

RECOMENDACIONES INTERSOCIETARIAS PARA ASIGNACIÓN DE RECURSOS BASADOS EN GUÍAS ÉTICAS, ATENCIÓN PALIATIVA Y CRITERIOS DE INGRESO/ EGRESO EN CUIDADOS CRITICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Sociedad Argentina de Medicina (SAM)
Sociedad de Medicina Interna de Córdoba (SMICBA)
Sociedad de Medicina Interna General (SAMIG)
Sociedad de Medicina Interna de La Plata (SMILP)
Sociedad de Medicina Interna De Santa Fe (SMISF)
Sociedad de Medicina Interna de la Costa Atlántica (SoMICA)
Asociación de Medicina Interna de Rosario (AMIR)
Asociación de Medicina Interna de Venado Tuerto (AMIVET)
Sociedad de Medicina Interna Pergamino (SMIP)
Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMYCP)
Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI)
Sociedad Argentina de Emergencias (SAE)
Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria (SAGG)
Red Bioética para Latinoamérica y El Caribe de UNESCO
Consejo Argentino de Resucitación (CAR)
Consejo de cuidados paliativos de la SAM
Sociedad Científica de Emergentología Argentina (SCEA)

Graciana Alessandrini ³	Manuel Klein ¹
Federico Baldomá ⁸	Viviana Luthy ¹⁷
Luis Cámara ¹	Julio Nemerovsky ¹³
Ariel Cherro ¹⁶	Ignacio Maglio ¹⁴
Patrcia Contreras ¹⁵	Pablo Malfante ⁶
Héctor Ferraro ¹¹	Jorge Manera ⁷
Bárbara Finn ¹	Héctor Musacchio ⁵
Nazareno Galvalisi ¹²	Isabel Pincemin ¹⁰
Analía García ²	Leandro Ranzuglia ⁹
Mónica Garea ¹⁵	Maximiliano Salvioli ⁴
	Pascual Valdez ¹

- 1. Sociedad Argentina de Medicina (SAM)**
- 2. Sociedad de Medicina Interna de Córdoba (SMICBA)**
- 3. Sociedad de Medicina Interna General (SAMIG)**
- 4. Sociedad de Medicina Interna de La Plata (SMILP)**
- 5. Sociedad de Medicina Interna De Santa Fe (SMISF)**
- 6. Sociedad de Medicina Interna de la Costa Atlántica (SoMICA)**
- 7. Asociación de Medicina Interna de Rosario (AMIR)**
- 8. Asociación de Medicina Interna de Venado Tuerto (AMIVET)**
- 9. Sociedad de Medicina Interna Pergamino (SMIP)**
- 10. Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMYCP)**
- 11. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI)**
- 12. Sociedad Argentina de Emergencias (SAE)**
- 13. Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria (SAGG)**
- 14. Red Bioética para Latinoamérica y El Caribe de UNESCO**
- 15. Consejo Argentino de Resucitación (CAR)**
- 16. Consejo de cuidados paliativos de la SAM**
- 17. Sociedad Científica de Emergentología Argentina (SCEA)**

INTRODUCCIÓN

Se presentan las recomendaciones sobre ética de asignación de recursos, procesos de triaje con criterios de ingreso y egreso de unidades de cuidados críticos y atención paliativa durante la pandemia. El panel interdisciplinario e intersocietario estuvo representado por bioeticistas y por especialistas vinculados al fin de la vida: clínicos, geriatras, emergentólogos, intensivistas, expertos en cuidados paliativos y en reanimación cardiopulmonar.

Se realizó una primera ronda donde los expertos expusieron sus documentaciones societarias, que se consolidaron en un primer borrador. Una segunda etapa donde se discute el mismo por parte de cada uno de los actores. En la tercera etapa se consolida un segundo borrador donde quedan plasmados los acuerdos y desacuerdos con sus respectivas argumentaciones y se discute el mismo para su aprobación como documento final. En todas las etapas se fueron incorporando nuevos documentos de la literatura.

El documento cuenta con un cuerpo central, dos anexos y la bibliografía consultada.

GUÍAS ÉTICAS PARA LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS INFECTADOS POR COVID-19

Estado de Situación:

El 11 de marzo de 2020, la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha declarado a la enfermedad epidémica COVID-19 como pandemia. Lo masivo del fenómeno a nivel mundial, y por un periodo sostenido (aunque extraordinario), clama a los sistemas sanitarios de cada región, brindar a su población, respuestas de atención seguras, efectivas y basadas en evidencia. Las cantidades de recursos sanitarios que hubieran sido suficientes, no mediando epidemia, resultan escasos frente a este escenario masivo de enfermedad, que atraviesa por distintos estados de gravedad, reposando la carga decisoria sobre el efector sanitario. En todos los casos, las **“Guías Éticas para asignación de recursos para atención de pacientes críticos infectados por COVID-19”**, aportara, cuanto menos, claridad para acompañar la decisión bajo criterios médicos, antropológicos, legales y bioéticos. No se puede ofrecer un recurso que no se dispone, pero siempre ha de ofrecerse aquel que reconforte y allí radica la condición de mínima. Estas guías velaran por la dignidad de pacientes y del personal de salud.

La necesidad de cuidados intensivos debe evaluarse acorde a la proporcionalidad terapéutica. En esta valoración, lo primero consiste en la valoración de los factores objetivos de naturaleza médico-técnica, a cargo del médico, quién debe evaluar la adecuación de los recursos con la particular situación del paciente. En este punto se define la proporcionalidad/desproporcionalidad del método.

El uso de cierto medio de conservación de la vida debe considerarse "proporcionado", en la medida (y hasta el momento) en que se demuestra adecuado, en una situación clínica determinada, al alcanzar un determinado objetivo de salud o de soporte vital.

La segunda fase radica en la valoración de los factores subjetivos (de naturaleza personal), donde cada paciente en conjunto con su familia valora la intervención. Reforzar la autonomía de los pacientes es esencial en tiempos de crisis, pero a sabiendas que la justicia debe prevalecer sobre la autonomía.

Está implícito que la aplicación de los criterios de racionamiento sólo se justifica después de que todas las partes involucradas hayan hecho todos los esfuerzos posibles para aumentar la disponibilidad de los recursos y después de haber evaluado cualquier posibilidad de traslado de pacientes a otros centros. Es importante que las políticas de acceso sean consensuadas y conocidas entre los operadores involucrados. Los pacientes y sus familias deben ser informados de

la naturaleza extraordinaria de las medidas vigentes, debido a una cuestión de deber de transparencia y mantenimiento de confianza en el servicio de salud.

I. Propósito

El objetivo de estas guías es proporcionar a los trabajadores de la salud e instituciones sanitarias un marco de actuación con bases éticas que coadyuve en la toma de decisión sobre los dilemas que se presentan en la atención de pacientes críticos afectados por COVID-19 en contextos de escasez, limitación de recursos y de alta demanda de insumos y atención médica.

La información disponible indica que aproximadamente 80% de las personas infectadas desarrollarán síntomas leves y no requerirán asistencia hospitalaria, mientras que 15% precisará cuidados intermedios o en salas generales y el 5% restante requerirá de asistencia en unidades de cuidados críticos.

Estas guías recomiendan criterios generales de asignación de recursos en base a consideraciones bioéticas enraizadas en los Derechos Humanos y sustentadas en el valor de la dignidad de la persona humana y principios sustanciales como la solidaridad, la justicia y la equidad.

Las guías son recomendaciones de alcance general y su utilidad consiste en acompañar y sostener las decisiones técnicas y científicas que tomen los distintos especialistas en la atención del paciente crítico. No es posible ofrecer "recetas" o algoritmos "a la carta". Se trata de orientaciones de naturaleza ética que, si bien no desplazan la responsabilidad individual y profesional, asumen un rol esencial a la hora de la toma de decisiones drásticas, aligerando el agobio o sufrimiento moral de los trabajadores de salud en esa primera línea de atención.

El Estado, en este caso, asume su responsabilidad en la elaboración de las guías en la comprensión que se trata de un deber ineludible en vista de las consecuencias que se devengan de las decisiones que se puedan tomar y que se vinculan directamente con la vida de las personas.

El rol protagónico del Estado evita la dispersión y las potenciales contradicciones entre lineamientos de los distintos actores comprometidos en la atención directa e indirecta de pacientes: instituciones sanitarias, sociedades científicas, agrupaciones gremiales y financiadores, entre otros.

La responsabilidad del contenido y alcances de estas guías es del Estado Nacional. Sin embargo, para su elaboración fue esencial el aporte de las instituciones que figuran en el anexo, sin cuya participación este documento no hubiese sido posible.

Las guías también se sustentan en la necesidad de ofrecer un proceder público y transparente, cuestión elemental para forjar la confianza pública y la aceptabilidad social y afianzar la conciencia moral de los trabajadores de la salud, protegiendo su integridad y su responsabilidad profesional.

En tiempos de expansión del COVID-19, afección sobre la que aún no hay tratamientos preventivos individuales (excepto la cuarentena, que es preventivo a nivel general), ni terapéuticos, las Naciones Unidas han expresado que debe realizarse una aproximación integral a la pandemia, aunando perspectivas técnicas, científicas, sociales y éticas.

La orientación de esta guía sigue los lineamientos del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, en general, y, en particular, los principios establecidos en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (DUBDH).

II. **Circunstancias de Justicia.**

La necesidad de pensar en justicia y establecer criterios éticos de asignación surgen a partir de la presencia de las denominadas circunstancias de justicia, que se caracterizan por la escasez de recursos, la heterogeneidad de la composición social y la disparidad de intereses que suelen exacerbarse en condiciones de superación de los recursos disponibles como en brotes de enfermedades y pandemias.

En cuanto a la escasez de recursos y dadas las características que presenta la pandemia por COVID-19, el principal criterio para la asignación es la transparencia. Se debe conocer y comunicar cuán escasos son los recursos disponibles, para lo que es preciso realizar un oportuno diagnóstico y una adecuada planificación. Así, en este primer nivel, las instituciones deberían realizar las siguientes previsiones:

- a) Ponderar lo más precisamente posible el devenir y progreso futuro de la pandemia a nivel nacional, regional y local.
- b) Describir y precisar los recursos disponibles: recursos humanos en general: cantidad de profesionales del equipo de salud (médicos, enfermeros, kinesiólogos) no intensivistas y geolocalización (primer nivel y clínicos en sala general), cantidad de trabajadores del equipo de salud entrenados en uso de respiradores (médicos, enfermeros, kinesiólogos intensivistas), cantidad de camas disponibles en UCI, cantidad de respiradores.
- c) Elaborar planes de reorganización y adecuación de servicios y del personal para incrementar la capacidad de respuesta institucional a la demanda.
- d) Dimensionar la demanda global y particular.
- e) Conocer la incidencia de la demanda sobre el total de los recursos disponibles y alternativas, que se dejan sin cobertura.

En esta etapa inicial, tanto la valorización y optimización de los recursos disponibles, como la estimación del avance de la pandemia, son indispensables y muy necesarios para el establecimiento ulterior de criterios de asignación.

El desarrollo eficaz de esta etapa inicial es esencial, ya que reduciría las hospitalizaciones a través de una justa reasignación ampliando distintos dispositivos de atención no habituales tales como atención en centros comunitarios, internación extrahospitalaria, sea domiciliaria o de otro tipo, Telemedicina, Teleasistencia, entre otros para la atención y el tratamiento de los pacientes sospechosos o infectados que no requieran ingreso a unidades de cuidado intensivo o intermedia.

En relación con la heterogeneidad de la composición social, estas guías pretenden superar las diferencias de criterios y homogenizar la determinación de necesidades preeminentes desde la perspectiva ética con enfoque de Derechos Humanos.

La disparidad de intereses puede exacerbarse en tiempos de desastre, en donde suelen potenciarse ciertas hegemonías que promueven una mercantilización de la salud, aprovechamiento inescrupuloso y corrupción. Para evitar ello es esencial anclar cualquier acción sanitaria en estrategias de solidaridad, participación y democracia.

La pandemia también permite redefinir los alcances y metas de la medicina, ya que no se trata solo de curar, sino, además, de aliviar el sufrimiento, de profundizar el cuidado de los que no pueden ser curados, de consolar en la agonía y procurar que las muertes se transiten en condiciones de paz y dignidad.

III. **Valores y Principios.**

Los valores y principios orientadores de estas guías son: el valor fundante de la Dignidad de la persona humana, la Solidaridad, la Justicia y la Equidad.

Al tratarse de guías y no de un manual o tratado de Bioética, se sintetizan los conceptos y alcances de estos principios, que sirven de sustento moral para la elaboración de los distintos criterios de asignación.

a) Dignidad.

El horizonte de todo criterio de asignación de recursos debe estar siempre orientado en el respeto por la Dignidad personal. Se trata de un valor esencial e intrínseco que permite considerar a todo ser humano como un fin en sí mismo, nunca como un mero medio, un portador de una singularidad y valor esencial, que lo transforma en un ser único e irrepetible.

Entre otras aplicaciones, el respeto por la dignidad impide considerar criterios de asignación de recursos que se vinculan con cuestiones ajenas a la esencia personal, tales como la edad, la valoración social, la discapacidad, entre otras. Se debe enfatizar la importancia de la calidad y el sentido de la vida para cada uno de los pacientes

b) Solidaridad.

La solidaridad debería ser el principio rector de la salud colectiva, en general y con mayor énfasis, en el abordaje a la pandemia. La solidaridad se presenta como un dique de contención frente a la desigualdad y la discriminación social. En la atención de la pandemia por COVID-19 cobra especial significado ya que sus víctimas aumentan en la misma medida que se acrecientan las fragilidades, las inequidades sociales, las vulnerabilidades y el estigma.

El verdadero valor de la solidaridad se expresa cuando quien recibe el gesto solidario carece de todo poder, como aquellos que sufren las consecuencias dañosas de la pandemia, personas mayores, personas con discapacidad, enfermos con comorbilidades, etc. Allí se refleja el auténtico sentido humanitario de la fraternidad y la sororidad.

La solidaridad no surge de un cálculo o práctica utilitaria, emerge del profundo deseo de ayudar al más débil, en donde la fragilidad es el terreno fértil de la solidaridad.

En materia de asignación de recursos la solidaridad se expresa en el valor de la cooperación social, en donde los trabajadores de la salud debidamente entrenados y capacitados la transforman en gestos claros como la empatía y la compasión.

La solidaridad se patentiza además en contextos de pandemia en la necesidad de fundamentar una transición conceptual de los cuidados centrados en la persona hacia la atención centrada en la comunidad, donde deben ponderarse con prudencia la afectación de derechos individuales por la protección del interés general y la salud colectiva.

La solidaridad en tiempos de pandemia no es la mejor opción, es la única opción.

c) Justicia y Equidad.

La justicia y la equidad son principios esenciales para la asignación de recursos, en tiempos de pandemia y de austeridad de los recursos. Se podría asegurar que la justicia es la primera virtud de cualquier sistema de elección o triaje. Si se trata de una situación injusta, por más eficiente y organizada que sea, es preciso revisarla.

La DUBDH expresa que se debe respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad.

Las situaciones donde la demanda de pacientes excede a la oferta de la capacidad instalada para atenderlos se denomina desastre. Es necesario implementar para su abordaje la gestión de crisis.

La necesidad de establecer un sistema de elección entre varios candidatos para obtener el recurso se realiza mediante el triaje, que significa separar, es decir discriminar entre las personas afectadas cual será la prioridad para el tratamiento indicado en cada caso. En

este punto es clave diferenciar cuando se trate de un mecanismo de discriminación negativo o positivo.

La discriminación negativa se manifiesta cuando la elección o exclusión se basa en un mecanismo que anula o resiente el goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de derechos humanos como el derecho a la vida y a la salud. Un claro ejemplo de discriminación negativa sería la exclusión por el mero hecho de la edad, sin consideraciones adicionales sobre valores pronósticos. Aquí claramente operan situaciones condenables de edadismo.

Por otra parte, la discriminación positiva operará cuando en el triaje los motivos de elección son razonables, objetivos y persiguen un propósito legítimo.

Las decisiones vinculadas a criterios derivados del principio de justicia deben ser transparentes, es decir públicas, conocidas y aceptadas por todos para garantizar el trato igualitario, consolidando así la confianza pública en las instituciones sanitarias y en los trabajadores del equipo de salud.

Un imperativo de justicia consiste en asegurar la participación de los sectores comprometidos con el trabajo asistencial durante la pandemia. En tal sentido, estas recomendaciones fueron producidas con la colaboración de las instituciones y asociaciones científicas que se mencionan en el anexo.

Del mismo, debe asegurarse un proceso de revisión y readaptación permanente de las recomendaciones, dado el carácter dinámico de la pandemia ya que, se trata de un proceso necesario para garantizar la aplicación y vigencia del principio de justicia.

IV. Criterios de Asignación en situación de crisis pandémica.

a) Aspectos generales.

Las decisiones vinculadas a la efectiva implementación de los principios de justicia y solidaridad en contextos de escasez y de saturación de los servicios de cuidados intensivos es uno de los dilemas que presenta mayor dificultad de resolución.

Es un dilema porque cualquiera sea la alternativa elegida, se transformará en un nuevo problema. La clave para la mejor toma de decisión es ponderar cual es la elección moralmente relevante, en donde exista la menor tensión posible entre los valores, principios y derechos en juego.

Los criterios de justicia utilizados tradicionalmente distinguían entre aquellos considerados neutrales y los no neutrales. Entre los primeros prevalecían aquellos en donde la información sobre los candidatos al recurso no era relevante, por ejemplo, la prioridad en el orden de llegada o la mera aleatorización, lotería, entre otros. Ante la evidencia de las limitaciones, precariedad del procedimiento e inequidad comenzaron a utilizarse criterios no neutrales. Inicialmente los más difundidos fueron la edad y el pronóstico.

Las tensiones clásicas giraron alrededor de posturas deontológicas y consecuencialistas. Unas privilegiaban los principios en juego, otras los resultados y la utilidades en cada proceso de elección.

Los criterios basados exclusivamente en la utilidad procuran maximizar los beneficios, mientras que aquellos con sostén en la equidad promueven asignaciones basadas en principios de justicia distributiva.

La pandemia por COVID-19 requiere una readecuación de los distintos criterios de asignación tradicionales. El nuevo y trágico escenario trae desafíos significativos, en donde el beneficio individual en algunos casos deberá ceder frente a la seguridad colectiva y el bienestar comunitario.

La asignación de los recursos debería estar dirigida al propósito de salvar la mayor cantidad posible de vidas y, al mismo tiempo, optimizar la calidad en la sobrevivencia. Es un desafío posible armonizar esquemas deontológicos y utilitaristas. Para ello las asignaciones deberán validarse desde el respeto por la dignidad, la justicia, la equidad y la solidaridad.

Los principios son conceptos de naturaleza general y aspiracional y el desafío es ponerlos en juego, darles vida y posibilidades de uso concreto. Para ello se desarrollan específicamente los criterios de asignación en estas guías.

La dinámica y desarrollo de la pandemia también influirá en la aplicación progresiva de los distintos criterios de asignación. En las fases tempranas podrían utilizarse estrategias neutrales como la atención de acuerdo al orden de llegada de los consultantes, luego frente al aumento de demanda se priorizará la atención de pacientes sintomáticos, hasta llegar a la atención exclusiva de enfermos críticos recuperables. Estas guías se orientan a la asignación de recursos en la atención del paciente crítico infectado por COVID-19 desde una perspectiva ética.

Los criterios de asignación técnicos, científicos y médicos que integrarán los criterios éticos, deberán ser el resultado de un amplio consenso entre las disciplinas y especialidades comprometidas en la atención de la pandemia, para luego ser adoptadas y emanadas por la autoridad de aplicación sanitaria a fin de garantizar su universalidad y aplicación uniforme.

b) Criterios de admisión y exclusión para el ingreso a Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)

1. Los criterios de admisión a las UCIs deben ser claros, transparentes, preestablecidos y de acceso público.

El ingreso inadecuado de pacientes a UCI suele ser el comienzo de un derrotero de sucesivas intervenciones fútiles. Este punto es crítico a la hora de prestar asistencia en etapas de sobresaturación de los servicios.

2. La admisión debe sustentarse en criterios objetivos, técnicos, neutrales y verificables.

2.1 La evaluación de ingreso a UCI debe realizarse sobre la base de criterios objetivos, técnicos y neutrales. Para ello, deben establecerse escalas de situación funcional, pronóstico y gravedad, contrastables con evaluación clínica objetiva y estudios de verificación, sobre la base del estándar científico de las especialidades médicas comprometidas en la atención del paciente crítico.

2.2 Las valoraciones sobre determinadas incapacidades, mentales y/o físicas, no deben ser utilizadas para la admisión en UCI, del mismo modo que las pronosis asociadas a supervivencia libre de discapacidad.

2.3 La edad considerada en modo aislado no debe ser considerada como un criterio independiente de ingreso a UCI.

2.4 Cualquier limitación de las establecidas en 2.2 y 2.3 contraría a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

2.5 En los criterios de admisión debe valorarse y estimarse como criterios de exclusión la presencia de patología y comorbilidades que sitúen al paciente en fases de enfermedades avanzadas, de improbable recuperabilidad, o terminales.

2.6 En aquellos casos en que exista incertidumbre significativa, se debería conversar con el paciente y/o allegado, que la admisión será condicionada y que frente a la evidencia de falta de recuperación se considerarán posibilidades de externación o traslado a cuidados paliativos si se modifican las circunstancias de ingreso originarias, con limitación de las medidas de sostén instauradas.

- 2.7 En todos los casos debe tratarse de pacientes graves, con compromisos orgánicos y/o funcionales que pudiesen abreviar el ciclo vital y que requieren estabilización a través de la administración de algún cuidado intensivo, con pronósticos de recuperabilidad lo más consistentes posibles.
- 2.8 Deberían excluirse a pacientes no graves, con parámetros que funcionan dentro de niveles aceptables o que debajo de dichos niveles puedan recibir asistencia en unidades de cuidados intermedios o de menor complejidad.

c) Criterios de abstención, asignación y retiro de la asistencia respiratoria mecánica (ARM).

1. La evaluación de los criterios de asignación de ARM (una vez que se haya establecido la indicación médica de la misma) deben estar precedidos por el agotamiento de todas las alternativas disponibles.

En algunas ocasiones, la ARM parecería ser la única alternativa disponible para pacientes con falla respiratoria. Sin embargo, de acuerdo a las consideraciones realizadas previamente y al tratarse de recursos críticos y escasos deberían previamente intentarse distintas alternativas a la ventilación mecánica, evaluando la proporcionalidad del recurso en cada caso.

Una alternativa promovida es la ventilación manual operada por familiares o voluntarios en contextos de desastre y de extrema necesidad (no habiendo otra alternativa más efectiva disponible en ese momento), asociados al agotamiento absoluto de los recursos, considerando que el mayor daño es suspender la ventilación, incorporando un modelo abreviado de consentimiento oral que incluya: conocimiento de no seguridad en su eficacia, riesgo de infección en el operador y transitoriedad de la medida.

Otras alternativas incluyen técnicas no recomendadas por el riesgo de aerosolización como la ventilación no invasiva en sus diversas formas o el uso de máscara reservorio con PEEP. Aunque no existe un consenso generalizado sobre su seguridad y eficacia, se sugiere en estos casos una adecuada ponderación en la seguridad, sobre todo la evaluación del riesgo de infección para el operador y la eficacia del proceso de las mismas, considerando además el sostenimiento de la medida y/o el agotamiento de los operadores. Por lo tanto, se podría proponer cuando la posibilidad de recuperación sea elevada y que se trate de una medida transitoria, durante un tiempo determinado definido previamente.

2. Los criterios vinculados a la asignación de ARM también deben ser ser claros, transparentes, preestablecidos y de acceso público.

El establecimiento de prioridades de uso para la ventilación mecánica debe ser conocido por todos, en particular por la comunidad, por la población afectada y sus allegados. Ello redundaría en el aumento y consolidación de la confianza pública en los equipos asistenciales, además de generar un alivio en la conciencia moral de los trabajadores de la salud de la primera línea de atención.

3. Los criterios de asignación para ARM también deben ser objetivos, técnicos, neutrales y verificables.

En situaciones pandémicas debería evitarse la improvisación y la arbitrariedad en la atención de la emergencia, sobre todo en la asignación del uso de ARM. Para ello es sustancial tener criterios objetivos, de naturaleza técnica, neutrales y verificables.

Distintos autores han sugerido utilizar distintos scores y puntuaciones. Desde el punto de vista ético deben preferirse aquellos que contengan las características descritas, además de contar con facilidad en el cálculo y apreciación independiente para evitar pruebas que

puedan retrasar la evaluación. Por último, deberán reflejar lo más cabalmente la pronóstico de recuperabilidad.

El propósito en la elección deber estar orientado al beneficio clínico, considerando el pronóstico, la presencia de enfermedades subyacentes y concomitantes, como así también la duración previsible en la utilización del recurso, criterio sometido a la evidencia que va proponiendo la constante evolución dinámica de la pandemia por COVID-19.

Los criterios deben ser confirmados periódicamente y estar sujetos a controles auditables por la autoridad de aplicación.

4. Los criterios deben reflejar el más alto nivel de consenso posible entre todas las instituciones sanitarias y los trabajadores de la salud.

La homogeneización de los criterios de asignación, limitación y retiro de ARM deben surgir del consenso de todas las partes y actores involucrados. Ello brindará consistencia y universalidad, despejando posibilidades de improvisación y ejecución de errores insalvables.

5. Cada institución debe valorar la posibilidad de generar un consenso propio en base a su realidad local, con participación de sectores involucrados en el fin de la vida (intensivistas, clínicos, emergentólogos, geriatría y cuidados paliativos, además del comité de bioética), para adaptación local de estas recomendaciones, y poder realizar normativas institucionales que superen las pautas individuales de cada servicio involucrado, a fin que todo el equipo de salud de la misma institución maneje los mismos códigos.

6. Las personas que integren el grupo de asignación (triaje) deben ser especialistas con experiencia en cuidados críticos, con liderazgo institucional y ser ajenos a la atención del paciente candidato.

El grupo de trabajadores de la salud que integre el grupo de asignación, triaje, debe conformarse con aquellos agentes que representen las distintas especialidades involucradas (clínica médica, emergentología, geriatría, terapia intensiva), con experiencia acreditada en cuidados críticos y asistencia respiratoria. Ninguno debería pertenecer al equipo tratante del paciente. La evaluación debe realizarse con la información clínica disponible de forma anónima, con protección de la identidad del paciente, salvo información personal relevante como la edad.

Es importante que el equipo tratante conozca la metodología para la toma de la decisión y que reconozca que debe aceptar la decisión porque es la mejor que se puede tomar en ese caso particular. Lo ideal es tener liderazgo y consenso. El líder decide y el trabajador del equipo de salud acepta consensuadamente.

7. La edad como criterio autónomo no debe ser un criterio de abstención y/o retiro de ARM.

La edad, en particular en adultos mayores, no debe constituirse como un criterio de asignación autónomo. Deberá valorarse con las condiciones clínicas del candidato al recurso. Los criterios de exclusión sustentados en la edad son considerados casos de edadismo. Este concepto está contemplado además en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores que fue ratificada por la República Argentina por la Ley 27360.

Si bien las complicaciones graves son poco frecuentes en esta pandemia, en particular, en el caso de niñas, niños y adolescentes la edad opera como un criterio de prioridad, basado en la promoción del más alto interés del niño, principio consagrado en la Convención Internacional de Derechos del Niño.

8. Las decisiones anticipadas o presentes del paciente, o en su defecto de la familia y allegados deben tenerse presentes, salvo que su implementación derive en supuestos de manifiesta obstinación y futilidad.

Previamente a la evaluación del equipo de asignación, debe consultarse al paciente, o a sus allegados, si existe alguna directiva anticipada. En caso positivo, debería reactualizarse su contenido ya que en general la planificación de decisiones anticipadas se realiza en contextos donde, en general, no existían previsiones vinculadas a situaciones pandémicas

9. Los trabajadores de la salud podrán ofrecer decisiones informadas vinculadas al retiro del soporte vital.

La experiencia de trabajadores en ámbitos de cuidados intensivos da cuenta que existen distintas situaciones en las que las decisiones son tomadas sin el consentimiento del paciente o allegados. Se han descripto situaciones de agudeza de la situación clínica (parada cardiocirculatoria, shock, entre otras), procesos de toma de decisión impostergable (reanimación, intubación, implante marcapaso transitorio, entre otras) o por valoración irrecurrible de futilidad.

En esas apremiantes circunstancias que impone la pandemia las decisiones informadas serían superadoras del proceso de consentimiento informado tradicional ya que es el profesional tratante quien asume la responsabilidad plena de la decisión, en lugar del propio paciente o allegado. Se ha descripto que en algunos casos las familias están más dispuestas a esta forma de decisión al comprender y evitar el alto costo emocional que puede derivarse de la toma de decisión por ellos mismos.

10. La asignación deberá ser aleatoria cuando los pacientes candidatos tengan la misma evaluación clínica y pronóstico.

En aquellos casos en que los pacientes tengan el mismo pronóstico y probabilidad de recuperación, en base al puntaje y score para la asignación del uso de ARM, la alternativa moralmente neutra es la asignación aleatoria, es decir debe instaurarse un proceso de elección por azar o lotería.

11. Los criterios de asignación de ARM aún en contextos de pandemia por COVID-19 se aplican a todos aquellos pacientes que reúnan los criterios, se encuentren o no infectados por COVID-19.

12. Criterios de asignación basados en discriminación positiva promueven la priorización de niños, adolescentes y personas gestantes en el acceso y uso de ARM.

13. Los criterios de abstención y retiro de la ARM deberán fundamentarse en hechos y evaluaciones consistentes con la irreversibilidad funcional e irrecuperabilidad sistémica

Las pautas y recomendaciones de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) sobre abstención y retiro del soporte vital en la atención del paciente crítico mantienen plena vigencia. En síntesis podrían detallarse las siguientes circunstancias donde sería mandatorio el retiro:

13. 1. Cuando no existan evidencias de haber obtenido la efectividad buscada (ausencia de respuesta en la sustitución del órgano o función) o existan eventos que permitieran presumir que tampoco se obtendría en el futuro.

13.2. Cuando solo se trate de mantener y prolongar un cuadro de inconciencia permanente e irreversible.

13.3. Cuando el sufrimiento sea inevitable y desproporcionado al beneficio médico.

13.4. Cuando la presencia de irreversibilidad manifiesta del cuadro clínico, por la sucesiva claudicación de órganos vitales, induzca a estimar que la utilización de más y mayores procedimientos no atenderán a los mejores intereses del paciente.

En el proceso de retiro del soporte debe preverse situaciones en donde pueda prolongarse la agonía. Para ello deben implementarse protocolos que aseguren la debida comunicación a las familias y allegados, acciones de mitigación del sufrimiento y aseguramiento del confort y previsión de las áreas de derivación del paciente, mediante la intervención del equipo de cuidados paliativos.

14. En casos de divergencia entre el equipo de Triage y los médicos tratantes es recomendable la intervención expedita del Comité de Bioética.

15. Ordenes de No Reanimación/Resucitación.

Las órdenes de no reanimación/resucitación (ONR) no son una práctica extendida en nuestro medio. Así todo, en el ingreso a las UCIs debería requerirse a pacientes y/o allegados si desean formular algún tipo de ONR.

Frente a la ausencia de ORN, los equipos asistenciales deberán valorar y ponderar caso por caso los potenciales beneficios frente a los riesgos de adquisición de la infección del operador que ejecuta la maniobra.

No deberían plantearse de modo general abstenciones de ONR en todos los casos de atención de pacientes infectados por COVID-19.

d) Atención Paliativa.

Las instituciones que atiendan pacientes críticos afectados por COVID-19 deben contar con servicios de Atención Paliativa, con personal especializado y provisión continua de elementos y medicamentos que garanticen el desempeño de los cuidados paliativos de acuerdo a los estándares de la especialidad.

La función de los equipos de cuidados paliativos es fundamental durante el transcurso de la epidemia, en especial en la atención integral y continua de aquellos pacientes no ingresados o externados de las UTIs.

En todos los casos en donde se limite el esfuerzo terapéutico a un paciente en función de su pronóstico deberá asegurarse la debida comunicación a las familias y allegados, acciones de mitigación del sufrimiento, aseguramiento del confort y previsión de las áreas de derivación del paciente, mediante la intervención del equipo de cuidados paliativos

Luego de realizado el proceso de triaje y habiéndose definido aquellos pacientes que no son candidatos a recibir medidas de sostén vital y cuidados intensivos se postula que es fundamental que no sean abandonados y se les proporcione una atención adecuada desde los Cuidados Paliativos. En este sentido, es conveniente adecuar espacios para pacientes con corta expectativa de vida, para evitar sobrecargar a los trabajadores de atención médica de primera línea que padecerán el estrés de ver que sus pacientes fallecen con síntomas no controlados y no podrán actuar a veces con la pericia conveniente.

Se requiere de un sistema de triaje para identificar a los pacientes con mayor necesidad de atención especializada. Se consideran de mayor riesgo a:

1. Pacientes con necesidades complejas de control de síntomas.
2. Pacientes en seguimiento o manejo por un especialista en cuidados paliativos.
3. Pacientes cuyos síntomas no se hayan controlado adecuadamente mediante protocolos estandarizados.
4. Pacientes gravemente enfermos que no sean candidatos a tratamientos invasivos debido al sistema de triaje.

Si bien desde cuidados paliativos se valoran la empatía, la contención y el soporte espiritual como parte de un abordaje holístico, en el caso de la pandemia por COVID-19 la telemedicina sirve para cuidar al personal y además poder llegar a más persona optimizando el recurso. Aun el encuentro con familiares podría ser exposición a personas infectadas asintomáticas. Por otro lado, si se piensa en extremar las medidas de cuidados para el equipo de paliativos, se estarían utilizando elementos de protección personal (elementos escasos) que deben priorizarse para quienes asisten a los pacientes graves. Debería poder garantizarse a todos el acceso a estos dispositivos y la facilitación de su uso considerando que muchos pacientes serán adultos mayores y no todos dominan las tecnologías o las tienen a su alcance.

Desde una perspectiva ética se puede asumir como criterios:

1. Protección contra daños. Una pandemia y un sistema de clasificación pueden generar angustia física y emocional significativa. Tenemos la obligación de proteger a quienes sufren los efectos de la pandemia y el sistema de clasificación.
2. Proporcionalidad. La administración de los recursos en cuidados paliativos debe reflejar las necesidades de la comunidad y proporcionar cuidados paliativos de alta calidad a los necesitados. Los medicamentos, equipos, camas y los especialistas no deben "acumularse" cuando otros en la comunidad los necesitan.
3. Deber de brindar atención. Los cuidados paliativos son un componente crítico de cualquier plan de clasificación pandémica, y los profesionales de cuidados paliativos tenemos la obligación de brindar atención y aliviar el sufrimiento. Siempre debemos equilibrar este deber con las obligaciones en competencia para proteger nuestra propia salud y la de nuestras familias.
4. Reciprocidad. Deberíamos enfocar mayores recursos paliativos en pacientes que asumen una mayor carga en el sistema de clasificación, como los pacientes críticos que no son candidatos a recibir terapia de soporte vital. Estos pacientes (y sus familias) corren un gran riesgo de sentirse abandonados por el sistema de atención de salud y deben recibir atención orientada a objetivos terapéuticos de confort por un equipo interdisciplinario en cuidados paliativos.
5. Equidad. Debemos asegurarnos que los cuidados paliativos de alta calidad estén disponibles para todos los pacientes que puedan necesitarlos, independientemente de su ubicación.

e) Cuidado y Protección de los Trabajadores de la Salud (TS).

La protección y cuidado de la salud, integridad y vida de los TS es un elemento esencial en el trabajo de contención y mitigación de la pandemia por COVID-19.

Las instituciones responsables deben garantizar las condiciones materiales, psicológicas y espirituales que garanticen prácticas eficaces y seguras para todos los TS.

1. Los TS asumen el deber de brindar cuidado a todos los pacientes en la medida que cuenten con todos los elementos de protección personal (EPP) de acuerdo a la intensidad y grado de exposición al contagio de cada tipo de prestación asistencial. Fente a la ausencia de la provisión continua y permanente de EPP, ningún TS puede ser conminado a prestar servicios.
2. Los TS deben tener asegurado la cobertura por enfermedad profesional en las hipótesis de adquisición ocupacional del COVID-19 y, del mismo modo, cuando fuere necesario el acceso a un fondo catastrófico de parte del trabajador incapacitado o sus derechohabientes.
3. Los TS que desarrollan tareas con pacientes infectados con COVID-19 (tanto en la atención Prehospitalaria, Servicios de Emergencias, Internación General y Terapia Intensiva) deben ser reconocidos en sus esfuerzos a través del otorgamiento de garantías de dotaciones de personal suficientes que

garanticen adecuadas rotaciones y periodos de descanso y alimentación suficientes.

4. Si bien desde el punto de vista moral es cuestionable el planteo de objeción de conciencia de aquellos TS que desarrollan tareas con pacientes infectados con COVID-19 (tanto en Servicios de Emergencias, Internación General y Cuidados Intensivos) que manifiesten discrepancias éticas e imposibilidad irrefrenable de realizar limitación de esfuerzos terapéuticos, en esos casos deberán ser asignados a otro tipo de tareas asistenciales, en la medida en que no se resienta la atención de pacientes en estado crítico.

f) Comités de Bioética.

Los comités de Bioética (COB) deben asumir un papel protagónico y esencial en el trabajo en la pandemia por COVID-19. En particular, deberán ajustar sus procedimientos a las necesidades de los TS que se desempeñan en servicios de atención y cuidados críticos. Para ello deberían establecerse algunas pautas particulares en sus Procedimientos Operativos Estandarizados (POEs).

1. Deberían reforzarse grupos de desprendimiento de los COBs formados por tres miembros para que actúen como “Unidades de Apoyo Etico”, ofreciendo servicios ad hoc y de urgencia en todos aquellos casos en que sean requeridos.
2. La participación de los COBs es esencial en la aplicación, ejecución y monitoreo de las presentes guías.
3. El COB debe intervenir de modo urgente y apropiado en aquellos casos en que exista divergencia de opinión entre el equipo de asignación (Triaje) y el equipo tratante.
4. El COB debe readecuar sus POEs para la generación de reuniones virtuales, como así también modificaciones de quorum que permitan revisiones expeditas y ejecutivas.
5. El COB debe mantener interrelación fluida y permanente con las UCIs y los servicios de Atención Paliativa.

Consentimientos informados

Respecto a consentimiento informado para el uso de medicación off label en COVID19, el mismo debe solicitarse a los pacientes o a sus familiares en caso que el mismo no esté en condiciones de lucidez en ese momento, y se recomienda que sea verbal o mediante fotografía del documento, sin firma. En caso que el paciente no esté en condiciones de brindar el consentimiento y no esté presente la familia y no se pueda establecer comunicación telefónica, se procederá a iniciar el tratamiento y se solicitará posteriormente el consentimiento diferido. La información del profesional y el consentimiento del paciente y/o familia deben ser claros y precisos. Se recomienda obtener el consentimiento desde el primer contacto entre el sistema de salud y el paciente.

ANEXO 1

CRITERIOS DE INGRESO/ EGRESO EN CUIDADOS CRITICOS

Hay 2 miradas:

- ✓ Los adultos mayores y las comorbilidades
- ✓ Los escasos recursos en cuidados críticos

Los adultos mayores y las comorbilidades

Considerando que la mayoría de los fallecidos son adultos mayores, existen múltiples consideraciones éticas a la hora de definir las acciones de soporte vital avanzado o su suspensión; la toma de decisiones es multimodal; requiere de un protocolo que debe ser monitorizado y revisado de forma continua (evolución del número de casos y gravedad, recursos técnicos, y humanos disponibles, camas etc.). La estrategia de "primero que llega, primero se atiende" terminará en un uso irracional de los recursos.

Las evaluaciones comprenderán los siguientes dominios:

- ✓ Comorbilidades
- ✓ Fragilidad
- ✓ Performance Status
- ✓ Expectativa de vida
- ✓ Scores geriátricos

Comorbilidades	Fragilidad
<ul style="list-style-type: none">✓ Índice de Charlson✓ Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]✓ Index of Coexisting Diseases [ICED]✓ Kaplan-Fenstein Index)✓ Autoreferida por el paciente (Comorbidity Symptom Scale)✓ Geriatric Index of Comorbidity [GIC]✓ Total Illness Burden Index)	<ul style="list-style-type: none">✓ K. Rockwood, X. Song, C. MacKnight, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ., 173 (2005), pp. 489-495✓ Otras escalas
Performance Status	Expectativa de vida
<ul style="list-style-type: none">✓ KARNOVSKY✓ ECOG- PPS	<ul style="list-style-type: none">✓ Pacientes Pluripatológicos: índice PROFUND✓ Personas con enfermedad crónica avanzada no oncológica: índice PALIAR✓ Oncológicos/Paliativos: PPI✓ Instrumento NECPAL (comorbilidades y oncológicos)
Escalas geriátricas	
<ul style="list-style-type: none">✓ AIVD✓ ABVD✓ Barthel	

Es fundamental que las instituciones definan criterios basados en la clínica y algunos scores como los mencionados precedentemente.



BI: Índice de Barthel

Los escasos recursos en cuidados críticos

La asignación de camas de cuidado crítico es una opción compleja y muy delicada, también debido al hecho de que un aumento excesivo de las camas intensivas extraordinarias no garantizaría una atención adecuada para pacientes individuales y distraería recursos, atención y energía a los pacientes restantes ingresados en Cuidados Intensivos.

- Buscando la maximización de los beneficios para el mayor número de personas para la asignación de camas intensivas se tendrán en cuenta los siguientes criterios:
 - ☐ Presencia de comorbilidad y estado funcional del paciente
 - ☐ Expectativa medica razonable de beneficio
 - ☐ Criterios de definición de pacientes paliativos
 - ☐ Existencia de directivas anticipadas
- Para los pacientes para quienes el acceso a un tratamiento intensivo se considera "inapropiado", la decisión de establecer un límite de atención debe ser comunicada y documentada
- En el proceso de toma de decisiones, si surgen situaciones de dificultad e incertidumbre particulares, puede ser útil tener una segunda opinión.
- En la medida de lo posible, estos criterios deben ser discutidos y definidos para cada paciente tempranamente. Cualquier instrucción de limitar el esfuerzo terapéutico debe estar presente en el registro médico
- La sedación paliativa para manejo de los síntomas (disnea) es una obligación en aquellos pacientes no pasibles de tratamiento invasivo.
- Diariamente debe reevaluarse la adecuación del tratamiento, los objetivos de atención y la proporcionalidad de la atención.
- La decisión de limitar los cuidados intensivos debe discutirse y compartirse de la manera más colegiada posible del equipo tratante y, en la medida de lo posible, en diálogo con el paciente (y los miembros de la familia).
- Es importante establecer redes a través del intercambio de información entre centros y profesionales. Cuando las condiciones de trabajo lo permitan, al final de la emergencia, es

importante dedicar tiempo y recursos para informar y monitorear cualquier agotamiento angustia profesional y moral de los operadores.

Se sugiere que cada institución fije los criterios a adoptar y los vaya modificando en base a la dinámica de desarrollo de la pandemia y del desequilibrio demanda/recursos.

Debe existir una estrecha colaboración entre la UCI y los otros servicios que puedan estar implicados en la atención inicial de los pacientes (urgencias, medicina interna), así como con los servicios de emergencias extrahospitalarias.

Clásicamente los criterios de ingreso en UCI se pueden dividir en un modelo de 4 prioridades:

Pacientes con Prioridad 1

Serán pacientes críticos e inestables. Necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva, depuración renal continua, Requisito de soporte hemodinámico con agentes vasoactivos.

Pacientes con Prioridad 2

Pacientes que precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. Son pacientes que no estarán ventilados de forma invasiva, pero con altos requerimientos de oxigenoterapia con PaO₂/FiO₂ menor de 200 o menor de 300 con fracaso de otro órgano.

Pacientes con Prioridad 3

Se trata de pacientes inestables y críticos que tienen pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos como, por ejemplo, no intubar y/o no intentar la reanimación cardiopulmonar.

Pacientes con Prioridad 4

Pacientes cuyo ingreso no está generalmente indicado debido a un beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo. Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente su muerte.

En una situación de falta de recursos se priorizarán los ingresos en UCI de pacientes con Prioridad 1 en aquellos hospitales que dispongan de dispositivos de cuidados intermedios, dejando estos últimos para los pacientes con Prioridad 2.

Los pacientes de Prioridades 3 y 4, en casos de crisis, no ingresarán en unidades de cuidados intensivos.

Criterios generales de exclusión:
<ul style="list-style-type: none">- Pacientes con mal pronóstico a pesar de admisión en UTI.- Pacientes que requieren recursos que no se pueden proporcionar.- Pacientes con buen estado general y que no cumplen de forma estricta criterios de gravedad
Criterios específicos de exclusión
<ul style="list-style-type: none">- Deseos del paciente (instrucciones anticipadas, etc.)- Traumatismo severo con Trauma Injury Severity Score (TRISS) con mortalidad predicha del 80%

- Quemaduras severas en pacientes que cumplan 2 criterios de los siguientes: >60 años, 40% de la superficie corporal total afectada o lesión por inhalación.
- Paro cardiorrespiratorio (PCR) no presenciado, ritmo no desfibrilable o recurrente o un segundo PCR en menos de 72h del primero.
- Deterioro cognitivo severo.
- Enfermedad neuromuscular avanzada sin posibilidad de tratamiento.
- Enfermedad maligna metastásica con mal pronóstico de sobrevida a corto plazo con metastásica con alguno de los siguientes: ECOG: ≥ 2 , enfermedad progresiva o estable bajo tratamiento, riesgo de mortalidad > 50% en 1 año, tratamiento experimental.

- Paciente con inmunodepresión avanzada e irreversible.
- Evento neurológico severo e irreversible (Hemorragia intracerebral con puntaje ICH modificado de 3-7, Hemorragia subaracnoidea con Glasgow < 12, Accidente Cerebro Vascular con NIHSS ≥ 22)

- **Enfermedad neurológica degenerativa avanzada**
- Demencia severa, broncoaspiración recurrente
- Insuficiencia orgánica en estado avanzado o final: o Insuficiencia cardíaca NYHA clase III o IV o EPOC con FEV1<25%, Hipertensión pulmonar secundaria, fibrosis quística con FEV1<30% post broncodilatador, fibrosis pulmonar con TLC<60%, EPOC GOLD 4 o con FEV1 <25% o cor pulmonale, Enfermedad renal crónica en etapa V (KDIGO), Hipertensión pulmonar primaria con NYHS clase III o IV, necesidad de oxigenoterapia domiciliaria a largo plazo, o Fracaso hepático con Child-Pugh score >7 o Cirugía electiva paliativa.

Triaje durante la estancia en la UCI

Los pacientes en la UCI deben ser evaluados regularmente (al menos cada 48 horas) y por varios profesionales. Si no hay mejora, o un deterioro, en el estado de salud, se debe decidir si el tratamiento continuará o si se debe cambiar el objetivo del mismo y entonces el paciente debe recibir cuidados paliativos y salir de la UCI. Esto también se aplica a todos los demás pacientes (no COVID-19).

Alta de la UCI por mejoría	Permanece en UCI por buena respuesta	Mala evolución (pasar a cuidados paliativos)
Paciente extubado con respiración espontánea.	Si hay estabilización o mejora de la oxigenación y ventilación, o de la disfunción de órgano con estabilización o mejora de la hemodinamia.	PCR con mal status neurológico post retorno a la circulación espontánea Shock irreversible SOFA en deterioro, varios órganos disfuncionantes Sin mejoría en el estado respiratorio o hemodinámico Sin evidencia de respuesta terapéutica

En el siguiente cuadro se muestra el criterio elegido como guía para la priorización de los pacientes basado en la presencia de fallas orgánicas. **Las personas con el puntaje acumulado más bajo recibirían la máxima prioridad para recibir ventilación mecánica y servicios de cuidados críticos.** Se debe discriminar positivamente a niños, adolescentes y gestantes.

Los pacientes pediátricos pueden necesitar ser considerados por separado, ya que pueden requerir el uso de diferentes ventiladores mecánicos.

		1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos
Salva la mayoría de las vidas	Pronóstico para supervivencia a corto plazo (Score SOFA)	Score SOFA < 9	Score SOFA 9 - 11	Score SOFA 12-14	Score SOFA > 14
Salva la mayor cantidad de años de vida	Pronóstico para supervivencia a largo plazo (evaluación médica de condiciones de comorbilidad)	Sin comorbilidad que limite la supervivencia a largo plazo	Comorbilidad menor con pequeño impacto en la supervivencia a largo plazo	Comorbilidad mayor con substancial impacto en la supervivencia a largo plazo	Comorbilidad severa; muerte probable dentro de 1 año
Principio del ciclo de vida	Priorizar a quienes han tenido menos oportunidad de vivir a través de las etapas de la vida (edad en años)	Edad 0– 49 años	Edad 50 – 69 años	Edad 70 -84 años	Edad > 85 años

ANEXO 2

RECOMENDACIONES PARA EL CONTROL SINTOMÁTICO DE PERSONAS AFECTADAS POR LA ENFERMEDAD COVID 19, QUE REQUIERAN DE ATENCIÓN PALIATIVA

- ✓ **Planificación**
- ✓ **Comunicación en situaciones específicas COVID-19**
- ✓ **Control de síntomas frecuentes**
- ✓ **Protocolo de sedación paliativa**
- ✓ **Intervención específica del equipo de Cuidados Paliativos**
- ✓ **Situación de últimos días**

PLANIFICACIÓN

Para lograr la atención paliativa en este contexto de aumento de la demanda, deberán preverse:

COSAS	PERSONAL	ESPACIO	SISTEMA
Almacenar medicamentos para síntomas comunes: Opioides, haloperidol, metoclopramida, hioscina, etc.	Identificar a todos los profesionales con experiencia en cuidados paliativos (médicos y enfermería especializados).	Identificar salas y áreas clínicas apropiadas para acomodar pacientes con expectativa de vida corta en todos centros de salud.	Crear un sistema de triaje para identificar pacientes necesitados de cuidados paliativos especializados.
Almacenar equipos para administrar medicamentos: catéteres subcutáneos, infusores.	Capacitar al personal de primer contacto de atención en el manejo sintomático y el cuidado al final de la vida.	Maximizar el uso de las unidades de cuidados paliativos, hospices y camas hospitalarias.	Crear un sistema de triaje para las transferencias dentro de una institución, a otras instituciones y hacia la comunidad.
Preparar kits con medicamentos y equipo para la administración de medicamentos en instituciones de larga estadía y atención domiciliaria.	Desarrollar protocolos estandarizados para el manejo de síntomas y cuidados al final de la vida.		Crear un sistema de consulta directa de apoyo para personal en hospitales, instituciones de larga estadía, y de atención domiciliaria por teléfono o telemedicina.
	Involucrar trabajadores especialistas para proporcionar apoyo psicosocial y asesoramiento en duelo: psicólogos, trabajadores sociales, acompañantes espirituales.		Asegúrese de que todos los pacientes admitidos en instituciones de salud tengan su documento de voluntades anticipadas actualizado o familiares cercanos.

COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECÍFICAS COVID-19

Ante la pandemia actual de COVID 19, es necesario garantizar el control sintomático y el acompañamiento de los pacientes como así también el soporte emocional necesario a sus familiares, destacando la importancia de una atención cercana, individualizada y compasiva, atendiendo los distintos niveles de sufrimiento. En este contexto, no debe perderse de vista que el proceso de morir merece seguir siendo cuidado y humanizado.

En este contexto debe limitarse la asistencia presencial, y mejorar el acceso por otras vías (teléfono, videollamada) tanto para pacientes como para familias. En algunos países, se habilitaron espacios en la UCI para pacientes en fin de vida con el acceso de algún familiar y se utilizaron camisolines reutilizables para no incidir en los EPP. También debe considerarse que el material desechable requiere una limpieza y exposición de la persona que lo realiza.

Esta probabilidad presencial mínima debe valorarse a nivel de cada institución con su logística local, evaluando las instalaciones y con decisiones institucionales basadas en reducción de riesgos de todas las personas involucradas.

Estas recomendaciones están especialmente dirigidas para los pacientes COVID 19 que, después del triaje realizado, no sean candidatos a ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos, pero que se encuentren con una carga sintomática grave que requiera de una atención paliativa para aliviar síntomas y sufrimiento.

Recomendaciones generales:

☒ Posibilitar y facilitar el contacto con un referente afectivo a distancia (video llamada, llamada telefónica o video contacto), teniendo en cuenta los criterios epidemiológicos de aislamiento vigente cuando el paciente se encuentre con un pronóstico de vida limitado en sala común.

☒ Indagar en la existencia de documento de voluntades anticipadas. De no contar con ello evaluar incluirlo en el protocolo.

☒ Indagar en la necesidad de sostén espiritual de los pacientes (atención de ministros religiosos, etc.).

☒ Fortalecer las herramientas de la comunicación como la empatía, escucha activa, compasión y respeto.

☒ Desde una perspectiva bioética, los profesionales de la salud deben enmarcar su práctica en los siguientes principios:

o Deber de brindar atención. Los cuidados paliativos son un componente crítico de cualquier plan de clasificación pandémica, y los profesionales tenemos la obligación de brindar atención y aliviar el sufrimiento equilibrando este deber con las obligaciones en competencia para proteger nuestra propia salud y la de nuestras familias.

o Equidad y reciprocidad. Deberíamos enfocar mayores recursos paliativos en pacientes que asumen una mayor carga en el sistema de clasificación, como los pacientes críticos que no son candidatos a recibir terapia de soporte vital. Estos pacientes (y sus familias) corren un gran riesgo de sentirse abandonados por el sistema de atención de salud y deben recibir atención orientada a objetivos terapéuticos de confort por un equipo interdisciplinario en cuidados paliativos.

CONTROL DE SÍNTOMAS FRECUENTES

☒ Utilizar la medicación en infusión continua (endovenosa o subcutánea en bomba 21ml/h o macrogoteo a 7 gotas x min) con el objetivo de minimizar las visitas presenciales por parte de personal sanitario y disminuir el riesgo de contagio.

☒ Extremar las medidas de seguridad y protección por parte del personal sanitario según las indicaciones del Ministerio de Salud en cuanto a la atención y cuidados de personas afectadas, confirmadas o con alta sospecha de afectación por COVID 19.

Síntomas más frecuentes

SÌNTOMAS	FÁRMACOS	FORMA DE ADMINISTRACIÓN	COMENTARIOS
DISNEA	Morfina (amp: 1 ml/10mg)	Dosis de inicio: 2.5 mg IV (en 10 ml de Sol. Fisiológica) o SC, en bolo. Dosis de mantenimiento: Disnea leve: 15 mg/24 hs en 500 ml SF por BIC o macrogoteo. Disnea moderada: 30 mg/24 hs en 500 ml SF por BIC o macrogoteo Disnea grave: pautar cada 4 hs y ajustar dosis según respuesta o efectos secundarios.	Ajustar dosis en función de la respuesta. Vigilar la NEUROTOXICIDAD (Alucinaciones, sedación intensa, mioclonías, confusión). En ese caso reducir dosis de morfina 50% e hidratar.
	Oxigenoterapia Corticoides Decúbito prono	Mantenerlos si los tiene indicados o pautar 4 mg de dexametasona/24hs por la mañana.	A pesar de la incomodidad para el paciente, puede mejorar la oxigenación.
TOS	Dextrometorfano Codeína	15-30 mg c/ 6 hs. O 30-60 mg/día VO c/6 hs.	Si no hay respuesta retirarlos y utilizar morfina igual dosis que para disnea.
ESTERTORES	Hioscina (amp 1 ml/20mg)	Dosis mantenimiento: 60 mg/ 500 ml SF / 24 hs.	En caso de abundancia de secreciones o estertores
ANGUSTIA ANSIEDAD	O Midazolam (amp. 15 mg/3ml) O Levomepromazina (amp. 25 mg/1ml)	5 mg / 24hs. 12, mg/24 hs.	En dosis muy bajas es muy efectivo. En muchos casos, evitará la necesidad de sedación paliativa. Al agregar levomepromazina, suspender el haloperidol si el paciente lo estuviera recibiendo
NAUSEAS VOMITOS	Metoclopramida (amp 2ml/10 mg)	30 a 60mg /500 ml / 24 hs.	Se utilizan, uno u otro, para la prevención de náuseas y vómitos especialmente en el inicio de la administración de opioides.
	Haloperidol (amp 1 ml/5mg)	2.5 a 5 mg /500 ml SF/24 hs.	

DELIRIUM HIPERACTIVO.	Midazolam (amp 3ml/15 mg)	Inducción: 2,5 a 5mg vía SC o endovenosa lenta. Titular hasta la dosis de mantenimiento que obtenga sedación (dosis máx. hasta 0.03-0,2 mg/kg/h).	En caso de delirium refractario iniciar sedación paliativa.
	Levomepromacina (amp 1 ml/25 mg)	25 mg / 500 ml SF a 21 ml/h BIC	
FIEBRE	Paracetamol (comp. de 500 mg o 1 g) Ketorolac (amp 2ml/30mg) Dexketoprofeno Diclofenac	1gr /6-8h VO 30mg cada 8h SC/EV 50 mg c/8-12 hs. SC/EV 75 mg /8 hs. Se tolera mal por vía SC por lo que la dosis se reduce a la mitad.	
ASTENIA	Se recomienda, según el estado del paciente, ejercicio leve (caminar), también por la asociación de la infección por coronavirus con las trombosis.		

En el caso de que coexistan varios síntomas la indicación sería la administración de hasta 3 fármacos en 500 ml de SF (Ej: SF 500 ml + 3 amp de morfina + 3 amp hioscina + 1 amp haloperidol a 21ml/h en BIC). Los corticoides deben administrarse separadamente.

Medicación de rescate.

- ☑ Se dejará indicada cuando la sintomatología no esté controlada.
- ☑ La dosis de rescate corresponderá al 10% de la dosis total/día.
- ☑ En caso de detectar alto nivel de sufrimiento por disnea u otro síntoma refractario al tratamiento adecuado, estaría indicada la sedación paliativa.

PROTOCOLO DE SEDACIÓN PALIATIVA

Introducción

La sedación paliativa consiste en la administración de fármacos sedantes en las dosis y combinaciones requeridas para provocar la disminución deliberada del nivel de conciencia en pacientes que presenten sintomatología refractaria y sufrimiento intolerable encontrándose en fase de últimas horas /días de vida.

Objetivos

1. Establecer el tratamiento adecuado para realizar la sedación paliativa en los pacientes ingresados a sala de Coronavirus con síndrome de distress respiratorio agudo sin respuesta al tratamiento específico y sin criterios de UTI.
2. Determinar fármacos, dosis adecuadas, combinaciones y vías de administración para realizar esta maniobra terapéutica.

Población

Pacientes ingresados con COVID19 con síndrome de distress respiratorio agudo y/o síndrome confusional agudo sin respuesta al tratamiento específico y sin criterios de UTI en los que existe sintomatología refractaria y sufrimiento intolerable y muy corta expectativa de vida.

Procedimiento

El procedimiento consiste en la administración de medicación a las dosis y combinaciones necesarias para conseguir confort en el paciente con distress respiratorio agudo secundario a infección por COVID19, cuando bajo el criterio del equipo tratante no hay respuesta al tratamiento específico y no se cumplen criterios de ingreso en UTI.

1-Toma de decisiones

Decisión consensuada en el Equipo Terapéutico

2- Explicación del procedimiento a la familia vía telefónica o mediante un sistema de video llamado o video conferencia ya que tanto el paciente confirmado como sospechoso debe mantenerse aislado y sus contactos estrechos con aislamiento domiciliario.

Explicar el objetivo de la sedación, la intención y la proporcionalidad.

Explicar que la expectativa de vida desde el inicio de la sedación es difícil de determinar, pero que puede ir de horas a días.

3-Medicacion que se debe suspender:

Heparina de bajo peso molecular.

Antibióticos

Trasfusiones

Hidratación y alimentación

Medicación antiviral específica

Aerosoles

4-Registro

Registrar el procedimiento en la historia clínica.

No es necesario el consentimiento informado escrito por paciente o familia en la historia clínica.

5-Manera de realizar la sedación

Los síntomas más frecuentes que pueden motivar la sedación paliativa serán probablemente Disnea e inquietud (cuadro confusional).

Fármacos de elección:

☒ **Midazolam** (amp 15mg/3ml) (Primera opción)

☒ **Levomepromazina** (amp 25mg/1ml) (Primera opción si el síntoma es Delirium)

a) Midazolam

Dosis inicio: 1ml (5mg) repetir cada 5 minutos EV/SC hasta lograr la sedación.

Dosis de mantenimiento: La dosis requerida se multiplicará x 6.

Dosis de rescate: Dosis que se utilizó para lograr la sedación inicial.

Dosis máxima: 240mg/24h

Ej: dosis de inicio 15 mg (=1 amp) en 15 minutos x 6 dosis =90 mg (6mp/24h).

Indicación: SF 500ml + 6 amp de midazolam a 21ml/h x BIC

Rescates: con 1 amp de midazolam si excitación y/o desasosiego y evaluar respuesta.

b) Levomepromazina

Dosis inicio: Se calcula la dosis de inicio de manera similar que el midazolam, pero con dosis iniciales de 12,5 -25mg cada 15 minutos hasta lograr sedación, con un máximo de tres dosis /75mg.

Dosis de mantenimiento: En función de la dosis utilizada en la inducción se recomienda infusión continua entre 75 -100 mg /24h.

Dosis rescate: Es idéntica a la dosis de inicio y podría utilizarse cada 6/8h.

Dosis máxima: 300mg/24h

☒ Si no se alcanza la sedación adecuada con estas dosis, habrá que pasar a un tercer escalón con fenobarbital o propofol, en estas situaciones se recomienda contactar con profesionales de cuidados paliativos o anestesia.

Utilización de otros fármacos durante la sedación.

Se recomienda mantener durante la sedación algunos fármacos esenciales. Entre ellos los anticolinérgicos (indicados como antiseoretos bronquiales) y los opioides, que no deben ser retirados durante la sedación.

a) **N Butil bromuro de hioscina (buscapina)** amp 20mg/ml. Dosis: 60-120mg

b) **Morfina** amp 10mg/1ml

- **Dosis de inicio:** ½ amp (5mg) en bolo EV/SC

- **Dosis de mantenimiento:** 3amp /24hs a 21ml/h x BIC

- **Dosis de rescate:** 5mg en bolo EV/SC.

Pacientes que reciben por primera vez morfina podrían presentar retención aguda de orina, principalmente durante las primeras 24hs, manifestándose con un cuadro de agitación psicomotora que no responde a la dosis de rescate, requiriendo en dicho caso la colocación de sonda vesical.

PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

Separar la infusión de opiáceos de la de benzodicepinas.

Utilizar escala de dolor RASS y rescatar con el analgésico indicado.

Sólo después de tener un score sin dolor, hacer el score de Ramsay y, si corresponde, rescatar con sedante.

Comenzar con dosis de MORFINA 0.3 mg/kg/h y de MIDAZOLAM 0,1 mg/kg/h.

Aquellos niños que requieran más de 3 rescates con la/las drogas de infusión, se aumentará un 25% la dosis de la infusión de la droga con la que se realizaron los 3 rescates.

LEVOMEPRMACINA a 0,25 mg/kg/dosis cada 12 hs inicialmente y si no es suficiente se ascenderá a cada 8 hs y finalmente cada 6 hs, llegando así a la dosis máxima de 1 mg/kg/d. Incluso cuando hay delirio por opioides.

INTERVENCIÓN ESPECIFICA DEL EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS (en caso de poseer la institución) O RECOMENDACIONES PARA LOS EQUIPOS TRATANTES

Criterios para la intervención del equipo de cuidados paliativos:

- Pacientes con pronóstico de vida limitado (últimos días/horas de vida) que no candidatos a recibir medidas de sostén vital y cuidados intensivos.

- Pacientes y familias en situación de alta vulnerabilidad (ver indicadores #).
- Pacientes con necesidades complejas de control de síntomas
- Pacientes cuyo síntoma no se haya controlado adecuadamente mediante protocolos estandarizados.

Objetivos:

- Identificar situaciones de alta vulnerabilidad de pacientes con COVID 19 y sus familias y /o entorno significativo a fin de implementar intervenciones psicosociales específicas.
- Brindar acompañamiento a los profesionales de salud para la comunicación de información pronóstica.
- Facilitar recursos para favorecer la comunicación entre el paciente y la familia en el contexto de aislamiento.
- Brindar soporte psicosocial con el fin de prevenir duelos complicados (de manera telefónica).
- Implementar intervenciones psicosociales y espirituales que favorezcan el proceso de morir de un modo cuidado y humanizado.
- Acompañar y asesorar al equipo de profesionales que participa en la atención de pacientes COVID19 en la toma de decisiones complejas.

#Indicadores de vulnerabilidad

- Personas sin familia y sin red de apoyo
- Personas con red de apoyo frágil
- Personas en situación de tránsito (turistas, residentes de otras provincias)
- Hogares monoparentales con niños y adolescentes con escasa red de apoyo
- Personas en situación de calle.
- Personas con padecimiento mental
- Niños con progenitores/cuidadores afectados con COVID19 con escasa red de apoyo.
- Personas con necesidad de soporte emocional derivada de la situación de aislamiento.

SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS

Presentación

Esta guía se aplica cuando el equipo asistencial de la Unidad COVID19 califica la situación clínica de un enfermo como NO RECUPERABLE y el equipo ha informado al paciente de la situación.

Esto ocurre cuando el equipo asistencial, en un proceso de deliberación ético, llega a la conclusión de que no puede o debe aplicar nuevas medidas terapéuticas bien porque no están libremente disponibles en la situación de pandemia, bien porque se ha establecido el juicio diagnóstico de irreversibilidad.

Se entiende que se producirá el fallecimiento en horas o días.

La decisión y sus circunstancias deben documentarse por escrito en la historia clínica

Objetivos

1. Aliviar el sufrimiento de la persona que va a fallecer y de los que le rodean, incluida la familia y el equipo asistencial
2. Facilitar la despedida y, con ello, prevenir el duelo complicado
3. Ofrecer la mejor asistencia posible en el contexto de aislamiento obligados por el grave riesgo de contagio o diseminación de la infección.

Pasos claves para informar a la familia que la muerte es inminente y establecer un plan de atención

1. Inicie la conversación presentándose y pidiendo permiso para continuar: *"¿Puedo hablar con usted sobre lo que le está sucediendo a su ser querido?"*
2. Evalúe la comprensión de la familia sobre la enfermedad: *"¿Cuál es su comprensión de la situación de su ser querido con respecto a su enfermedad?"*
3. Comparta el pronóstico: *"Desearía que fuera diferente, pero me preocupa que su ser querido (Intentar poner el nombre del paciente) esté muy enfermo y no pueda recuperarse de esta enfermedad. No tenemos ningún tratamiento que pueda curar este problema, y es posible que no vaya a vivir por mucho tiempo".*
4. Evalúe las expectativas y deseos: *"¿Cuáles son sus objetivos, dada la información que he compartido con usted?"*
5. Establezca un plan: *"Recomiendo que nos centremos en brindarle atención que garantice que su familiar se sienta cómodo y que pueda estar con sus seres queridos de alguna forma aunque no se pueda estar en contacto físico directo debido al aislamiento de contacto".*
6. Asegure empáticamente que: *"Vamos a hacer todo lo posible para que esté aliviado en todo momento y no sufra"*
7. Cierre la conversación: *"Estaremos aquí para tratar y apoyar al paciente y su familia".*

Procedimiento

1. Se ha establecido la situación como no recuperable

2. El médico traslada delicadamente la información de la nueva situación al enfermo

- a. apoyándose, por ejemplo, en el continuo del esfuerzo realizado y a la vista de la falta de expectativas de respuesta
- b. siempre reiterando el compromiso de no-abandono y de mantener el esfuerzo de alivio y confort, por todos los medios
- c. si es el momento oportuno, se pueden explorar cuáles serían sus deseos sobre estar más despierto o más dormido si llegara un mal momento

3. Revisar las indicaciones de tratamiento médico

- a. Considerar la retirada de anti-infecciosos
- b. Retirar medicación fútil
- c. Mantener medicación para control sintomático con medicación pautada
- d. Prevenir incidencias con medicación a demanda de la situación (a discreción ó medicación extra), estableciendo qué profesional puede decidir utilizarla (en muchos casos se establecerá que se administrará tras juicio de la enfermera). Se puede prever en función del contexto, por ejemplo, la fiebre, agitación, náuseas, insomnio, tos, etc.

4. Se contacta a la familia

- a. Explicará que se ha producido un cambio en el estado del paciente que hace prever que pueda fallecer en poco tiempo.
- b. Se transmitirá al enfermo que la familia sabe y que no están presentes por impedimento sanitario pero que están pendientes de su evolución al otro lado de la barrera de aislamiento

5. Dar una mala noticia en seis pasos (Buckman, 1992)

Paso 1: Preparar la situación: prepararse uno mismo para la entrevista y establecer buen contacto con el familiar.

Paso 2: Valorar la percepción que tiene el familiar de la situación

- a. Comenzar con una pregunta abierta: *"¿Cómo se encuentra?"*
- b. Ver qué sabe: *"¿Le han explicado sobre la evolución que lleva su pariente?"*

- c. Si manifiesta expectativas irreales: *“Desearía que fuera como dice”*
- d. Abordar negación: *“Puedo ver que es difícil para usted hablar de esto”*.

Paso 3: Pedir permiso para dar la información: determinar si quiere la información o está preparado para ello. Es sólo una insinuación o un paso intermedio que permite al familiar percibir que vienen malas noticias *“¿quiere saber cuál es la situación actual”?*

Paso 4: Dar la Información: Primero se debe preparar para dar la mala noticia y, luego, asegurarse de que el familiar entiende lo que le estamos explicando.

- a. Alertar: *“Me temo que tengo malas noticias”, “lamento tener que decirle”*
- b. Dar la información poco a poco (dar información y esperar la respuesta)
- c. Asegurarnos de que entiende según vamos explicando
- d. Evitar tecnicismos y no fomentar esperanzas irreales.
- e. Abordar las dudas o preguntas que puedan surgir.

Paso 5: Responder a las emociones:

Anticipar las reacciones emocionales.

- a. Identificarlas y nombrarlas para ayudarle a hacer frente a ellas. (*“Veo que le ha asustado, le ha entristecido, le ha impactado mucho”*)
- b. Legitimarlas y normalizarlas. (*“es normal sentirse así en una situación como ésta”*)

Paso 6: Asegurarse: ver que le ha quedado claro lo que hemos hablado y abordar los siguientes pasos a dar (posibilidades y alternativas).

Estar presente

Escuchar las palabras: «no hay nada más que podamos hacer» es desesperanzador y desesperante no solo para los pacientes y familiares, sino también para los profesionales de la salud.

Hay ocasiones en las cuales el médico o el enfermero creen que no tienen nada más para dar. En esos momentos, debemos confiar en lo que somos como personas y el valor que tiene *solo estar presente*.

Cuando lo único que resta por ofrecer somos nosotros mismos, el sentimiento de que la vida tiene sentido y de que vale la pena nos ayuda a mantenernos de pie. Sin embargo, hablar en forma abierta sobre esto a una persona que no tiene ninguna esperanza es cruel.

Hay momentos en que las acciones dicen más que las palabras.

Tener la fortaleza para *solo estar presente* junto a un paciente muriente, sin decir o hacer nada, demuestra una humanidad compartida que trasciende el rol de médico/paciente. De esta manera, ambos se dan aliento mutuamente.

BIBLIOGRAFÍA

Alassia A, Montiel E, Malfante P, Hechem MI, Scarillo Y, Falcon A, Glaser A. El EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE CUIDADOS CONTINUOS (EMCC) DEL Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata. Documento de abordaje a personas que transitan enfermedad de covid-19. Marzo 2020.

Alessandrini G, Manzotti M, Perret C, Villalba M, Vazquez GM, Nemerovsky J, Catalano HN. Elaboración de Herramienta para apoyar la toma de decisiones de utilización de cuidados intensivos en Adultos Mayores con Enfermedad Crítica en base a revisión de la literatura.

Arya A, Buchman S, Gagnon B, Downar J. Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives. *CMAJ* 2020. doi: 10.1503/cmaj.200465; early-released March 31, 2020

Barreto P., Yi P., Soler C. (2008) PREDICTORES DE DUELO COMPLICADO. *PSICOONCOLOGÍA*. Universidad de Valencia. Vol. 5, Núm. 2-3, 2008, pp. 383-400

Berlinger N, Winya M, Powell T et al. Hasting Center "Ethical Framework for Health Care Institutions and Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to the Novel Coronavirus Pandemic." Report. <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>

Borasio GD, Gamondi C, Obrist M, Jox R. COVID-19, decision making, and palliative care. https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/C_Fachgesellschaft/Task_Foces/200323_Merkblatt_Decision_Making_en.pdf

Care of the Dying Patient. 2019 Oxford University Press Megan Doherty and Joshua Hauser <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780190066529.001.0001/med-9780190066529-chapter-9#>

Centers for Disease Control and Prevention. Emergency Preparedness and Response. <https://emergency.cdc.gov/coping/responders.asp>

Christian CF, Hawryluck L, Wax RS, et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ* 2006; 175: 1377–1381.

Comunicado sobre Cuidados Paliativos (CP) en pandemia. Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMYCP) <https://aamycp.com.ar/2020/03/17/coronavirus/>

Consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de salud pública a la gripe pandémica. WHO/CDS/EPR/GIP/2007. Organización Mundial de la Salud, 2009 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250580/9789241549837-eng.pdf?sequence=1>

CONTRIBUTION DU COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE: Enjeux éthiques face à une pandémie. https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf

COVID-19: protecting health-care workers. Editorial the Lancet. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30644-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30644-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email)

COVID-19 in Older Adults: Key Points for Emergency Department Providers. GEDC. <https://gedcollaborative.com/article/covid-19-in-older-adults-key-points-for-emergencydepartment-providers/> Accessed March 24, 2020.

Crónicas del COVID: ¿Qué significa “Triage”, cómo se hace y cuándo lo necesitaremos? En Bioethics.net <http://www.bioethics.net/2020/03/covid-chronicles-what-does-triage-mean-how-does-it-work-and-when-will-we-need-it/>

Daugherty L. et al “Ethical Considerations Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters: CHEST Consensus Statement” Biddison <https://doi.org/10.1378/chest.14-0742>

DECLARACIÓN SOBRE EL COVID-19: CONSIDERACIONES ÉTICAS DESDE UNA PERSPECTIVA GLOBAL. Declaración del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO (IBC) y la Comisión Mundial de la UNESCO sobre la Ética del Conocimiento y Tecnología Científica (COMEST) <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115>

Downar J, Seccareccia D. (February 2010), *Palliating a Pandemic: “All Patients Must Be Cared For”*. Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 39 No. 2 February 2010.

ECOG: <https://www.mdcalc.com/eastern-cooperative-oncology-group-ecog-performance-status>

Ely E, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 2003; 289(22):2983-2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983.

Emanuel E, Persad G, Upshur R. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. March 23, 2020 DOI: 10.1056/NEJMs2005114

Finn B y col. Recomendaciones Comité de Bioética Pandemia Covid19. Comité de Bioética Hospital Británico. Abril 2020.

García JJ, et al “PROTOCOLO MANIOBRA DE DECUBITO PRONO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA”. <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/1fa4f12fc6244e81de4663b061ec9a5e.pdf>

Gherardi CR, Biancolini C, Butera J, Calvillo L, Canteli M, Cardonnet L, Maglio F, Montrul M, Pacin J. Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Medicina (Buenos Aires) 1999; 59:501-504.

Gherardi C. “Pautas para la abstención y/o retiro del soporte vital en terapia intensiva (1999) Reflexiones después de 7 años”. Medicina Intensiva. 2007 - 24 Nº 1: 44-51

Grasselli G, et al “Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy Early Experience and Forecast During an Emergency Response”. JAMA <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763188>

Guías Práctica de Sedación y Analgesia de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de Buenos Aires. Comité de Sedoanalgesia: Dra. Claudia Berrondo et al. Julio de 2019

Guías rápidas de apoyo y control sintomático en pacientes avanzados con COVID-19. Clínica Universidad de Navarra. Versión 4.0 (03.04.2020)
<https://drive.google.com/file/d/1VcdcxqGnwVuopxdA2PnXDMb-bt0BZ4Rg/view>

Hansen-Flaschen J, Cowen J, Polomano R.. Beyond the Ramsay scale: need for a validated measure of sedating drug efficacy in the intensive care unit. Crit Care Med, 22 (1994), pp. 732-733.

Hick JL, et al "Clinical review: Allocating ventilators during large-scale disasters – problems, planning, and process"
<https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc5929>

ICH modificado: <https://www.mdcalc.com/intracerebral-hemorrhage-ich-score>

Indrany Datta-Barua and Joshua Hauser (2018) Four Communication Skills from Psychiatry Useful in Palliative Care and How to Teach Them. AMA Journal of Ethics. Volume 20, Number 8: E717-723.

INFORME DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA SOBRE LOS ASPECTOS BIOÉTICOS DE LA PRIORIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS EN EL CONTEXTO DE LA CRISIS DEL CORONAVIRUS
<https://www.actasanitaria.com/documentos/informe-del-comite-de-bioetica-sobre-priorizacion-de-asistencia-en-la-crisis-del-coronavirus/>

Informe del Ministerio de Sanidad (España) sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf

Instrumento NECPAL CCOMS-ICO. Instrumento para la Identificación de Personas en Situación de Enfermedad Crónica Avanzada y Necesidad de Atención Paliativa en Servicios de Salud y Sociales. versión 3.1.2017
http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/02/doc_necpal_ccoms-ico_instrumento.pdf

Jinbing Bai, Yan Tang . Validation of the COMFORT Behavior Scale and the FLACC Scale for Pain Assessment in Chinese Children after Cardiac Surgery. Pain Management Nursing, Vol13, No 1 (March), 2012: pp 18-26.

La Clínica Universidad de Navarra habilita una zona de la UCI para que los pacientes puedan despedirse de sus familiares. https://www.abc.es/sociedad/abci-clinica-universidad-navarra-habilita-zona-para-pacientes-puedan-despedirse-familiares-202004041357_noticia.html
Acceso 13 de abril 2020.

Limonero García JT, et al. (2009) Adaptación al castellano del Inventario de duelo complicado. Med Pal (Madrid) Vol. 16 N.º 5; 291-297

Magnante D, Poliszuk J, Juri J. "PROCOLO PARA LA ADECUACIÓN O LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN TERAPIA INTENSIVA" (Año 2019)

Maglio I. "Tuberculosis multirresistente: ¿derechos de la comunidad versus derechos individuales?", en *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, año 3, n. 5, Ed. Flacso, Buenos Aires, primer semestre de 1998, ps. 69/85.

Maglio I, Wierzba SM. "El derecho en los finales de la vida. Muerte digna" AÑO LXXIX No 167 - lunes 7 De septiembre De 2015

Maglio I, Wierzba SM. "Aspectos médico-legales del trauma y las emergencias" SJA 18/12/2019, 18/12/2019, 3. AR/DOC/3190/2019

Maglio I, Wierzba SM. "El derecho ante una pandemia. Caso del Ébola" LA LEY 17/03/2015, 17/03/2015. AR/DOC/679/2015

Maglio I, Ferraro H, Galvalisi N, Neira J. Guías Éticas para la asignación de recursos en la atención de pacientes críticos infectados por COVID-19. Abril 2020.

Martínez M, Centeno C. Equipo de cuidados paliativos y burnout. En: *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención psicológica y espiritual*. 2016. Obra Social la Caixa.

Ministerio de Salud de Neuquén. ASPECTOS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS (SARS-CoV-2).

Nacoti M, et al. "At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation" En NEJM. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080#.Xnd7TZxjZds.twitter>

"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". Guía de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), 2020.

http://www.secpal.com//Documentos/Blog/2020_03_23%20FIN%20DE%20VIDA%20Y%20COVID%2019%20_1%20Documento%20para%20profesionales_1.pdf

Palliative Care Needs of People Affected by Natural Hazards, Political or Ethnic Conflict, Epidemics of Life-Threatening Infections, and Other Humanitarian Crises. 2019 Oxford University Press <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780190066529.001.0001/med-9780190066529-chapter-9>

Persad G, Wertheimer A, Emanuel E. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet* 2009; 373: 423–31

Plan de Contingencia para los Servicios de Medicina Intensiva frente a la pandemia COVID-19 Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)

https://www.semicyuc.org/covid19_files/Plan_de_Contingencia_COVID-19.pdf

Pontificia Academia para la Vida PANDEMIA Y FRATERNIDAD UNIVERSAL Nota sobre la emergencia Covid-19 30 de marzo de 2020

http://www.academyforlife.va/content/dam/pav/documenti%20pdf/2020/Nota%20Covid19/Nota%20sobre%20la%20emergencia%20Covid-19_ESP_.pdf

“Protocolo de atención a pacientes en situación de gravedad o últimos días y éxitus en la crisis del COVID-19”, Unidad de cuidados paliativos, servicio de salud mental, Hospital Universitario La Paz, Hospital Carlos III, Hospital Cantoblanco, Madrid, España, 2020.

Protocolo de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas JSM –UBA-

<https://aamycp.com.ar/wp-content/uploads/2020/04/Protocolo-CP-coronavirus.pdf.pdf>

Ranzuglia L. Recomendaciones sobre limitación terapéutica en COVID-19. Sociedad de Medicina Interna Pergamino. Abril 2020.

RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE DECISIONES ÉTICAS SOBRE EL ACCESO DE PACIENTES A UNIDADES DE CUIDADOS ESPECIALES EN SITUACIONES DE PANDEMIA. Documento de consenso del OBD (Observatorio de Bioética y Derecho) Marzo 2.

<http://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/el-obd-presenta-sus-recomendaciones-para-la-toma-de-decisiones-eticas-sobre-el-acceso-de-pacientes>

RECOMENDACIONES ÉTICAS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA SITUACIÓN EXCEPCIONAL DE CRISIS POR PANDEMIA COVID-19 EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (España). (SEMICYUC)

https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf

RECOMENDACIONES DE ATENCIÓN A PACIENTES GRAVES O ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA EN LA CRISIS DEL COVID-19 Instituto Pallium Latinoamérica, Instituto Lanari (UBA), Hospital de Gastroenterología Bonorino Udaondo.

<https://aamycp.com.ar/wp-content/uploads/2020/04/RECOMENDACIONES-PARA-PACIENTES-GRAVES-o-%C3%9ALTIMOS-D%C3%8DAS-DE-VIDA-COVID-19-.pdf>

Roland K, Markus M. COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. *Swiss Med Wkly*. 2020;150:w20235

Rosenbaum L. “Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic’s Front Line”. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005492?query=featured_home

SAMHSA. Substance abuse and mental health services administration. Tips for disaster Responders. <https://store.samhsa.gov/system/files/sma14-4873.pdf>

SARS plague: duty of care or medical heroism? *Ann Acad Med Singapore*. 2006 May;35(5):374-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16830007>

Scheidegger D, Fumeaux T, Hurst D, Salathé M. COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity. *Swiss Intensive Care Medicine Society (SGI-SSMI)*.

<https://www.sams.ch/en/Ethics/Topics-A-to-Z/Intensive-care-medicine.html>

Singer P et al. “Ethics and SARS: lessons from Toronto”

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14656848>

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS, Guía de Cuidados Paliativos, <http://www.secpal.com/Documentos/Paginas/guiacp.pdf>

SOFA: Sequential Organ Failure Assessment. (Evaluación de insuficiencia orgánica secuencial). <https://www.mdcalc.com/sequential-organ-failure-assessment-sofa-score>

The Goals of Medicine. Hastings Center Report 1996; 26(6) p.19-26.

Tripodoro VA, y cols..ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE CALIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA LOS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA. DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA. MEDICINA (Buenos Aires) 2019; 79: 468-476

TRISS Score Calculator (Calculador Escore TRISS): <https://www.mdapp.co/trauma-injury-severity-score-triss-calculator-277/>

Twycross R (edit). (2016) End of life care, en: IPC5 Introducing palliative care 5 th edition palliativedrugs.com Ltd p 259-282

Valdez P, Camera L, Valentini R, Savia A, Zylberman M, Shejtman A; Klein M y col. 2020 Recomendaciones para la asistencia integral de los pacientes con infecciones potenciales por Covid-19, desde los cuidados prehospitalarios a la atención en Emergencias y en pacientes hospitalizados Sociedad Argentina de Medicina (SAM) y Foro de Medicina Clínica Argentina (FMC) <http://www.sam.org.ar/eventosauspiciados>

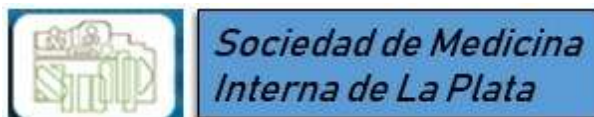
White et al. Ann Intern Med. 2009; 150:132-138. y Daugherty Biddison et al. CHEST 2019; 155(4):848-854

WHO: Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_8

WHO. Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contact. Interim guidance . 17 March 2020. WHO reference number: WHO/nCov/IPC/HomeCare/2020.3.

Wierzba S M. "El Derecho como herramienta para el adecuado manejo de situaciones críticas asociadas a grandes epidemias y pandemias. Análisis del modelo canadiense. Su aporte a la realidad argentina" La Ley. : 0003/013641

SOCIEDADES INTERVINIENTES



SomiSF
Sociedad de Medicina Interna de Santa Fe





Consejo Argentino
de Resucitación



red latinoamericana y del caribe de bioética



Sociedad Argentina
de Terapia Intensiva



Sociedad Argentina
de Medicina