

Recomendaciones para regularizar la práctica para la toma de decisiones en los efectores de salud en situaciones de crisis evidenciadas por la Pandemia de COVID-19. Ampliación del DCOES112. Actualización 22/05/2021

El presente documento es complementario al DCOES112 y 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.

Es importante tener en cuenta la Sección **B. LINEAMIENTOS ÉTICOS Y SU APLICACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS A PACIENTES QUE REQUIEREN CUIDADOS CRÍTICOS** del DCOES112.

En este sentido, el COES considera necesario planificar el proceso de evaluación de pacientes y ampliar las herramientas para llevar a cabo la toma de decisiones en situaciones en las cuales se presenten personas con similares probabilidades de beneficiarse con el ingreso a cuidados intensivos frente a la disponibilidad de un único recurso (Sección B, ítem J del DCOES112)

A- Procedimiento para la toma de decisiones:

- 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 atención, así como los subsectores de salud que deben funcionar de modo coordinado y coherente con una direccionalidad con base en el ministerio de salud.
- Cada efector categorizado de Segundo y Tercer Nivel de Atención debe definir nuevos roles acordes a las necesidades del momento epidemiológico:
- Definir un **equipo de triage interdisciplinario** con referente hospitalario, de ser posible, independiente del médico tratante. Cuyo objetivo principal será la evaluación clínica integral de



los pacientes y la selección de aquellos que sean posibles candidatos a ingresar a una Unidad de Cuidados Intensivos.

- En situaciones extremas, si se presentara un gran número de personas con indicación de requerimiento de cuidados intensivos frente a la disponibilidad de un único recurso el equipo de triage deberá realizar la evaluación de los pacientes mediante la herramienta descrita en el Flujograma de Toma de Decisiones (ítem C). Si se encuentran dos pacientes con una situación similar de potencial beneficio de la recepción de cuidados críticos, lo que sería extremadamente excepcional, el criterio “primer llegado, primer ingresado” debería ser el aplicado, teniendo en cuenta que admitir un ingreso implica denegar un ingreso a otra persona que también podría beneficiarse.

- Como premisa debe tenerse en cuenta las decisiones anticipadas del paciente y/o familiares por escrito con firma y aclaración del familiar declarante de la voluntad en caso de que el paciente no pueda expresarla. Consultar **siempre** si el paciente dispone directivas anticipadas y respetar sus deseos. **Se debe dejar constancia en la Historia Clínica.**

- **El equipo de triage deberá conformar un listado de personas que se decide no ingresar a la unidad de cuidados intensivos 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.**

- **Todas las acciones deben ser registradas en la Historia Clínica del Paciente.**

- Designar un profesional **referente de pacientes moderados** en el efector, que puede formar parte del equipo de triage que comunicará diariamente antes de las 11 horas el listado de pacientes que puedan requerir internación en cuidados intensivos al Equipo de Monitoreo de Internación de Pacientes Moderados del Ministerio de Salud.

- En el efector se debe conformar un **equipo auditor** que revise la evaluación de cada uno de los pacientes pasibles de acceder a cuidados intensivos. Este equipo debe ser interdisciplinario independiente del equipo tratante. Es recomendable incluir a un miembro del Comité de Ética Hospitalario y del área legal (si existen en el efector). Para este equipo se pueden convocar profesionales reconocidos que estén retirados de la actividad asistencial, referentes de los colegios profesionales del campo de la salud, del derecho, ciencias sociales (antropólogos, sociólogos).

- La evaluación de cada paciente por parte del equipo auditor debe ser registrada en un libro de actas.

- La Unidad de Cuidados Intensivos a partir de los listados recibidos por Unidad de Monitoreo de Internación de Pacientes Moderados y en conjunto con los directores de



hospitales realizará la distribución de los pacientes se debe coordinar de acuerdo al orden en el listado y según geografía de recursos sanitarios disponible.

- Aquellos pacientes que no sean derivados a las unidades de cuidados intensivos deben recibir cuidados paliativos adecuados.
- 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 triage (si existiese) y equipo tratante y generar reuniones virtuales para revisiones expeditas y ejecutivas.
- **Resulta fundamental establecer un programa de contención y acompañamiento para el personal de salud, pacientes y sus familiares o allegados. Este programa debe ser desempeñado por los referentes de salud mental de los efectores en articulación con el equipo de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud.**

B- Aspectos clínicos para la toma de decisiones

Criterios de inclusión:

- A) Pacientes críticamente enfermos que requieran monitoreo continuo y/o invasivo de presión arterial y que deban ser intervenidos por requerimiento de IOT/ARM, shock séptico, SDRA, hipertensión endocraneana y requerimiento de punciones a repetición y/o la colocación de válvula de derivación, ECMO, hemodiálisis, balón intraaórtico, asistencia ventricular extracorpórea. Síndrome coronario agudo
- B) Pacientes inestables que requieran control clínico y/o de laboratorio cada 2/4 hs, con requerimiento de VNI, titulación de fármacos antiarrítmicos, vasodilatadores, inotrópicos.

Criterios de exclusión:

- A) Deseos del paciente o familiares (en caso de pacientes no lúcidos). Directivas anticipadas del paciente o por representación (por escrito), órdenes de no reanimación.
- B) Exclusión por calificaciones mínimas para la sobrevida (indican una baja probabilidad de supervivencia a la enfermedad aguda actual).
 - Paro cardíaco: No presenciado. Ritmo no desfibrilable. Recurrente
 - Evento neurológico severo e irreversible, con riesgo de mortalidad > 30% o mala calidad en la sobrevida basado en:
 - Hemorragia intracerebral con score ICH de 2-7



- Hemorragia subaracnoidea con Glasgow 3-12 o 13-14 y déficit focal
- Trauma encefálico con mortalidad > 30% en score IMPACT
- Accidente cerebro vascular isquémico con NIHSS 14-42

C) Exclusión por una baja probabilidad de supervivencia más allá de unos pocos meses independientemente del episodio agudo actual.

- Cirugía paliativa electiva o de urgencia
- Inmunocompromiso avanzado e irreversible.
- Caquexia
- Enfermedad neurodegenerativa avanzada e irreversible (Ej.: ELA, Enf. de Parkinson, Leucoencefalopatía multifocal progresiva avanzada)
 - Deterioro cognitivo moderado o severo de base por una enfermedad progresiva, fehacientemente constatada, con compromiso significativo de las actividades más importantes (Escala Bathel –Anexo 1 DCOES112)
- Enfermedad maligna metastásica:
- ECOG \geq 2
- Enfermedad progresiva o sin respuesta en tratamiento
 - Mortalidad esperada > 50% en 1 año
- Tratamiento experimental
 - Estadio terminal de funcionamiento de algún órgano o trasplante previo con evidencia de rechazo o disfunción crónicas en órgano trasplantado:
- Insuficiencia cardíaca terminal con síntomas estadio 3 o 4 NYHA no elegible para trasplante o soporte mecánico
 - Aumento de BNP
- Síndromecardiorrenal
- Alta reciente (< 50 % del predicho (en FQ post broncodilatador), PO₂ basal < 55 mmHg. IRA hipercápnica (como PaCO₂ > 45 mm Hg con pH < 7.35
- Fibrosis pulmonar con VC < 60 % del predicho, PO₂ basal < 55 mmHg o HTP secundaria (no es criterio de ARM)
- Falla hepática crónica con falla de 1 o más órganos o sistemas/MELD score \geq 15

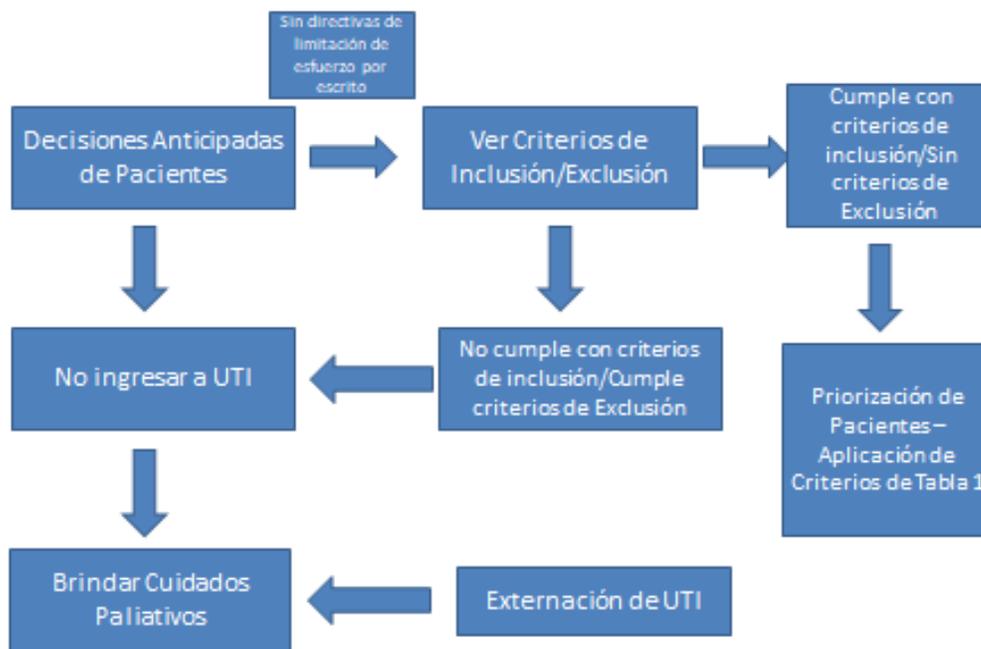
Recomendaciones específicas en pacientes con patologías compatibles con infección por VIH, TBC, HBV, HCV, y situación social vulnerada:

No se considera criterio de exclusión el abandono de tratamiento (TARV, Antifímicos, diuréticos, AAD), el fallo virológico y/o inmunológico en pacientes con infección por VIH, pacientes con TBC MDR, si por el estado clínico que padecen se requiere monitoreo en unidad de aislamiento.

(Ej.: Pacientes con Criptococosis meníngea con signos de hipertensión endocraneana, y requerimiento de punciones lumbares a repetición, infección por Pneumocystis jirovecii con requerimiento de oxigenoterapia y corticoides, para monitoreo las primeras 48-72 hs)

Tanto los criterios de exclusión B, como C, descriptos precedentemente deben ser complementados con el juicio clínico, ya que pueden existir condiciones no enumeradas que indiquen mal pronóstico.

D) Flujograma del proceso de toma de decisiones



En el siguiente cuadro (tabla 1) se muestra el criterio elegido como guía para la priorización de los pacientes basado en los criterios de sobrevida a corto plazo, a score SOFA y de sobrevida



a largo plazo. Esto otorga un máximo de 15 puntos, siempre tomando los antecedentes de acuerdo al porcentaje de sobrevida al año y a la ocupación de los recursos.

La edad solo debe ser utilizada cuando con los demás criterios no se logra discriminar, y otorga de 1 a 5 puntos. (*)

Debe discriminarse positivamente a niños, adolescentes, personas gestantes con feto viable y personas que desarrollen tareas o funciones consideradas esenciales en la situación de pandemia. Estos pacientes deben ser considerados utilizando la misma herramienta obteniendo un punto de crédito (- 1).

Los pacientes pediátricos pueden necesitar ser considerados por separado, ya que pueden requerir el uso de diferentes recursos. Las personas con el puntaje acumulado más bajo recibirían la máxima prioridad para recibir ventilación mecánica y servicios de cuidados críticos.

	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos
Pronostico para supervivencia a corto plazo (Score SOFA)	Score SOFA <6	Score SOFA 7-8	Score SOFA 9-11	Score SOFA 12-14	Score SOFA >15
Pronostico para supervivencia a largo plazo (evaluación médica de comorbilidades)	Sin comorbilidad que limite supervivencia a largo plazo	1-2 comorbilidades con bajo impacto por control adecuado. Sin complicaciones actuales	1-2 comorbilidades con moderado impacto por controles inadecuados o sin control actual	1-2 comorbilidades con franco impacto en la supervivencia a largo plazo	Comorbilidad severa, probable muerte dentro de un año
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 50-59 años	Edad 60-69 años	Edad 70-79 años	Edad >80 años



Bibliografía:

- 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) https://www.medicinabuenaosaires.com/indices-de-2020/volumen-80-ano-2020-s-3-indice/guias_eticas/
- SOFA: Sequential Organ Failure ASsesment (Evaluación de insuficiencia organica secuencial) <https://www.mdcalc.com/sequential-organ-failure-assessment-sofa-score>
Modificado de White and al. Ann InternMed. 2009, 150:132-138 y DaughertyBiddison et al CHEST 2019, 155(4): 848-854
- Guías para el ingreso y Egreso de Pacientes a Unidades de Terapia Intensiva. Hospital de Infecciones Francisco Muñiz
- ÉTICA EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS LIMITADOS EN CUIDADOS CRÍTICOS POR SITUACIÓN DE PANDEMIA. Recomendaciones Agosto 2020. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/etica_en_asignaciones_recurso_s_limitados.pdf