

Recomendaciones para regular el proceso de Atención y la toma de decisiones en los efectores de salud frente a situaciones de crisis asistencial evidenciada por la Pandemia de COVID-19. Actualización 29/04/2021

El presente documento tiene como objetivo proporcionar a los trabajadores de la salud de los distintos efectores de la provincia un marco de actuación con bases éticas que contribuya en la toma de decisión sobre los dilemas que se presentan en la atención de pacientes críticos en contextos de escasez, limitación de recursos y de alta demanda de insumos y atención médica, brindando 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.

En este sentido el COES considera adherir a las recomendaciones emitidas por el Ministerio de Salud de la Nación “ÉTICA EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS LIMITADOS EN CUIDADOS CRÍTICOS POR SITUACIÓN DE PANDEMIA”:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/etica_en_asignaciones_recursos_limitados.pdf

Es importante tener en cuenta que la decisión de ingresar un paciente en UCI o derivarlo a un centro de mayor complejidad debe ser analizada y definida por el equipo de salud previo a ser comunicada al paciente y su familia

En los casos particulares en los que exista incertidumbre significativa, se debería conversar con el paciente y/o allegado e informar que la admisión a la UCI será condicionada y que frente a la evidencia de falta de recuperación se considerará la posibilidad de externación o bien, el traslado a cuidados paliativos si se modifican las circunstancias de ingreso originarias.

A. CRITERIOS ÉTICOS PARA PROCESOS DE TOMA DE DECISIONES

La pandemia por COVID 19 puede generar situaciones que requieran tomar decisiones complejas a la hora de asignar recursos escasos que pueden ser indispensable para pacientes en estado crítico. Valores como la equidad, la solidaridad y el respeto por las decisiones que las personas tomen respecto a su salud son fundamentales en un contexto en el que las consecuencias son inciertas y la información cambia permanentemente. Por lo tanto, las

personas responsables de tomar decisiones deben basar las mismas en criterios con base científica, transparentes, en un proceso justo y público, a través de una estrategia comunicacional en consonancia con estos valores, para dar legitimidad a la asignación de prioridades y recursos. Todos los sectores involucrados en la atención de pacientes en estado crítico enfrentan consideraciones éticas particulares, ya que involucran recursos que resultan críticos para el mantenimiento de la vida en situaciones de emergencia, debido a que existe una demanda extraordinaria de cuidados de salud, medicamentos y equipamiento que en situaciones de no emergencia no ocurriría. Esto implica, además, que las posibilidades de la población en cuanto al acceso a la atención de salud en situación de pandemia deben ser claras e informadas. El beneficio individual en algunos casos deberá ceder frente a la seguridad colectiva y el bienestar comunitario. La asignación de recursos debe estar dirigida al propósito de salvar la mayor cantidad posible de vidas y restituir la salud, optimizando la calidad en la supervivencia. Los criterios para guiar un proceso de toma de decisiones con enfoque de derechos humanos deberán ser:

- **Criterio de respeto igualitario.** Cada persona es igualmente valiosa. Las decisiones de cuidado y tratamiento deberían basarse en la necesidad médica. Los pacientes con síntomas o problemas de salud similares deben recibir igual cuidado y tratamiento.
- **Criterio de no discriminación:** ningún paciente será pospuesto en la atención por razones que no sean estrictamente médicas, esto es edad, género, condición social, clase, religión, etnia, o cualquier otra característica relativa a su condición o lugar en la sociedad
- **Criterio de transparencia:** toda la información sobre las decisiones que se toman, los fundamentos por los cuales se tomaron, así como la información con relación a dónde fue realizado y por quién, deben estar basadas en un proceso previamente difundido y ser de acceso público.
- **Criterio de información y comunicación:** el proceso por el cual se toman las decisiones debe ser abierto a discusión y escrutinio público y dinámico según las circunstancias determinen que debe ser modificado.
- **Responsabilidad:** se deben disponer mecanismos para asegurar que las personas involucradas en las tomas de decisiones den cuenta por sus acciones e inacciones en la respuesta del sistema de salud a la pandemia y cuenten con la idoneidad para tomar las decisiones que se requieren.
- **Criterio de razonabilidad y factibilidad:** las decisiones no deben ser arbitrarias, sino que deben ser fundamentadas en razones que puedan ser explicadas, proporcionales a la amenaza

y basadas en la evidencia disponible, experiencia y prácticas. Asimismo, deben ser factibles de ser aplicadas.

- **Criterios de solidaridad y justicia**, las decisiones que se toman en tiempos de pandemia requieren de un alto grado de solidaridad por parte de las partes involucradas y la ciudadanía y deben estar sostenidos en bases de justicia claras.

- **Deber de cuidado**. Todos los pacientes deben recibir el mejor tratamiento y cuidado posibles que estén disponibles. Aun cuando los recursos necesiten ser racionados durante una crisis, los profesionales y trabajadores de salud tienen un deber de cuidado para promover el bienestar del paciente con los recursos disponibles. Con los profesionales y trabajadores de salud también se tiene un deber de cuidado y deben recibir un contexto de trabajo seguro, los elementos de protección personal adecuados y espacios de contención.

- **Criterio de mayor bien o maximización de los beneficios**. Exige asignar bienes u oportunidades limitadas a quienes más puedan beneficiarse por recibirlos. En el ámbito clínico, este principio se traduce en el deber **de asignar los recursos escasos a quienes tengan mayor posibilidad clínica de beneficiarse por recibirlos**. Es decir, aquellas indicaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible respecto: a la probabilidad de éxito, con una intervención médica determinada, en un paciente específico. Este será el principal indicador para la asignación de recursos críticos disponibles que debe regirse por la proporcionalidad terapéutica.

B. LINEAMIENTOS ÉTICOS Y SU APLICACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS A PACIENTES QUE REQUIEREN CUIDADOS CRÍTICOS

Considerando los criterios enunciados para la toma de decisiones en el marco de los derechos humanos se proponen los siguientes lineamientos que responden a dicho enfoque, a saber:

A. **Toda vida humana**, independientemente de su edad, género, religión, nacionalidad, afiliación política, estado socioeconómico, discapacidad, **es considerada igualmente valiosa**. En consecuencia, no se debería priorizar a personas en su acceso a cuidados críticos por criterios relacionados a edad, género, clase social, etnia, valor social, discapacidad, rol social ni ningún otro criterio no médico.

Si bien la edad no debe ser un criterio autónomo para la abstención y /o retiro de ARM, en particular, en el caso de niños/niñas y adolescentes 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.

B. El derecho humano a la salud jurídicamente reconocido como tal en la constitución nacional, de carácter integral, de derecho colectivo, público y como capital social, exige el deber de administrar los recursos de alta demanda, como los cuidados críticos, donde se vaya a obtener mayor beneficio terapéutico. En este sentido, **dada la preeminencia en un estado de emergencia todos los recursos tanto del subsector público, del privado y de obras sociales deben estar disponibles para toda persona que requiera atención de su salud** en el territorio argentino, debiendo su asignación responder a criterios clínicos fundados en evidencia científica, a partir de la posibilidad de recuperación al estado de salud anterior al comienzo de la enfermedad actual.

C.- Se requiere el funcionamiento coordinado y armónico de un sistema provincial integrado de acceso a la atención de la salud de pacientes COVID19 en estado crítico que cuente con los mismos criterios para la asignación de recursos limitados. Ello incluye a todo el personal de salud de primer, segundo y tercer nivel de asistencia, así como los subsectores de salud que deben funcionar de modo coordinado y coherente con una direccionalidad con base en el ministerio de salud.

D.- Deben definirse las distintas etapas del problema:

- Acceso de pacientes al sistema de salud (en domicilio) e ingreso al sistema.
- Acceso a segundo y tercer nivel de asistencia (atención proporcionada).
- Acceso de pacientes críticos a cuidados intensivos (estándares de asignación)
- Criterios para el retiro de pacientes de cuidados críticos (respiradores y Unidades de Cuidados Intensivos, UCI).
- Atención de cuidados que correspondan según criterio clínico para todos los pacientes no ingresados o egresados de cuidados críticos.

E. El deber general de todas las personas trabajadoras de salud es optimizar la calidad de vida y minimizar el dolor y el sufrimiento de los pacientes. Este deber de cuidado aplica en cualquier decisión que requiera la asignación de recursos limitados de salud y es aplicable a todos los pacientes. Todos los usuarios del sistema deben tener acceso a cuidados paliativos, en particular los pacientes gravemente enfermos que no sean candidatos a tratamientos invasivos debido al sistema de asignación (o egresados de las UCI por retiro de soporte vital / limitación del esfuerzo terapéutico), deben beneficiarse de la atención o cuidados paliativos.

F. Como la decisión se funda en la capacidad de beneficiarse de una intervención clínica, **las únicas personas que podrán tomar la decisión del acceso a los cuidados críticos serán las que integran el equipo de salud.** En este contexto, será necesario tomar una serie de decisiones de manera urgente:

1. Deberá haber un reconocimiento de los principios éticos en todos los equipos de salud tanto de unidades de cuidados intensivos, así como de otras áreas de atención de pacientes en estado crítico (por ej. primer nivel de atención, atención telefónica, atención móvil domiciliaria, servicios de emergencias, etc.). Todo médico/a del sistema de coordinación debe estar familiarizado con los criterios para la toma de decisión y para la identificación de estándares de gravedad para la asignación de recursos críticos.

2. Las decisiones de no ingresar a una persona en unidades de cuidados intensivos o de abstención y/o retiro de cuidados críticos en un contexto excepcional de alta demanda, como es la pandemia por coronavirus, deberá ser tomada con consulta a uno/a o dos profesionales médicos/médicas que no estén a cargo de la atención del/la paciente, y deberá ser revisada para asegurar que es lo apropiado, (véanse puntos M y N), además de la protección de la salud del personal sanitario, la decisión nunca debería tomarse en soledad.

3. Se recomienda la formación de comités de triaje COVID19, a distintos niveles (Ver punto M).

4. En el ámbito institucional no se debe suspender ni posponer la atención de otras patologías críticas no COVID, debiendo tener iguales posibilidades de acceso a cuidados críticos.

G. Las decisiones que los y las responsables tomen con relación al acceso a unidades de cuidados intensivos deberán ser respetadas y apoyadas por todo el equipo de salud. Dichas personas también deberán recibir el apoyo necesario para tales decisiones con relación a la preservación de su propia salud (contención psicológica y apoyo en la toma de decisiones).

H. En los casos en que la persona a ingresar a la unidad de cuidados intensivos tenga proximidad afectiva con alguna de los responsables de tomar las decisiones de ingreso, dicha decisión deberá, en la medida de lo posible, delegarse a otra persona destinada para tal fin.

I. Los pacientes que no sean admitidos en una unidad de cuidados intensivos por falta de recursos recibirán la atención médica disponible en el nivel subsiguiente de complejidad acorde a según lo requiera la situación clínica de cada paciente y las medidas de cuidado correspondientes.

J. En situaciones extremas, si se presentara un gran número de personas con similares probabilidades de beneficiarse por el ingreso a cuidados intensivos frente a la disponibilidad de un único recurso, lo que sería extremadamente excepcional, el proceso más justo sería aplicar el criterio del “primer llegado, primer ingresado”.

K. En situación de haber carecido de la posibilidad de consentir o recusar luego de información acabada en relación a su cuadro clínico y a los posibles cursos de acción a seguir, un familiar o el apoyo podrá, en carácter de subrogante, atestiguar cuáles serían las preferencias del paciente en relación con la toma de decisiones en salud en situaciones límites. Respecto a

comunicación, se recomienda que se realice de la forma más empática posible en un marco de respeto de la dignidad humana, conociendo las restricciones de visita, de informes, de contactos, y la arquitectura de cada lugar.

Se recomienda que se establezca un programa centralizado de contención y acompañamiento a pacientes, sus familiares y allegados (incluyendo el eventual proceso de duelo) mediante equipos destinados a tal fin con intervenciones con formato a distancia (telefónica o videollamada) o contactos presenciales según lo decida el equipo, en decisión junto al equipo tratante y considerando las medidas de seguridad (DCOES077).

L. Al mandatorio registro del proceso de atención en la historia clínica de cada paciente, se recomienda elaborar un consolidado, que recoja la información de todos los pacientes con solicitud de ingreso a cuidados críticos. Dicha recomendación, se formula a los fines de asegurar un proceso equitativo y transparente, así como de la protección de las personas que tomarán las decisiones para el ingreso a unidades de cuidados intensivos. Al mismo tiempo, constituye un instrumento que operativiza el seguimiento de todo el proceso de toma de decisiones. Para el consolidado de la información unificada se debería:

I. Designar y garantizar una persona responsable de la elaboración del consolidado que incorpore la información requerida, en cada unidad de cuidados intensivos disponible.

II. Conformar un listado de las personas que se ingresan a la unidad de cuidados intensivos, registrando quiénes han participado de la toma de decisiones para su ingreso, los motivos y criterios por los que la persona fue admitida, las decisiones que se toman sobre ellas, así como, su seguimiento y su desenlace.

III. Conformar un listado de personas que se decide no ingresar donde se registren quiénes han participado de la toma de decisiones para no ingresarla y los motivos por los que la persona no fue admitida.

M. Para garantizar la calidad del proceso, se recomienda convocar a un grupo consultivo, comité de triaje COVID 19, integrado por ex miembros de los equipos de salud, tales como: cuidados intensivos, internación, atención de emergencia, cuidados paliativos, etc., y también un miembro del comité de bioética asistencial de referencia (si lo hubiere). Los/as integrantes de dicho grupo analizarán de forma diaria los consolidados con los registros de pacientes que fueron y no fueron admitidos a las unidades. Además, será el órgano consultivo de apoyo y acompañamiento permanente para las /os profesionales responsables de tomar las decisiones clínicas.

N. Los Comités de Bioética Hospitalarios/Asistenciales deben ajustar sus procedimientos, establecer algunas pautas particulares en sus Procedimientos Operativos Estandarizados (POEs), ofrecer servicios de urgencia en casos en que sean requeridos (“Unidades de Apoyo Ético”), intervenir entre divergencias entre equipo de triaje (si existiese) y equipo tratante y generar reuniones virtuales para revisiones expeditas y ejecutivas.

C. RECOMENDACIONES AL MINISTERIO DE SALUD DEL COMITÉ DE ÉTICA Y DDHH FRENTE AL COVID 19 *(ver nota)

APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS Y LINEAMIENTOS ÉTICOS

RECOMENDACIONES

1. **Legitimación.** Para que el uso de los recursos críticos en un colapso sanitario resulte ética y legalmente justificado, ese uso debe ser diseñado, desarrollado y evaluado por un plan común a todos los niveles, y legitimado por un estándar explícito de emergencia.

Se recomienda al Ministerio de Salud, que en el marco del Decreto 260/2020 de Emergencia Sanitaria y su facultad de minimizar los efectos de la pandemia, establezca un plan de cuidados críticos que permita protocolizar las líneas generales de acción y a su vez coordinar con los establecimientos, profesionales de la salud y otros actores, la gestión ordenadora de una saturación de la capacidad del sistema.

2. **Derecho a la salud.** El fundamento ético-legal de ese plan ha de ser el respeto integral de los derechos de los pacientes y la población en general, y en particular de los derechos de toda persona a la vida, la salud y la integridad. El derecho a la salud, de rango constitucional se define como: “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud integral física, psíquica y social”.

Se recomienda que el Ministerio de Salud promueva y proteja las garantías de este derecho en todos los niveles del sistema sin discriminación alguna y particularmente ante un contexto de escasez de recursos críticos.

3. **El nivel de recursos más alto disponible.** El derecho a la salud exige garantizar el más alto nivel posible de salud. Hay una asociación ineludible entre nivel posible de salud y recursos disponibles para alcanzarlo. En el paciente crítico por COVID-19, ese nivel más alto se garantiza, en primer término, con el acceso a unidades de cuidados críticos que disponen de asistencia respiratoria mecánica (ARM) como recurso para intentar revertir la amenaza de muerte que tienen esos pacientes. Cuando este recurso se agota, y no está disponible en

modo alguno, el nivel más alto posible pasa a ser el que se pueda alcanzar con el recurso que sigue al primero en orden de eficacia y seguridad.

Se recomienda que el Ministerio difunda y promueva su aplicación procedimental en el sistema de salud el deber de asistir al paciente crítico con el nivel de recursos de cuidado y tratamiento más alto disponible.

Cuando se agote el recurso más alto en cuidados críticos, como el acceso a asistencia respiratoria mecánica (ARM), se asistirá a los pacientes con el recurso más alto inmediatamente inferior al primero, como por ejemplo cuidados críticos con provisión de oxígeno, aunque sin ARM. El criterio de acceso al nivel del recurso más alto disponible se aplicará a todos los pacientes desde su ingreso hasta el alta.

4. No discriminación. El derecho a la salud exige un respeto igualitario en la atención, sin discriminación en cuanto a brindar igual tratamiento a una misma necesidad médica, y un deber de cuidado para brindar el acceso al más alto tratamiento y cuidado disponible sin abandono de ningún paciente. Se recomienda que el Ministerio promueva el estándar de protección integral del derecho a la vida y la salud sin restricciones por edad, género, clase social, etnia, valor social, discapacidad, rol social ni ningún otro criterio no médico, y proteja en todos los niveles del sistema de salud ya comentado.

Se recomienda que el Ministerio promueva el estándar de protección integral del derecho a la vida y la salud sin restricciones por edad, género, clase social, etnia, valor social, discapacidad, rol social ni ningún otro criterio no médico, y proteja en todos los niveles del sistema de salud ya comentado.

5. Respeto de la dignidad humana. El respeto de la dignidad humana es el fundamento del derecho a la salud y ha de ser el criterio mayor de un plan de cuidados críticos. Se recomienda que en todos los niveles del sistema de salud se brinde un trato digno con la información completa y adecuada al paciente y su entorno, garantizando su alcance a toda persona, con especial atención a la situación del moribundo por COVID-19 y su familia.

Se recomienda que la comunicación con pacientes y familiares se realice de la forma más empática posible, en un marco de respeto de la dignidad humana, y dando a conocer las restricciones de visita, de informes, de contactos, de la arquitectura de cada lugar, y toda otra información relevante. Se deberán considerar, para el pleno respeto de los derechos de los pacientes, sus deseos previos, sus directivas anticipadas, y las órdenes de no reanimación.

6. Derecho a la salud y comunidad de referencia. Elaborar e implementar un plan de cuidados críticos requiere de un delicado equilibrio entre las necesidades más urgentes en el binomio salud/enfermedad, la atención de pacientes con morbilidades crónicas, las cirugías

programadas, la atención de la salud mental, los consultorios de género y tantos más, que no pueden ni deben desoírse.

Se recomienda promover en el sistema de salud el reconocimiento y fortalecimiento del vínculo con la comunidad de referencia como una dimensión ética indispensable para la determinación de los criterios de distribución equitativos de los recursos en salud pública.

7. Acceso público a la información. La legitimidad de un plan de cuidados críticos que garantice el derecho integral a la salud exige la participación activa de la población en el ejercicio de sus libertades fundamentales y su responsabilidad individual y colectiva.

Se recomienda la implementación de una estrategia comunicacional que demuestre la transparencia de la asignación de prioridades y que tenga como objetivo que tanto la comunidad como los y las trabajadores/as de salud, conozcan y entiendan el propósito y las necesidades a resolver junto con las decisiones que se toman, los grados de libertad con los cuales se realizará y los roles de cada persona involucrada.

8. Procedimientos imparciales. El plan de cuidados críticos debe delimitar las responsabilidades de los tres agentes mayores del sistema: autoridades sanitarias, establecimientos de salud con sus comités de crisis, y profesionales y trabajadores de salud, con participación de la población.

Se recomienda al Ministerio de Salud que promueva en todos los actores del sistema la planificación local con procedimientos imparciales para la asignación de cuidados críticos. La planificación preventiva se dirigirá a fortalecer el funcionamiento integrado de los espacios y actores responsables, para un flujo efectivo en los niveles de testeo, triaje y derivaciones. Los contenidos y criterios de priorización de un plan de cuidados críticos deben ser transparentes y de acceso público. La planificación debe establecer los procedimientos de apelación de las decisiones.

9. Triage en cuidados críticos. La imparcialidad en la asignación de recursos escasos en cuidados críticos es una de las mayores preocupaciones éticas y legales en las instituciones y los profesionales de salud. Esas decisiones son de una muy elevada exigencia profesional, ética y psicológica. Se trata quizá del mayor temor individual y colectivo, y el de mayor angustia, al que nos enfrenta la situación de pandemia.

Se recomienda que el Ministerio de Salud promueva en todos los establecimientos de salud la creación reglamentaria de un Equipo de triaje en cuidados críticos, reconocido por el comité de crisis y la dirección del centro de salud.

Se recomienda que estos equipos estén conformados por profesionales de las distintas áreas del equipo de salud. Y si hubiera comité de bioética asistencial, se recomienda incluir en el

mismo al menos un miembro Se recomienda que en cada establecimiento de salud se establezca una Unidad de Apelación en Cuidados Críticos, con el fin de realizar un seguimiento continuo del plan de cuidados críticos en cada centro, y el funcionamiento del equipo de triaje en cuidados críticos, y pueda intervenir en los casos que exista desacuerdo entre el éste y el equipo tratante.

Nota: El Comité de ética y Derechos Humanos en Pandemia de COVID19 fue creado mediante la Resolución 1117/2020 del Ministerio de Salud de la Nación y se encuentra conformado por los siguientes miembros: Dra. Florencia Luna, DNI N°13.736.212; la Mag. Silvia Liliana Brussino, DNI N° 11.011.508; la Dra. Andrea Laura Macías, DNI N° 17.015.740; la Dra. Diana Cohen Agrest, DNI N° 11.593.366; la Dra. Beatriz Marcela Firmenich, DNI N° 11.684.600; el Dr. Norberto Ignacio Liwski, DNI N° 4.547.783; el Dr. Ignacio Maglio, DNI N° 16.766.758; la Lic. Nélide Susana La Rocca, DNI N° 5.585.367; la Dra. María Luisa Pfeiffer, DNI N° 4.856.012; el Dr. Juan Carlos Tealdi, DNI N° 8.481.275; Dra. Marisa Sandra Aizenberg, DNI N° 17.109.827; el Dr. Pascual Rubén Valdez, DNI N° 13.565.090; la Dra. Susana Vidal Suarez, DNI N° 12.998.405

Anexos:

Anexo 1: CRITERIOS DE INGRESO/ EGRESO EN CUIDADOS CRITICOS

Anexo 2: FACTORES PRONÓSTICOS Y CRITERIOS DE TERMINALIDAD EN ENFERMEDAD ONCOLÓGICA Y EN ENFERMEDADES AVANZADAS NO ONCOLÓGICAS

Anexo 3 RECOMENDACIONES PARA EL CONTROL SINTOMÁTICO DE PERSONAS QUE REQUIERAN DE ATENCIÓN PALIATIVA

Anexo 1: CRITERIOS DE INGRESO/ EGRESO EN CUIDADOS CRITICOS
PROTOCOLO DE ADECUACION TERAPEUTICA (adaptado de SATI – 2019)

Clasificación orientativa e los pacientes según el nivel del esfuerzo terapéutico	
Grupo I. Soporte total	
Pacientes que reciben todas las medidas necesarias, monitorización o tratamiento activo, sin excepción	
Grupo II. Soporte total, con consenso de no RCP	
Pacientes con lesión cerebral grave e irreversible, debidamente documentada, o enfermedades oncológicas, cardiopulmonares, o neurodegenerativas en la fase final	
Grupo III. Soporte limitado	
Pacientes con disfunción orgánica múltiple, con mala evolución clínica y pronóstico, o fase terminal de enfermedad incurable	
Mantener siempre los procedimientos y medidas que permitan maximizar el confort y aliviar el sufrimiento: sedoanalgesia, higiene corporal, cuidados básicos de la piel y mucosas. Evitar lesiones por presión o decúbito.	
III D. Retiro del soporte vital total	Optimizar el tratamiento sintomático y cuidados básicos: Se retiran todas las medidas incluyendo la VM: Gradual: disminuir VT a 5ml/kg, no PEEP, FIO2 21% Directa: Retiro de TOT con sedación previa

III.D. Optimización del soporte vital total	Optimizar el tratamiento sintomático y cuidados básicos: Optimizar las medidas incluyendo la VM: Gradual: disminuir VT a 5 ml/kg no PEEP. FIO2 21%
--	---

INDICE PROFUND para pacientes pluripatológicos. Para calcularlo se necesita el Índice de Barthel

DIMENSIONES	PUNTUACIÓN
Demografía - ≥ 85 años	3
Características Clínicas - Neoplasia activa - Demencia - Clase funcional III-IV de la NYHA y/o mMRC - Delirium en el último ingreso	6 3 3 3
Parámetros analíticos - Hemoglobina < 10 g/dL	3
Características funcionales-sociofamiliares - Índice de Barthel menor de 60 - Ausencia de cuidador ó cuidador no cónyuge	4 2
Características asistenciales - ≥ 4 ingresos hospitalarios en últimos 12 meses	3
Nº TOTAL ITEMS = 9	0-30 puntos

Valoración

GRUPO	PROFUND SCORE	Probabilidad de fallecimiento a los 12 meses tras alta hospitalaria	Probabilidad de fallecimiento a los 4 años tras alta hospitalaria	Probabilidad de fallecimiento a los 2 años en Atención Primaria
Bajo riesgo	0-2 puntos	12,1%-14,6%	52%	8,5%-11%
Riesgo bajo-intermedio	3-6 puntos	21,5%-31,5%	73,5%	18%-21,6%
Riesgo intermedio-alto	7-10 puntos	45%-50%	85%	26,8%-29,5%
Riesgo alto	≥11 puntos	68%-61,3%	92%	41,8-43,7%

Índice BARTHEL

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

Interpretación

Puntaje	Clasificación
<20	Dependencia total
21 – 60	Dependencia severa
61 – 90	Dependencia moderada
91 – 99	Dependencia leve
100	Independencia

Anexo 2:

FACTORES PRONÓSTICOS Y CRITERIOS DE TERMINALIDAD EN ENFERMEDAD ONCOLÓGICA Y EN ENFERMEDADES AVANZADAS NO ONCOLÓGICAS

Se ofrecen estas pautas como una herramienta conveniente y no como reemplazo del criterio profesional para que pueda determinar cuándo sus pacientes cumplen con las pautas clínicas de elegibilidad para servicios de hospicio para enfermedades que limitan la vida. Estas pautas están basadas en las Guías Generales para determinar el pronóstico de la National Hospice Organization (11,12)

ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

- a) La impresión clínica por sí sola no constituye un parámetro exacto para predecir el pronóstico en pacientes de cáncer en situación terminal (necesidad de modelos que contemplen variables como la situación funcional global, el estado nutricional, etc.)
- b) Índice de Karnofsky < 50
- c) ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) igual o mayor a 3
- d) Presencia de síntomas como debilidad, anorexia, disnea de reposo, edema y delirium.
- e) La percepción subjetiva del propio paciente de peor calidad de vida más el deterioro cognitivo.
- f) Parámetros analíticos demostrativos en cuidados paliativos de una mayor relación con una mortalidad precoz son: hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, leucocitosis, neutropenia y linfopenia.

ENFERMEDADES AVANZADAS NO ONCOLÓGICAS ⁶

Es conocida la dificultad que existe para determinar cuando un paciente con enfermedad avanzada no maligna entra en fase Terminal. La razón principal radica en establecer criterios capaces de identificar un pronóstico de supervivencia de 6 meses en estos pacientes. Debido a esta dificultad es fundamental realizar una Valoración Multidimensional Individualizada (VMI) (Escala de valoración de las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria (ABIVD), exámenes cognitivos como los tests de Pfeiffer y Folstein, escalas de depresión). Existen otras variables que nos ayudan junto con la valoración a establecer el pronóstico:

-) la edad como indicador de comorbilidad y "fragilidad" (El síndrome de Declive es en muchos casos una situación que proviniendo desde la fragilidad acabará conllevando situaciones irreversibles)
 -) el tiempo de evolución del proceso causante de discapacidad
 -) el estado nutricional
 -) el deterioro cognitivo
 -) la depresión
- la falta de un adecuado soporte sociofamiliar.

CRITERIOS

I.- Paciente muy mayor con vida limitada debido a: diagnóstico específico, varios diagnósticos o sin un diagnóstico claramente definido. El paciente y/o familia están informados de la situación.

II.- Paciente y/o familia, previa información-comunicación, han elegido tratamiento de control de síntomas sobre tratamiento curativo.

III.- Paciente presenta alguno de los siguientes:

A: Documentación clínica de progresión de la enfermedad que puede incluir:

- 1) Progresión enfermedad primaria demostrada por medio de sucesivas valoraciones, estudios complementarios, etc.
- 2) Varias visitas a urgencias, hospitalizaciones, etc. en los últimos 6 meses.
- 3) Numerosas demandas de atención sanitaria en domicilio, residencias asistidas, etc.
- 4) Objetivación de un declive funcional reciente:
 - a) Declive reciente en pacientes con reducción previa de la funcionalidad por enfermedad crónica (ej. paciente con paraplejia crónica por alteración de la médula espinal que recientemente es diagnosticado de un cáncer).
 - b) Disminución funcional documentada por:
 - Karnofsky 50
 - Dependencia en al menos 3 ABVD (bañarse, vestirse, comer, transferencias, continencia, capacidad de deambular independ. al baño).

B: Documentación de alteración nutricional reciente relacionada con el proceso terminal:

- 1) Pérdida de > 10% del peso de forma no intencionada en los últimos 6 meses.

2) Albúmina < 2.5 g/dl.

Nivel de evidencia III .Recomendación C

Enfermedad pulmonar avanzada:

El Medicare Hospice de USA considera que la situación de enfermedad terminal pulmonar viene definida por los siguientes criterios:

- . Enfermedad pulmonar crónica severa documentada por disnea de reposo con respuesta escasa o nula a broncodilatadores.
- . Progresión de la enfermedad evidenciada por: incremento de las hospitalizaciones o visitas domiciliarias por infecciones respiratorias y/o insuficiencias respiratorias
- . Hipoxemia, pO_2 55 mmHg en reposo y respirando aire ambiente o StO_2 88 % con O_2 suplementario, o hipercapnia, pCO_2 50 mmHg.
- . Insuficiencia cardíaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar.
- . Pérdida de peso no intencionada de >10% durante los últimos seis meses.
- . Taquicardia de > 100 ppm en reposo.

(Estos criterios hacen referencia a pacientes con varias formas de enfermedad pulmonar avanzada que siguen a un final común de enfermedad pulmonar terminal. Los criterios 1, 2 y 3 deben estar presentes)

Insuficiencia cardíaca avanzada

La situación clínica de terminalidad viene dada cuando la insuficiencia cardíaca avanzada es refractaria al tratamiento médico y no es subsidiaria de trasplante cardíaco.

Son factores pronóstico relacionados con la SET:

- . Disnea grado IV de la NYHA
- . Fracción de eyección del 20%
- . Persistencia de los síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva a pesar del tratamiento adecuado con diuréticos, vasodilatadores e IECAs.
- . Insuficiencia cardíaca refractaria y arritmias supraventriculares o ventriculares resistentes al tratamiento antiarrítmico

Enfermedad hepática avanzada: cirrosis hepática

Factores pronóstico relacionados con la SET:

- . Insuficiencia hepática grado C de la clasificación de Child-Pugh :
 - Encefalopatía grado III-IV
 - Ascitis masiva
 - Bilirrubina > 3 mg/dl
 - Albúmina < 2.8 g/dl
 - T. de protrombina < 30 %
- . En la que se ha descartado el trasplante hepático
- . El síndrome hepatorenal debido a que carece de tratamiento médico eficaz ya suele ser un indicador de situación clínica terminal.

Insuficiencia renal cronica avanzada

La situación terminal en pacientes con enfermedad renal avanzada y que no van a ser dializados viene dada ante:

- . Manifestaciones clínicas de uremia (confusión, náuseas y vómitos refractarios, prurito generalizado, etc.
- . Diuresis < 400 cc/día
- . Hiperkalemia > 7 y que no responde al tratamiento
- . Pericarditis urémica
- . Síndrome hepatorenal
- . Sobrecarga de fluidos intratable.

Demencias muy evolucionadas y Enfermedad cerebrovascular cronica avanzada

En estos pacientes también existe dificultad para hacer pronósticos a medio plazo. Existen múltiples factores que si son considerados nos ayudarán a individualizar la toma de decisiones y/ a decidir el esfuerzo diagnóstico y terapéutico a emplear. Entre otros cabe destacar :

- . Edad > 70 años
- . FAST (FunctionalAssessmentStaging) > 7c
- . Deterioro cognitivo grave (MMSE: Mini-Mental StateExamination < 14)
- . Dependencia absoluta
- . Presencia de complicaciones (comorbilidad, infecciones de repetición -urinarias, respiratorias-, sepsis, fiebre a pesar de la antibioterapia)

- . Disfagia
- . Desnutrición
- . Ulceras por presión refractarias grado 3-4

La VMI de cada paciente nos ayudará a ver globalmente la situación del mismo así como a personalizar las decisiones, que deben estar basadas en el juicio clínico apoyado sobre los factores pronósticos citados, así como en las opiniones y deseos del paciente, familia y del equipo multidisciplinar.

Toma de decisiones:

La base fundamental de la toma de decisiones en pacientes con enfermedad crónica no oncológica, tiene en cuenta diversos aspectos: *Enfermedad + Grado de evolución de la misma + Grado de deterioro funcional global + Gravedad de las sobre agudizaciones/crisis + Deseos, metas y opiniones de los pacientes/familia durante el cursode la enfermedad*

Anexo 3: RECOMENDACIONES PARA EL CONTROL SINTOMÁTICO DE PERSONAS QUE REQUIERAN DE ATENCIÓN PALIATIVA

CONSIDERACIONES ETICAS

- Existencia de síntoma refractario
- Objetivo de reducir el sufrimiento
- Obtención de consentimiento: del paciente o de la familia (consentimiento delegado): *no siempre tiene que estar por escrito pero si registrar en HC*
- Comunicación paciente/familia/equipo

INDICACIONES DE SEDACION PALIATIVA

- Delirium hiperactivo refractario (agitación, alucinaciones, inquietud, hipervigilancia)
- Disnea refractaria
- Hemorragia grave
- Dolor no controlado
- Sufrimiento existencial

TIPOS DE FARMACOS

- Benzodicepinas: Midazolam. DM 160-200 mg/día
- Neurolépticos: Levomepromazina (DM 300 mg/día) mas sedativo que Haloperidol y se puede usar SC; la Clorpromazina NO
- Barbitúricos: Fenobarbital
- Anestésico: Propofol

MIDAZOLAM EV

- Diluir una ampolla de MDZ 15mg/3ml en 7ml de SF: ***queda una dilución de 1ml=1.5mg***
- Administrar el bolo de inducción (entre 1 a 3 cc de la dilución) cada 5 minutos hasta que el paciente esté relajado y tranquilo. FR>8
- La dosis requerida será la dosis de inducción

Paciente que no recibía BZP previamente o muy debilitados

- Dosis de inducción: 1.5mg cada 5 min (1cc de la dilución)

Paciente con BZP previas

- Dosis de inducción: 3mg cada 5 min (2cc de la dilución)

Si se indica

una infusión

continua

ICEV = (dosis de inducción x 6) + dosis de rescate

recordar también las

dosis de

rescates

En caso de requerir una sedación rápida y profunda (Ramsay V o VI) doblar las dosis recomendadas

MIDAZOLAM SC

Paciente que no recibía BZP previamente o muy debilitados

- Dosis de inducción: 2.5 a 5mg cada 5 min
- Dosis de rescate 2.5 a 5mg
- ICSC: 0.4 – 0.8mg/h

Paciente con BZP previas

- Dosis de inducción: 5 a 10mg
- Dosis de rescate 5-10mg
- ICSC: 1 – 2mg/h

LORAZEPAM (amp 4mg/ml)

- Dosis inicio: 0.5 – 1mg cada 1-2hs (VO, EV, IM, SL)
- ICEV: 0.01 – 0.1 mg/Kg/h

LEVOMEPRMAZINA amp 25 mg/ml

Antes de iniciarla reducir BZP a la mitad, y días siguientes 1/3 de la dosis diaria

• **Vía SC:**

Dosis de inducción en bolo: 12.5-25 mg

Dosis de rescate: 12.5 mg

Dosis inicial en ICSC: 100mg/24h

- **Vía EV:** la mitad de las dosis SC

HALOPERIDOL (amp 5mg/ml)

- **Vía SC:** 1.5 a 2.5 mg/8h.
- Rescates 1.5-2.5 mg/30min, max. 3
- ICSC 5-15 mg/24h.
- DM 20 mg/24h.

CLORPROMAZINA (amp 50mg/2ml)

- Inducción EV 12.5 - 25mg cada 4 a 12hs
- Rescates 12.5 mg/30 min. Max. 3
- DM 300 mg/24 h
- NO usar por Vía SC

PROPOFOL Y FENOBARBITAL

Antes de iniciar perfusión: suspender BZP y reducir opioides a la mitad

- No mezclar con otros fármacos
- Se usa en pacientes que no responden a tratamientos previos
- **Fenobarbital:** 100 – 200mg inicio, hasta 800 -1600/ 24hs
- **Propofol:** 0,3 – 3mg/kg/h (no > a 4,5mg/kg/h) solo vía EV. Calcular el peso ideal no el real

MORFINA

- Manejo practico: 1 amp de morfina trae 10 mg en 1 ml. Diluyo en 9 cc de SF
- Administro 2 cc (2 mg) cada 10 - 15 min; hasta controlar el dolor
- La dosis total administrada es la dosis que se requiere cada 4 hs
- Si deseo dejar goteo continuo multiplico esa dosis x 6
- Rescates: 10% de la dosis total

FENTANILO

- 1amp = 250 mcg/5ml = 50 mcg/ml
- Diluyo en 5cc de SF
- Inicio con bolos de 25-50 mcg (1-2ml) cada 5 min, hasta lograr alivio del dolor
- Luego a la dosis analgésica la multiplico x 24 y la dejo en infusión continua (promedio 25 mcg/hora)
- Rescates: 10% de la dosis total

Ejemplo: Logro controlar el dolor con 100mcg (4 cc de la dilucion);para conocer la dosis en 24 hs:

multiplico 100 mcg x 24 hs: 2400 mcg de FNT a pasar en 24hs (10 amp. FNT)

EQUIVALENCIAS

- 10mg morfina: 100 mcgfentanilo
- Morfina-fentanilo: 1:100
- Morfina-oxicodona: 1:1,5
- Morfina-metadona: 1:5

- MORFINA: 3: VO
2: SC
1: EV

HIPODERMOCLISIS: VIA SC

Tipos de infusión:

- **Volumen Máximo: 1500 ml/24 hs por cada aguja mariposa**
- **Tasa de infusión continua: hasta 100 ml/hr. según tolerancia**
- **Bolos: 500 ml en una hora en un mismo sitio de aplicación**
- **Administración de drogas en bolo o infusión continua**
 - **Utilizar aguja mariposa (Butterfly) número 21 o 23**
 - **Lavado de manos y desinfección de la zona**
 - **Realizar un pliegue en la piel e insertar la aguja a 45° con en bisel hacia arriba, perpendicular al eje del cuerpo**
 - **Cubrir con apósito transparente o adherir con cinta (dejando libre el sitio de inserción)**
 - **Se puede utilizar bomba de infusión, jeringas inyectoras o goteos comunes**

SITIOS DE INCERSIÓN

- **Sitio de inserción: Tórax superior, infraclavicular, subescapular o abdomen (evitar tejido mamario y miembros)**
- **Duración variable**
- **Rotar el sitio si aparece dolor, enrojecimiento, sangrado, hematoma, induración, pérdida de líquido**
- **Colocar la solución a infundir a 1,5 m. de altura (si no se cuenta con bomba de infusión)**

No existe una norma estricta para recambiar el sitio de punción. Se recomienda cambiar cada 7 días pero puede utilizarse por más tiempo si no hay complicaciones.

¿QUE ADMINISTRAR?

- **Solución fisiológica**
- **Dextrosa 5% en solución fisiológica**
- **2/3 de Dx 5% + 1/3 de solución fisiológica**
- **Dx 5% + 20 ml de clorurado hipertónico**
- **CIK+ hasta 40 mEq/L**
- ***Evita la dextrosa 5% sola***

MEDICACIONES COMPATIBLES

- Morfina
- Oxycodona
- Fentanilo
- Nalbufina
- Naloxona
- Atropina
- Dexametasona (*diluida, lenta, en bolo produce ardor*)
- Hidrocortisona
- Hioscina
- Diclofenac
- Dipirona
- Dextropropoxifeno
- Metoclopramida
- Furosemida
- Haloperidol
- Vitamina K
- Midazolam
- Fenobarbital
- Octreótido
- Hialuronidasa
- Ondansetrón
- Ranitidina
- Ketamina
- Sulfato de magnesio
- Cloruro de potasio

CONTRAINDICACIONES

- **No aplicar sobre piel infectada, lesionada y/o irradiada**
- **Anasarca**
- **Sobrehidratación**
- **Coagulopatía** (Relativa)
- **Plaquetopenia** (Relativa)