración de los criterios del marco EtD, finalmente se elaboró una recomendación.

RECOMENDACIÓN

1.1. Se sugiere el uso de Propofol sobre benzodiazepinas para la sedación en pacientes con COVID 19 críticos en ventilación mecánica invasiva.

Recomendación condicional, basada en evidencia de muy baja calidad

Consideraciones adicionales:

- La sedación en pacientes COVID 19 críticos en ventilación mecánica invasiva debe ser precedida por una adecuada analgesia.
- En los pacientes COVID 19 críticos en ventilación mecánica invasiva que no se alcance el objetivo de sedación con las dosis adecuadas de Propofol, o se tenga efectos colaterales, se podría considerar el uso de otro sedante.
- No se ha establecido la seguridad de Propofol en el embarazo, porque atraviesa la barrera placentaria y puede causar depresión neonatal.

1.2. Se sugiere usar dexmedetomidina sobre benzodiazepinas para la sedación en pacientes COVID 19 críticos en ventilación mecánica durante la fase de destete.

Recomendación condicional, calidad de la evidencia muy baja

Consideraciones adicionales:

- Tener precaución sobre los efectos adversos como bradicardia e hipotensión.
- Evitar su uso en pacientes inestables hemodinámicamente.
- No se recomienda dar dosis de carga de dexmedetomidina.

1.3. Se sugiere el uso de dexmedetomidina sobre Propofol para la sedación en pacientes COVID 19 críticos en ventilación mecánica durante la fase de destete.

Recomendación condicional, calidad de la evidencia muy baja

JUSTIFICACIÓN DE LA RECOMENDACIÓN

Tabla N°1. Resumen de hallazgos Propofol comparado con benzodiazepina en adultos críticamente enfermos ventilados (intubados y no intubados)

Paciente o población: adultos críticamente enfermos ventilados (intubados y no intubados)

Intervención: Propofol

Comparación: benzodiazepina

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con benzodiazepina	Riesgo con Propofol				
mortalidad 90 días	218 por 1,000	220 por 1,000 (172 a 281)	RR 1.01 (0.79 a 1.29)	864 (10 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○○ Baja ^{a,b}	La evidencia sugiere que Propofol podría dar como resultado una pequeña a ninguna diferencia en mortalidad 90 días.
Tiempo hasta la extubación-horas evaluado con : horas	La media tiempo hasta la extubación-horas era 0 Horas más bajas	MD 13.71 Horas más bajas más alto. (20.01 más alto. a 7.4 más alto.)	-	730 (10 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○○ Muy baja ^{a,c,d}	Propofol podría incrementar/tener poco a ningún efecto en tiempo hasta la extubación-horas, pero la evidencia es muy incierta.
Tiempo hasta la extubación-horas evaluado con: análisis de sensibilidad	La media tiempo hasta la extubación-horas era 0 bajo	MD 11.6 bajo más alto. (15.62 más alto. a 7.58 más alto.)	-	423 (10 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○○ Muy baja ^{a,c,e}	Propofol podría incrementar/tener poco a ningún efecto en tiempo hasta la extubación-horas, pero la evidencia es muy incierta.
Tiempo de sedación ligera	La media tiempo de sedación ligera era 0 Horas menos	MD 7.23 Horas menos más alto. (8.91 más alto. a 5.54 más alto.)	-	357 (7 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○○ Muy baja ^{a,f,g}	Propofol podría incrementar/tener poco a ningún efecto en tiempo de sedación ligera pero la evidencia es muy incierta.
Delirio	357 por 1,000	286 por 1,000 (96 a 846)	RR 0.80 (0.27 a 2.37)	28 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○○ Muy baja ^{a,h}	Propofol podría reducir/tener poco a ningún efecto en delirio, pero la evidencia es muy incierta.
Autoextubación	10 por 1,000	28 por 1,000 (3 a 262)	RR 2.82 (0.30 a 26.45)	204 (2 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○○ Muy baja ^{a,i}	Propofol podría incrementar/tener poco a ningún efecto en autoextubación, pero la evidencia es muy incierta.
Disfunción neuropsicológica	732 por 1,000	681 por 1,000 (505 a 908)	RR 0.93 (0.69 a 1.24)	114 (2 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○○ Muy baja ^{a,j,k}	Propofol podría reducir/tener poco a ningún efecto en disfunción neuropsicológica pero la evidencia es muy incierta.

Tabla N°1. Resumen de hallazgos Propofol comparado con benzodiazepina en adultos críticamente enfermos ventilados (intubados y no intubados)

Paciente o población: adultos críticamente enfermos ventilados (intubados y no intubados)

Intervención: Propofol

Comparación: benzodiazepina

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con benzodiazepina	Riesgo con Propofol				

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza; MD: Diferencia media; RR: Razón de riesgo

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones

- Los estudios no fueron realizados en COVID crítico
- Se disminuyó la calidad de la evidencia en un nivel debido a la imprecisión, el IC incluyó tanto un beneficio como un daño significativos
- Se disminuyó la calidad de la evidencia en un nivel por riesgo de sesgo; se consideró que la mayoría de los estudios tenían un alto riesgo de sesgo.
- Redujimos la calidad de la evidencia en dos niveles por inconsistencia, el I2 = 100%
- La calidad de la evidencia se disminuyó en dos niveles debido a una inconsistencia muy grave, I2 = 99%, y los análisis de subgrupos no lograron explicar la heterogeneidad observada.
- Redujimos la calidad de la evidencia en dos niveles por inconsistencia grave, el I2 = 98%
- Se disminuyó la calidad de la evidencia por imprecisión en un nivel
- el número de eventos fue muy bajo y el IC fue extremadamente amplio.
- imprecisión grave, el número de eventos es 4 en total
- imprecisión grave, I2 = 91%
- el IC es amplio e incluye beneficios y daños significativos

Evidencia utilizada

Dado que, no se encontraron estudios que respondan directamente a la pregunta PICO sobre el uso de sedantes en pacientes con COVID 19, y teniendo en consideración la guía de la SCCM es de referencia para el tema (6), se utilizó la misma evidencia para soportar la EtD de las recomendaciones presentadas por el grupo de trabajo.

A) Propofol vs benzodiazepinas

La GPC de SCCM considera siete ensayos clínicos (13–19) que reportan una reducción en tiempo relacionado al uso de sedación ligera con propofol comparado con el uso de una benzodiazepina (DM: -7,2 h; IC 95%, -8,9 a -5,5). Reducción del tiempo para la extubación (DM: -11,6 h; IC 95%, -15,6 a -7,6) (9 ECAs) (13) (14,18–23) y mayor riesgo de autoextubación (RR: 2,2; IC del 95%, 0,30-26,45) con el uso de Propofol, mientras que solo un ECA evaluó el delirio y no encontró diferencias(18). La certeza de la evidencia es muy baja, siendo penalizada por evidencia indirecta respecto al uso en COVID-19 (Tabla N°1).

Certeza de la evidencia: La certeza de la evidencia fue valorada como **Muy Baja** debido a evidencia indirecta.

Valores y preferencias de los pacientes: No se recopiló estudios sobre los valores y preferencias en pacientes con COVID-19. El grupo de trabajo consideró por mayoría simple que Probablemente **No hay variabilidad o incertidumbre importante** en los valores y preferencias de los pacientes y que en general, la mayoría de los pacientes o sus familiares estarían de acuerdo con la intervención, asignando una mayor valoración a los desenlaces relevantes.

Balance de los efectos: Para valorar este criterio el grupo de trabajo consideró que los efectos deseables del uso de la analgesia con Propofol versus benzodiazepinas favorecen a la intervención, aunque con certeza muy baja.

Uso de recursos: No se recopilaban estudios económicos en COVID-19 para valorar este criterio. Sin embargo, Propofol se encuentra dentro del Petitorio Nacional Único de Medicamentos (PNUME). Por lo que, el panel considero que la intervención podría generar ahorros moderados.

Equidad en salud: el grupo de trabajo valoró que la implementación de la intervención originaría un **incremento** en la equidad en salud.

Aceptabilidad: Se consideró por consenso que la intervención **Si** sería aceptada.

Factibilidad: El grupo de trabajo valoró que si sería factible de implementar.

La Tabla de resumen de los juicios es la siguiente:

	JUICIO						
PROBLEM	No	Probably no	Probably yes	Yes		Varies	Don't know
DESIRABLE EFFECTS	Trivial	Small	Moderate	Large		Varies	Don't know
UNDESIRABLE EFFECTS	Large	Moderate	Small	Trivial		Varies	Don't know
CERTAINTY OF EVIDENCE	Very low	Low	Moderate	High			No included studies
VALUES	Important uncertainty or variability	Possibly important uncertainty or variability	Probably no important uncertainty or variability	No important uncertainty or variability			
BALANCE OF EFFECTS	Favors the comparison	Probably favors the comparison	Does not favor either the intervention or the comparison	Probably favors the intervention	Favors the intervention	Varies	Don't know
RESOURCES REQUIRED	Large costs	Moderate costs	Negligible costs and savings	Moderate savings	Large savings	Varies	Don't know
CERTAINTY OF EVIDENCE OF REQUIRED RESOURCES	Very low	Low	Moderate	High			No included studies
COST EFFECTIVENESS	Favors the comparison	Probably favors the comparison	Does not favor either the intervention or the comparison	Probably favors the intervention	Favors the intervention	Varies	No included studies
EQUITY	Reduced	Probably reduced	Probably no impact	Probably increased	Increased	Varies	Don't know
ACCEPTABILITY	No	Probably no	Probably yes	Yes		Varies	Don't know

JUICIO							
FEASIBILITY	No	Probably no	Probably yes	Yes		Varies	Don't know

TIPO DE RECOMENDACIÓN

Strong recommendation against the intervention ○	Conditional recommendation against the intervention ○	Conditional recommendation for either the intervention or the comparison ○	Conditional recommendation for the intervention ●	Strong recommendation for the intervention ○
---	--	---	---	---

Tabla N°2. Resumen de hallazgos Dexmedetomidina comparado con benzodiazepina en adultos críticamente enfermos en ventilación mecánica (tanto intubados como no intubados) en la fase de destete

Paciente o población: adultos críticamente enfermos en ventilación mecánica (tanto intubados como no intubados) en la fase de destete

Intervención: Dexmedetomidina

Comparación: benzodiazepina

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con benzodiazepina	Riesgo con Dexmedetomidina				
Mortalidad a los 28 días	224 por 1,000	220 por 1,000 (152 a 316)	RR 0.98 (0.68 a 1.41)	967 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○ Baja ^{a,b,c}	La evidencia sugiere que dexmedetomidina podría dar como resultado una pequeña a ninguna diferencia en mortalidad a los 28 días.
Duración de la VM evaluado con: DIAS	La media duración de la VM era 0 bajo a alto	MD 0.71 bajo a alto más alto. (1.87 más alto. a 0.45 más alto.)	-	1052 (5 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○○ Muy baja ^{a,d,e,f}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de dexmedetomidina en duración de la VM.
Duración de la estancia en UCI evaluado con: días	La media duración de la estancia en UCI era 0 bajo a alto	MD 23 bajo a alto más alto. (0.57 más alto. a 0.11 más alto.)	-	969 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○○ Muy baja ^{a,g,h}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de dexmedetomidina en duración de la estancia en UCI.
Delirio	369 por 1,000	299 por 1,000 (222 a 399)	RR 0.81 (0.60 a 1.08)	1007 (4 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○○ Muy baja ^{a,i,j}	Dexmedetomidina podría reducir/tener poco a ningún efecto en delirio, pero la evidencia es muy incierta.
Bradicardia	84 por 1,000	205 por 1,000 (149 a 282)	RR 2.44 (1.77 a 3.36)	1047 (6 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○ Baja ^{a,k}	Dexmedetomidina podría dar como resultado un incremento en bradicardia.
Hipotensión	23,729 por 1,000	1000 por 1,000 (1,000 a 1,000)	RR 1.38 (0.79 a 2.41)	535.13 (4 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○○ Muy baja ^{b,l,m}	Dexmedetomidina podría incrementar/tener poco a ningún efecto en hipotensión, pero la evidencia es muy incierta.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza; MD: Diferencia media; RR: Razón de riesgo

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

La Tabla de resumen de los juicios es la siguiente:

	JUICIO						
PROBLEM	No	Probably no	Probably yes	Yes		Varies	Don't know
DESIRABLE EFFECTS	Trivial	Small	Moderate	Large		Varies	Don't know
UNDESIRABLE EFFECTS	Large	Moderate	Small	Trivial		Varies	Don't know
CERTAINTY OF EVIDENCE	Very low	Low	Moderate	High			No included studies
VALUES	Important uncertainty or variability	Possibly important uncertainty or variability	Probably no important uncertainty or variability	No important uncertainty or variability			
BALANCE OF EFFECTS	Favors the comparison	Probably favors the comparison	Does not favor either the intervention or the comparison	Probably favors the intervention	Favors the intervention	Varies	Don't know
RESOURCES REQUIRED	Large costs	Moderate costs	Negligible costs and savings	Moderate savings	Large savings	Varies	Don't know
CERTAINTY OF EVIDENCE OF REQUIRED RESOURCES	Very low	Low	Moderate	High			No included studies
COST EFFECTIVENESS	Favors the comparison	Probably favors the comparison	Does not favor either the intervention or the comparison	Probably favors the intervention	Favors the intervention	Varies	No included studies
EQUITY	Reduced	Probably reduced	Probably no impact	Probably increased	Increased	Varies	Don't know
ACCEPTABILITY	No	Probably no	Probably yes	Yes		Varies	Don't know
FEASIBILITY	No	Probably no	Probably yes	Yes		Varies	Don't know

TIPO DE RECOMENDACIÓN

Strong recommendation against the intervention ○	Conditional recommendation against the intervention ○	Conditional recommendation for either the intervention or the comparison ○	Conditional recommendation for the intervention ●	Strong recommendation for the intervention ○
---	--	---	---	---

Evidencia utilizada

Dado que, no se encontraron estudios que respondan directamente a la pregunta PICO sobre el uso de sedantes en pacientes con COVID 19, y teniendo en consideración la guía de la SCCM es de referencia para el tema (6), se utilizó la misma evidencia para soportar la EtD de las recomendaciones presentadas por el grupo de trabajo.

Dexmedetomidina sobre benzodiazepinas

Los ECAs reportan un mayor beneficio para el tiempo hasta la extubación al comparar el uso de dexmedetomidina con midazolam (DM: -1,90 d; IC 95%, -2,32 a -1,48) (24–27); y menor prevalencia de delirio con dexmedetomidina en comparación con una infusión de benzodiazepina (RR: 0,71; 95 % IC, 0,61-0,83) (24–26,28). La certeza de la evidencia es muy baja, siendo penalizada por evidencia indirecta respecto al uso en COVID-19 (Tabla N°2).

Certeza de la evidencia: La certeza de la evidencia fue valorada como **Muy Baja** debido a evidencia indirecta.

Valores y preferencias de los pacientes: No se recopiló estudios sobre los valores y preferencias en pacientes con COVID-19. El grupo de trabajo consideró por mayoría simple que Probablemente **No hay variabilidad o incertidumbre importante** en los valores y preferencias de los pacientes y que en general, la mayoría de los pacientes o sus familiares estarían de acuerdo con la intervención, asignando una mayor valoración a los desenlaces relevantes.

Balance de los efectos: Para valorar este criterio el grupo de trabajo consideró que los efectos deseables del uso de la sedación con dexmedetomidina versus benzodiazepinas favorece a la intervención, aunque con certeza muy baja.

Uso de recursos: No se recopilaron estudios económicos en COVID-19 para valorar este criterio. Sin embargo, se identificó una evaluación de tecnología sanitaria con evaluación económica de la intervención en pacientes críticos no COVID-19. Reportando que, en el análisis de costos que compara el uso de dexmedetomidina con sedantes tradicionales (Lorazepam, midazolam o Propofol) en las UCI hospitalarias, la dexmedetomidina se asocia con mayores costos de medicamentos que los sedantes de comparación, pero puede resultar en costos reducidos asociados con la duración de la estadía en la UCI y la incidencia de delirio. Sin embargo, este no siempre fue el caso, ya que estos hallazgos variaron notablemente según el comparador, la población evaluada y los supuestos subyacentes (específicamente en lo que respecta a una duración reducida de la estadía en la UCI). Es importante considerar que esta evaluación tiene utilidad en el contexto donde fue valorada. El costo promedio de la medicación DEX vs. midazolam (\$ 1929,57 frente a \$ 180,10 por paciente). Costos promedio asociados con la ventilación mecánica (\$ 2939 versus \$ 4448) y el manejo del delirio (\$ 2127 versus \$ 3012). El costo total por paciente fue (\$ 7022 V \$ 7680)(29). El panel consideró que la intervención reflejaría ahorros moderados para el sistema de salud.

Equidad en salud: el grupo de trabajo valoró que la implementación de la intervención originaría un **incremento** en la equidad en salud.

Aceptabilidad: Se consideró por consenso que la intervención **Si** sería aceptada.

Factibilidad: El grupo de trabajo valoró que si sería factible de implementar.

Tabla N°3. Resumen de hallazgos un agonista alfa-2 (p. Ej., Dexmedetomidina) comparado con Propofol en adultos críticamente enfermos con ventilación (tanto intubados como no intubados) durante la fase de destete

Paciente o población: adultos críticamente enfermos con ventilación (tanto intubados como no intubados) durante la fase de destete
Intervención: Un agonista alfa-2 (p. Ej., Dexmedetomidina)
Comparación: Propofol

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con Propofol	Riesgo con Un agonista alfa-2 (p. Ej., Dexmedetomidina)				
Mortalidad a los 28 días	185 por 1,000	150 por 1,000 (102 a 224)	RR 0.81 (0.55 a 1.21)	495 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕○○ Baja ^{a,b}	Un agonista alfa-2 (p. Ej., Dexmedetomidina) podría dar como resultado una diferencia pequeña a ninguna diferencia en mortalidad a los 28 días.
Delirio	76 por 1,000	28 por 1,000 (12 a 66)	RR 0.37 (0.16 a 0.87)	495 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,c,d}	Un agonista alfa-2 (p. Ej., Dexmedetomidina) podría reducir/tener poco a ningún efecto en delirio, pero la evidencia es muy incierta.
Duración de la ventilación mecánica en horas	La media duración de la ventilación mecánica en horas era 0 horas menos	MD 0.04 horas menos más alto. (0.08 más alto. a 0.01 más alto.)	-	850 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,e,f}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de un agonista alfa-2 (p. Ej., Dexmedetomidina) en duración de la ventilación mecánica en horas.
Duración de la estancia en UCI en días	La media duración de la estancia en UCI en días era 0 menos días	MD 2.83 días más alto. (8.13 más alto. a 2.47 más alto.)	-	498 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,g}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de un agonista alfa-2 (p. Ej., Dexmedetomidina) en duración de la estancia en UCI en días.
Bradicardia	108 por 1,000	130 por 1,000 (80 a 210)	RR 1.20 (0.74 a 1.94)	495 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕○○ Baja ^{a,h}	Un agonista alfa-2 (p. Ej., Dexmedetomidina) podría dar como resultado una diferencia pequeña a ninguna diferencia en bradicardia.
Hipotensión	133 por 1,000	130 por 1,000 (82 a 204)	RR 0.98 (0.62 a 1.54)	495 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕○○ Baja ^{a,i}	Un agonista alfa-2 (p. Ej., Dexmedetomidina) podría dar como resultado una diferencia pequeña a ninguna diferencia en hipotensión.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza ; MD: Diferencia media; RR: Razón de riesgo

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

La Tabla de resumen de los juicios es la siguiente:

PROBLEM	JUICIO						
	No	Probably no	Probably yes	Yes		Varies	Don't know
DESIRABLE EFFECTS	Trivial	Small	Moderate	Large		Varies	Don't know

	JUICIO						
UNDESIRABLE EFFECTS	Large	Moderate	Small	Trivial		Varies	Don't know
CERTAINTY OF EVIDENCE	Very low	Low	Moderate	High			No included studies
VALUES	Important uncertainty or variability	Possibly important uncertainty or variability	Probably no important uncertainty or variability	No important uncertainty or variability			
BALANCE OF EFFECTS	Favors the comparison	Probably favors the comparison	Does not favor either the intervention or the comparison	Probably favors the intervention	Favors the intervention	Varies	Don't know
RESOURCES REQUIRED	Large costs	Moderate costs	Negligible costs and savings	Moderate savings	Large savings	Varies	Don't know
CERTAINTY OF EVIDENCE OF REQUIRED RESOURCES	Very low	Low	Moderate	High			No included studies
COST EFFECTIVENESS	Favors the comparison	Probably favors the comparison	Does not favor either the intervention or the comparison	Probably favors the intervention	Favors the intervention	Varies	No included studies
EQUITY	Reduced	Probably reduced	Probably no impact	Probably increased	Increased	Varies	Don't know
ACCEPTABILITY	No	Probably no	Probably yes	Yes		Varies	Don't know
FEASIBILITY	No	Probably no	Probably yes	Yes		Varies	Don't know

TIPO DE RECOMENDACIÓN

Strong recommendation against the intervention ○	Conditional recommendation against the intervention ○	Conditional recommendation for either the intervention or the comparison ○	Conditional recommendation for the intervention ●	Strong recommendation for the intervention ○
---	--	---	---	---

Evidencia utilizada

Dado que, no se encontraron estudios que respondan directamente a la pregunta PICO sobre el uso de sedantes en pacientes con COVID 19, y teniendo en consideración la guía de la SCCM es de referencia para el tema (6), se utilizó la misma evidencia para soportar la EtD de las recomendaciones presentadas por el grupo de trabajo.

Dexmedetomidina sobre Propofol

Tres ECAs reportaron menor incidencia de delirio al usar dexmedetomidina en un único momento de 48 horas después del cese de la sedación(26), no se reportaron diferencias respecto al tiempo hasta la extubación al comparar dexmedetomidina y Propofol (23,26,30) (202, 203, 206), tampoco sobre la incidencia de bradicardia o hipotensión (203).

Certeza de la evidencia: La certeza de la evidencia fue valorada como **Muy Baja** debido a evidencia indirecta.

Valores y preferencias de los pacientes: No se recopiló estudios sobre los valores y preferencias en pacientes con COVID-19. El grupo de trabajo consideró por mayoría simple que Probablemente **No hay variabilidad o incertidumbre importante** en los valores y preferencias de los pacientes y que en general, la mayoría de los pacientes o sus familiares estarían de acuerdo con la intervención, asignando una mayor valoración a los desenlaces relevantes.

Balace de los efectos: Para valorar este criterio el grupo de trabajo consideró que los efectos deseables del uso de la sedación con dexmedetomidina versus Propofol favorece a la intervención, aunque con certeza muy baja.

Uso de recursos: No se recopilaron estudios económicos en COVID-19 para valorar este criterio. Sin embargo, el panel consideró que la intervención podría generar ahorros moderados para el sistema de salud.

Equidad en salud: el grupo de trabajo valoró que la implementación de la intervención originaría un **incremento** en la equidad en salud.

Aceptabilidad: Se consideró por consenso que la intervención **Si** sería aceptada.

Factibilidad: El grupo de trabajo valoró que si sería factible de implementar.

REFERENCIAS:

1. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ*. 28 de junio de 2016;353:i2016.
2. Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *BMJ*. 30 de junio de 2016;353:i2089.
3. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el cuidado de pacientes adultos críticos con COVID-19 en las Américas. Resumen, versión 3 [Internet]. 2021. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53894/OPSIMSEIHCOVID-1921010_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
4. Organización Panamericana de Salud. COVID-19 Clinical management, Living guidance [Internet]. 2021. Disponible en: https://files.magicapp.org/guideline/1f3b26aa-a03d-4cb1-ab9e-45e8a9d22684/published_guideline_4829-0_16.pdf
5. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud. Essential medicines list for the management of patients admitted to intensive care units with suspected or confirmed covid-19 diagnosis [Internet]. 2020. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52640/PAHOIMSHSSCOVID-19200031_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Manageme... : Critical Care Medicine [Internet]. [citado 17 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2018/09000/Clinical_Practice_Guidelines_for_the_Prevention.29.aspx
7. i L.OVE evidence [Internet]. [citado 17 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://iloveevidence.com/>
8. Guyatt GH, Oxman AD, Sultan S, Glasziou P, Akl EA, Alonso-Coello P, et al. GRADE guidelines: 9. Rating up the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. diciembre de 2011;64(12):1311-6.
9. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. abril de 2011;64(4):401-6.
10. GRADEpro [Internet]. [citado 17 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://gradepro.org/>
11. Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, Etxeandia-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Manja V, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLPMENT. *J Clin Epidemiol*. 1 de enero de 2017;81:101-10.
12. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol*. julio de 2013;66(7):726-35.

13. Carrasco G, Molina R, Costa J, Soler JM, Cabré L. Propofol vs midazolam in short-, medium-, and long-term sedation of critically ill patients. A cost-benefit analysis. *Chest*. febrero de 1993;103(2):557-64.
14. Comparative study of propofol versus midazolam in the sedation of critically ill patients: results of a prospective, randomized, multicenter trial - PubMed [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8681594/>
15. Weinbroum AA, Halpern P, Rudick V, Sorkine P, Freedman M, Geller E. Midazolam versus propofol for long-term sedation in the ICU: a randomized prospective comparison. *Intensive Care Med*. diciembre de 1997;23(12):1258-63.
16. Sanchez-Izquierdo-Riera JA, Caballero-Cubedo RE, Perez-Vela JL, Ambros-Checa A, Cantalapiedra-Santiago JA, Alted-Lopez E. Propofol versus midazolam: safety and efficacy for sedating the severe trauma patient. *Anesth Analg*. junio de 1998;86(6):1219-24.
17. Midazolam and 2% propofol in long-term sedation of traumatized critically ill patients: efficacy and safety comparison - PubMed [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11098962/>
18. Mesnil M, Capdevila X, Bringuier S, Trine P-O, Falquet Y, Charbit J, et al. Long-term sedation in intensive care unit: a randomized comparison between inhaled sevoflurane and intravenous propofol or midazolam. *Intensive Care Med*. junio de 2011;37(6):933-41.
19. Zhou Y, Jin X, Kang Y, Liang G, Liu T, Deng N. Midazolam and propofol used alone or sequentially for long-term sedation in critically ill, mechanically ventilated patients: a prospective, randomized study. *Crit Care Lond Engl*. 16 de junio de 2014;18(3):R122.
20. Barrientos-Vega R, Mar Sánchez-Soria M, Morales-García C, Robas-Gómez A, Cuenca-Boy R, Ayensa-Rincon A. Prolonged sedation of critically ill patients with midazolam or propofol: impact on weaning and costs. *Crit Care Med*. enero de 1997;25(1):33-40.
21. Costa J, Cabré L, Molina R, Carrasco G. Cost of ICU sedation: comparison of empirical and controlled sedation methods. *Clin Intensive Care Int J Crit Coron Care Med*. 1994;5(5 Suppl):17-21.
22. Hall RI, Sandham D, Cardinal P, Tweeddale M, Moher D, Wang X, et al. Propofol vs midazolam for ICU sedation : a Canadian multicenter randomized trial. *Chest*. abril de 2001;119(4):1151-9.
23. Srivastava VK, Agrawal S, Kumar S, Mishra A, Sharma S, Kumar R. Comparison of dexmedetomidine, propofol and midazolam for short-term sedation in postoperatively mechanically ventilated neurosurgical patients. *J Clin Diagn Res JCDR*. septiembre de 2014;8(9):GC04-07.
24. Riker RR, Shehabi Y, Bokesch PM, Ceraso D, Wisemandle W, Koura F, et al. Dexmedetomidine vs midazolam for sedation of critically ill patients: a randomized trial. *JAMA*. 4 de febrero de 2009;301(5):489-99.
25. Effect of Sedation With Dexmedetomidine vs Lorazepam on Acute Brain Dysfunction in Mechanically Ventilated Patients: The MENDS Randomized Controlled Trial | Anesthesiology | JAMA | JAMA Network [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/209681>
26. Jakob SM, Ruokonen E, Grounds RM, Sarapohja T, Garratt C, Pocock SJ, et al. Dexmedetomidine vs Midazolam or Propofol for Sedation During Prolonged Mechanical Ventilation: Two Randomized Controlled Trials. *JAMA*. 21 de marzo de 2012;307(11):1151-60.
27. MacLaren R, Preslaski CR, Mueller SW, Kiser TH, Fish DN, Lavelle JC, et al. A randomized, double-blind pilot study of dexmedetomidine versus midazolam for intensive care unit sedation: patient recall of their experiences and short-term psychological outcomes. *J Intensive Care Med*. marzo de 2015;30(3):167-75.
28. A combined protocol for dexmedetomidine used in prolonged sedation in intensive care unit | Cochrane Library [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01707125/full>
29. Dexmedetomidine for Sedation in the Critical Care Setting: An Economic Assessment | CADTH [Internet]. [citado 17 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cadth.ca/dexmedetomidine-sedation-critical-care-setting-economic-assessment>
30. Herr DL, Sum-Ping STJ, England M. ICU sedation after coronary artery bypass graft surgery: dexmedetomidine-based versus propofol-based sedation regimens. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. octubre de 2003;17(5):576-84.

Elaborado por

Karen Huamán Sánchez¹

Revisado por:

Nora Reyes Puma¹

Diana Gonzales Zurita¹

¹ Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP), Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud.

Repositorio general de documentos técnicos UNAGESP:

<https://web.ins.gob.pe/es/salud-publica/publicaciones-unagesp>

NOTA: El Instituto Nacional de Salud es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud del Perú dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico. El Instituto Nacional de Salud tiene como mandato el proponer políticas y normas, promover, desarrollar y difundir la investigación científica-tecnológica y brindar servicios de salud en los campos de salud pública, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, alimentación y nutrición, producción de biológicos, control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines, salud ocupacional, protección del medio ambiente y salud intercultural, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. A través de su Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP) participa en el proceso de elaboración de documentos técnicos, basados en la mejor evidencia disponible, que sirvan como sustento para la aplicación de intervenciones en Salud Pública, la determinación de Políticas Públicas Sanitarias y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

ANEXO 1. Estrategias de búsqueda

1. Búsqueda y selección de GPC informadas en evidencias

Criterios de selección preliminares:

- La población de la GPC corresponde a adultos con COVID-19
- Incluye recomendaciones respecto al uso de sedación en pacientes con COVID-19 severo / crítico
- Idioma español, inglés o portugués
- Texto completo y anexos disponibles

Recurso	Fecha de búsqueda	Términos de búsqueda	Pre-seleccionadas
eCOVID-19 living map of recommendations (eCovid-19 RecMap)	22/10/2021	sedation	3
Base internacional de Guías Grade (BIGG)	22/10/2021	COVID-19 AND sedation	0
Guidelines International Network (GIN)	22/10/2021	COVID-19 AND sedation	0
COVID-19 Guidelines Dashboard	22/10/2021	COVID-19 AND sedation	0
National Institute for Health and Care Excellence - UK (NICE)	22/10/2021	COVID-19 AND sedation	0
Trip database	22/10/2021	COVID-19 AND sedation	0

Institución	Nombre de la GPC	Fecha de publicación	Tipo de GPC
Society of Critical Care Medicine (SCCM) and the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)	Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU	09/2018	Recomendaciones de novo

2. Búsqueda de estudios primarios en COVID-19

MEDLINE / Pubmed

Fecha de búsqueda: 22 de octubre de 2021

Nro	Componente	Estrategia de búsqueda	Resultados
#1	COVID-19	(((((COVID-19[MeSH Terms] OR (SARS-COV-2[MeSH Terms])) OR (coronavirus*[Title/Abstract])) OR ("corona virus"[Title/Abstract])) OR (COVID[Title/Abstract])) OR (COVID-19[Title/Abstract])) OR (COVID19[Title/Abstract])) OR (sars*[Title/Abstract])) OR ("severe acute respiratory syndrome"[Title/Abstract])) AND (("Propofol"[Mesh]) OR "Benzodiazepines"[Mesh] OR dexmetomidine)	68

Plataforma L-OVE para COVID-19 de la Fundación Epistemonikos

Fecha de búsqueda: 22 de octubre de 2021

Consulta	Resultado
sedation	390

MedRxiv

Fecha de búsqueda: 22 de octubre de 2021

Consulta	Resultado
full text or abstract or title: "COVID AND critical AND sedation"	149
Seleccionadas	0