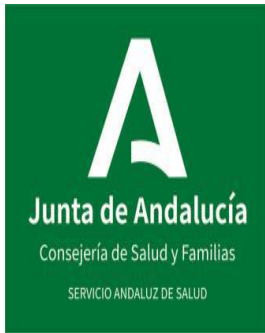


RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN SITUACIÓN PALIATIVA Y SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS CON INFECCIÓN POR COVID19

AUTORES:

- 1. Adoración Alba Rosales. Enfermera Gestora de Casos**
- 2. Francisco José Jodar Morente. FEA Medicina Interna. Hospital Universitario de Jaén**
- 3. M^a Carmen Ortega Armenteros. Médico ESCP. Hospital Universitario de Jaén**



INTRODUCCIÓN

Ante una situación de salud pública como la que estamos viviendo por la pandemia del COVID19, es importante valorar la actuación ante pacientes especialmente vulnerables (pacientes en situación paliativa por distintas patologías), que son subsidiarios de ser atendidos tanto en el ámbito hospitalario como en el ámbito extrahospitalario (residencias sociales, domicilio), ya que corremos el riesgo de que en la vorágine de la actuación, con la presión continua sanitaria y social no demos la atención adecuada y necesaria en cada momento.

Tras la reflexión por parte de profesionales de distintas disciplinas y ámbitos de actuación vemos necesario establecer un protocolo de actuación, siguiendo las recomendaciones de la Consejería de Salud y Familias, Sociedades Científicas (SECPAL, SEMICYUC) ante el agravamiento de síntomas de los pacientes atendidos en la residencia y domicilios, procurando en la medida de lo posible que permanezcan en su entorno e iniciar la aplicación de medidas paliativas, para alcanzar los objetivos antes mencionados.

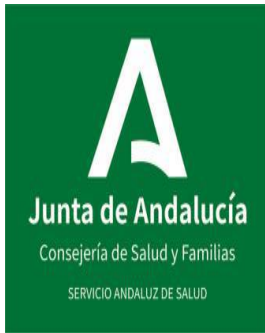
Estas recomendaciones también pueden ser útiles para aquellos enfermos graves ingresados en los hospitales que, después del triaje realizado en los mismos, no sean candidatos a ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos pero se encuentren con una carga sintomática grave que requiera de una atención paliativa que alivie sus síntomas y el sufrimiento, tal y como recoge la SECPAL.

RECOMENDACIONES GENERALES

Cualquier persona, independientemente de su edad y enfermedad, tiene derecho a recibir asistencia sanitaria adecuada y la intensidad de ésta se determinará según criterios objetivos y expectativas de resolución del proceso con buena calidad de vida y funcionalidad.

OBJETIVOS DE ESTAS RECOMENDACIONES

1. Proporcionar una atención de calidad por medio de un control adecuado de síntomas y medidas de máximo confort.
2. Optimizar los recursos, movilizándolo a pacientes que se beneficien de medidas intensivas y en los que no se beneficien se establezcan las medidas de soporte y confort adecuadas a la situación vital del paciente, en el medio asistencial más adecuado.
3. Promover el bienestar profesional y el autocuidado para evitar el burnout y la fatiga por compasión.



RECOMENDACIONES ETICAS EN LA TOMA DE DECISIONES

Los dilemas éticos que se generan en la actuación en pacientes al final de la vida son constantes y en esta situación excepcional aún más. Con el aval de distintas sociedades científicas y comités de bioética se ha establecido una serie de recomendaciones generales para las decisiones éticas difíciles en el proceso de adecuación de la intensidad terapéutica (anexo I).

Recomendando una valoración global de la persona, conociendo los valores y preferencias de esta, priorizando la supervivencia al alta hospitalaria, valorando el número de años de vida salvados o las posibilidades de vivir de cada una de las etapas de la vida.

Siempre ofreciendo alternativas asistenciales de calidad, que cubran las necesidades básicas y esenciales de las personas y de sus familias (incluyendo soporte emocional y el control sintomático).

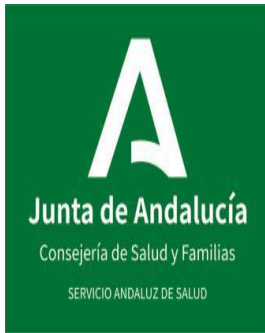
Y en este escenario se ha de establecer el mejor de los tratamientos y cuidados dentro del marco de:

- Justicia,
- Deber de cuidar,
- Deber de administrar los recursos,
- Transparencia,
- Consistencia,
- Proporcionalidad
- Responsabilidad

CRITERIOS DE MANEJO DOMICILIARIO.

Sospecha /Confirmación de infección por COVID 19 junto con signos de compromiso respiratorio (Cianosis, usos de musculatura accesoria, desaturación) y además:

1. Cualquier enfermedad con una expectativa de vida inferior a un año (NECPAL +)(Anexo II)
2. Paciente con edad superior a 80 años y con enfermedad grave de órgano (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%, Hipertensión pulmonar primaria con NYHS clase III o IV, necesidad de oxigenoterapia domiciliaria o Fracaso hepático con Child-Pugh score >7)
3. Deterioro cognitivo severo de base
4. Enfermedad neuromuscular avanzada sin posibilidad de tratamiento
5. Evento neurológico severo e irreversible
6. Escala de fragilidad igual o superior a 7
7. Paciente paliativo oncológico



ANTES DE SOSPECHA :

CLASIFICAR LOS PACIENTES ATENDIENDO LOS SIGUIENTES ITEM:

- Valorar al paciente de forma global, recogiendo los criterios de manejo domiciliario antes señalados.
- Tener en cuenta otros aspectos más allá de la edad cronológica y valorar fragilidad, multimorbilidad.
- Conocer valores y preferencia de las personas
- Establecer el ajuste de intensidad terapéutica
- Comunicar a los pacientes y familiares la situación y la justificación de las medidas que se tomarían

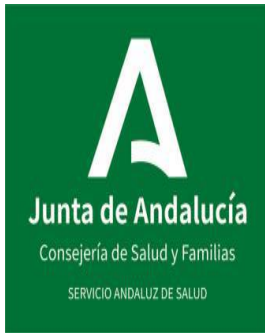
Una vez identificado el paciente según su situación establecer la estrategia a seguir.

1. Valoración (Se realizará de manera consensuado por Médico de Familia, Enfermera Gestora de Casos asignada a residencia, Enfermera de Residencia y Médico de Residencia si lo hubiere), apoyo del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos.
2. Valorada la situación clínica basal se recogerá en su historia de salud y se dejará copia en la historia clínica de la residencia.
3. Recogida de Planificación Anticipada de Toma de Decisiones si la situación cognitiva del paciente lo permitiese. Si existe registro de Voluntades Vitales anticipadas identificarlo en la historia clínica.
4. Comunicar a la familia la actitud a seguir en caso de infección y/o sospecha.

ANTE PACIENTE CON CLINICA QUE SE HA DESESTIMADO INTERVENCIÓN INTENSIVA Y APARECEN SINTOMAS

1. Valoración por Médico de Familia/Médico de Residencia/Médico de SUAP recogiendo la situación basal, la actuación a seguir e identificar los síntomas presentes en el paciente para establecer el adecuado tratamiento sintomático
2. Comunicar a la familia la situación y la actitud a seguir

Los ESCP (Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos) serán consultores y apoyo a los médicos adjudicados a residencias en coordinación con Enfermero gestor de casos.



3. SINTOMAS PRINCIPALES QUE PUEDEN APARECER Y TRATAMIENTO

- Disnea y Tos
- Fiebre
- Estertores
- Delirio/agitación

4. La vía de acceso para la administración de la medicación preferiblemente es la vía subcutánea y la vía oral en el caso de que esté presente.

5. Medicación necesaria para el control de síntomas

a. Control de Disnea y Tos .

La morfina es útil para el alivio de estos dos síntomas. Si el paciente tiene vía oral se iniciará tratamiento con Codeína o Dextrometorfano para la tos, en caso de que no se controle con estos fármacos o en ausencia de vía oral se inicia con cloruro mórfico por vía subcutánea estableciendo:

* Dosis inicial 5 mg de cloruro mórfico 1% por vía subcutánea cada 4 horas valorando a las 24 horas por vía telefónica el control sintomático y las necesidades, según necesidades se establecerá la pauta a seguir.

Establecer oxigenoterapia (utilizar el circuito establecido como Oxigenoterapia Paliativa)

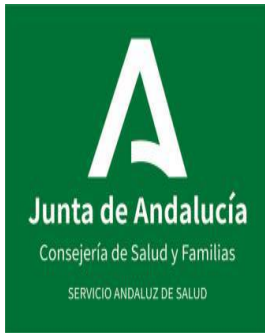
b, Fiebre.

Es previsible que presenten fiebre en estas circunstancias, además de las medidas físicas y cuidados se indica:

* Dexketoprofeno 50 mg 1 ampolla cada 8 horas por vía subcutánea, No está indicado el uso de Paracetamol ni Metamizol por la vía subcutánea.

c. Estertores

* Buscapina 20 mg /8 horas pudiendo subir a cada 6 horas por vía subcutánea.



d. Delirio/agitación

* Midazolam ampollas de 15 mg/3 ml iniciar con 5 mg (1 ml) cada 4 horas si precisa por vía subcutánea

* Levomepromacina 25 mg, 12 mg /12 horas en caso de agitación no controlada con midazolam

La pauta de actuación se dejará por escrito para la administración por parte del personal de la residencia o en el caso del domicilio por sus familiares que se les adiestrará. Valorar todas las mañanas el control de síntomas y la necesidad de fármacos.

Si por la evolución del paciente llegamos a situación de últimos días por irreversibilidad del proceso y ante síntomas refractarios (no responden a lo anteriormente señalado), se indicará el iniciar Sedación Paliativa y desprescripción de medicación fútil.

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 y se encuentren en fase de últimas horas /días de vida.

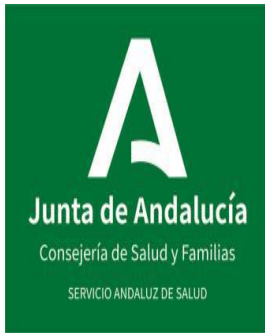
La toma de decisiones se realizará consensuado con el Equipo Terapéutico.

Comunicación con la familia: vía telefónica, si no es posible la comunicación directa con la familia por situación de aislamiento ante caso confirmado

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

Esta información se transmitirá a la familia por parte de médico/enfermero de la residencia en caso de estar institucionalizado. En caso de estar en domicilio por parte del personal sanitario que inicia tratamiento y establece plan terapéutico.



ANALISIS DE RECURSOS

- Recursos convencionales en domicilio. **Horario 8 a 15 horas de lunes a viernes**

- Médico de familia
- Enfermera de Familia
- Enfermera Gestora de Casos

Horario 13 h a 8 h tarde de lunes a viernes

- **1 Enfermera Gestora de Casos**

- Recursos convencionales en **Residencia. Horario 8 a 15 horas de lunes a viernes**

- 1 Médico de familia referente
- 1 Enfermera de Familia referente
- 1 Enfermera Gestora de Casos referente
- PERSONAL DE RESIDENCIA (Médicos, enfermeros, auxiliar- cuidador)

Horario 13 h a 8 h tarde de lunes a viernes

- **1 Enfermera Gestora de Casos**

Sábados y Domingos

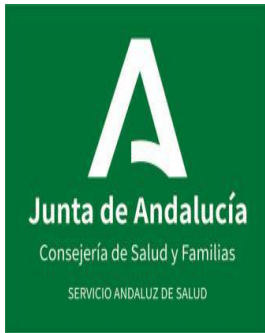
- 3 Enfermeras Gestoras de Casos referentes de guardia **de 8 a 15 horas**
- Personal de Residencia: Enfermera/ auxiliar / cuidador.

- Recursos avanzados

- Equipo de soporte de cuidados Paliativos
- 1 Medica
- 2 Enfermeras

- Recursos de atención urgente

SUAP



REGISTRO

Registrar el procedimiento en la Historia Clínica electrónica, por parte del profesional que intervenga.

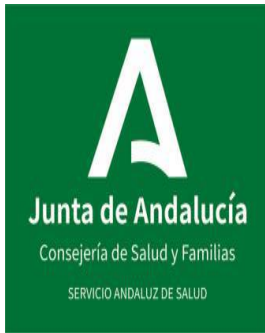
Contactar con ESCP por vía telefónica a través de los teléfonos corporativos que tienen los ESCP.

Registro en la historia clínica por parte del ESCP de la consultoría que se haga.

Para asegurar la continuidad asistencial los EGC comunicaran a los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) los pacientes en esta situación en domicilio y en residencia y su actitud consensuada.

CUIDADOS DEL DUELO

Seguimiento por parte de EGC de los cuidadores ya que al no haber estado presente durante la situación de últimos días por las circunstancias excepcionales es posible que se desarrolle un duelo complicado.



BIBLIOGRAFIA

1. 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: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).
2. 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)
3. Guías rápidas de apoyo y control sintomático en situaciones de COVID-19. Servicio de Medicina Paliativa-Clínica Universidad de Navarra Pamplona España

ANALISIS DE RECURSOS

- Recursos convencionales en domicilio. **Horario 8 a 15 horas de lunes a viernes**

- Médico de familia
- Enfermera de Familia
- Enfermera Gestora de Casos

Horario 13 h a 8 h tarde de lunes a viernes

- **1 Enfermera Gestora de Casos**

- Recursos convencionales en **Residencia. Horario 8 a 15 horas de lunes a viernes**

- 1 Médico de familia referente
- 1 Enfermera de Familia referente
- 1 Enfermera Gestora de Casos referente
- PERSONAL DE RESIDENCIA (Médicos, enfermeros, auxiliar- cuidador)

Horario 13 h a 8 h tarde de lunes a viernes

- **1 Enfermera Gestora de Casos**

Sábados y Domingos

- 3 Enfermeras Gestoras de Casos referentes de guardia **de 8 a 15 horas**
- Personal de Residencia: Enfermera/ auxiliar / cuidador.

- Recursos avanzados

- Equipo de soporte de cuidados Paliativos
- 1 Medica
- 2 Enfermeras

- Recursos de atención urgente

SUAP

Circuito de comunicación

Unidad de soporte cuidados paliativos con Atención Primaria.

Comunicación con Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP) se hace por vía telefónica directa con el ESCP en cualquier momento del horario laboral.

Se ha creado un grupo de wsab entre el Equipo de soporte y las EGC de todo el distrito para tener una comunicación diaria y rápida en la que solo escribiremos si tenemos necesidad de contactar ese día por desestabilización.

Circuito para coordinación con atención primaria

- **Entrada:** Alta hospitalaria/ SUAP/ Corona equipo/ UGC/ Residencia.
- **Valorado por Médico:** con necesidad de cuidados paliativos / inicio de tratamiento / precisa asesoramiento.etc
- **EGC** derivara al paciente a la unidad de soporte para seguimiento
- **Equipo de soporte de cuidados Paliativos** Se le hará un seguimiento telefónico/ 24 h por enfermeras de la unidad coordinadas con el médico para determinar intervención.
 - o Consensuar Tratamiento a seguir
 - o Atención domiciliaria por parte del equipo.
 - o Sedación paliativa
 - o Coordinación a través de EGC referente para instaurar tratamiento. Necesidades de material, medicación, necesidad de refuerzo educativo a la persona que cuida, etc.
- **EGC:** Coordinará con la UGC la atención o necesidades del paciente y derivará SUAP para asegurar la continuidad asistencial fuera del horario de atención (8 a...)

- **Salida:** estabilidad, exitus

Circuito de comunicación:

Equipo de soporte cuidados Paliativos Atención Primaria/SUAP

ENTRADA: Alta hospitalaria/ SUAP/ Corona equipo/ UGC/ Residencia.

Valorado por Médico: necesidad de cuidados paliativos / inicia tratamiento/precisa asesoramiento.etc

EGC deriva al paciente al Equipo de Soporte de Paliativos para seguimiento

Equipo de soporte de cuidados Paliativos
Seguimiento telefónico/ 24 h

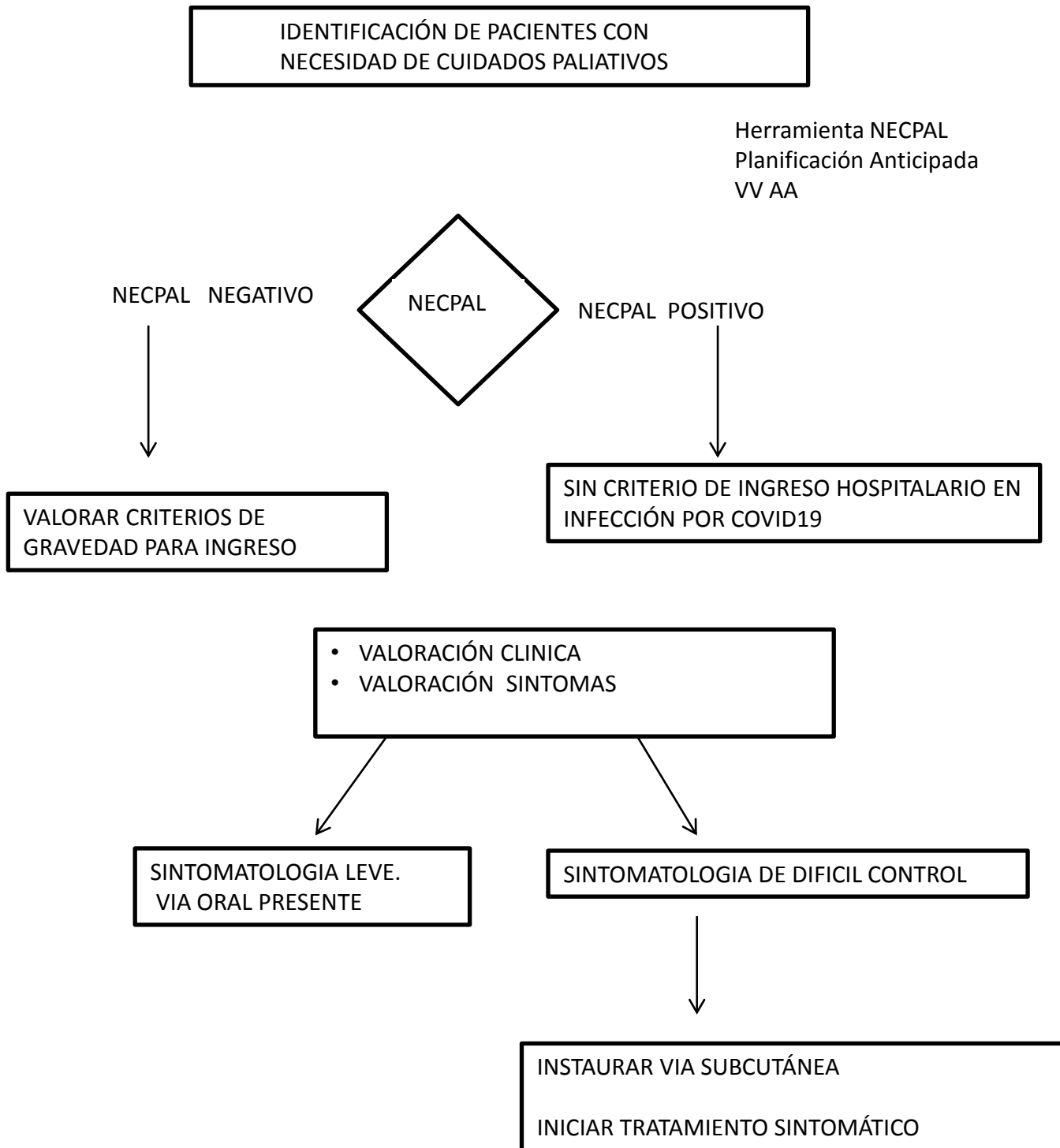
- Consensuar Tratamiento a seguir
- Atención domiciliaria por parte del Escp en caso de mal control
- Coordinación a través de EGC referente para instaurar tratamiento. Necesidades de material, medicación, necesidad de refuerzo educativo a la persona que cuida, etc.

EGC

Deriva a SUAP para la continuidad asistencial fuera del horario de atención (8 a...)

SALIDA: exitus, estabilidad (pasaría a seguimiento por la UGC)

ALGORITMO DE DECISIÓN PARA CONSIDERAR LA ATENCIÓN EN DOMICILIO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO O SOSPECHA DE COVID19 SIN CRITERIOS DE INGRESO EN UCI NI INGRESO HOSPITALARIO POR SITUACIÓN PALIATIVA



ALGORITMO DE MANEJO DEL PACIENTE EN SITUACIÓN DE ULTIMOS DIAS CON INFECCIÓN POR COVID19 EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Si es posible decisión tomada por dos profesionales
- Comunicación clara y empática
- Registro en historia de toma de decisiones

Criterios de manejo domiciliario:

Sospecha/confirmación de infección por COVID 19+

Signos de compromiso respiratorio y:

- Paciente mayor de 80 años con enfermedad de órgano terminal
- Paciente con demencia avanzada
- Paciente con escala de fragilidad mayor de 7
- Paciente oncologico paliativo
- Expectativa de vida inferior a un año

MANEJO DE PACIENTE NO SUCEPTIBLE DE TRASLADO AL HOSPITAL

OBJETIVO: Control sintomático

Fiebre

DexketoproFeno 1 ampolla cada 8 horas

Estertores

Buscapina 1 ampolla cada 8 horas

Agitación









Midazolam 15mg/3ml 1 ml cada 4 horas si precisa

Desprescribir medicación fútil

Utilizar la vía subcutánea para el manejo farmacológico

Reevaluar la situación del paciente en las siguientes horas

RECOMENDACIONES GENERALES relacionadas con las DECISIONES ÉTICAS DIFÍCILES y la ADECUACIÓN DE LA INTENSIDAD ASISTENCIAL / ingreso en las UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS en SITUACIONES EXCEPCIONALES DE CRISIS

 Relacionados con la ORGANIZACIÓN/ RECURSO (disponibilidad y alternativas)		 Relacionados con las CARACTERÍSTICAS de la PERSONA / SITUACIÓN GLOBAL		 Relacionados con la ÉTICA de las DECISIONES	
FACTOR	RECOMENDACIÓN	FACTOR	RECOMENDACIÓN	FACTOR	RECOMENDACIÓN
 PLAN DE CONTINGENCIA TERRITORIAL	<ul style="list-style-type: none"> Disponer de un plan de contingencia de emergencia que planifique la distribución de pacientes entre áreas geográficas. Priorizar la solidaridad entre centros para maximizar el bien común por encima del individual, valorando la posibilidad de transferencia o derivación a otro centro con posibilidades. Valorar la posibilidad de ampliar la capacidad de las UCIs locales, facilitando ingresos en otras áreas habilitadas para esta epidemia con recursos adecuados. 	 VALORACIÓN DE LA PERSONA	<ul style="list-style-type: none"> Valorar el paciente de forma global, y no la enfermedad de forma aislada. Para conocer la situación global, puede ser de especial utilidad contactar con su equipo de Atención Primaria. En el caso de personas mayores, la valoración implica tener en cuenta su situación global o “edad biológica”. <i>La Valoración Geriátrica Integral, las escalas clínicas de fragilidad o los índices de fragilidad pueden ser de ayuda para tal fin.</i> Conocer los valores y preferencias de la persona, preguntando por si dispone de un documento de voluntades anticipadas o existe un plan de cuidados anticipados 	 OUTCOMES	<ul style="list-style-type: none"> Ante las situaciones de crisis y la necesidad de estrategias de asignación, desde la ética se aboga por priorizar: <ul style="list-style-type: none"> la maximización de la supervivencia al alta hospitalaria la maximización del número de años de vida salvados la maximización de las posibilidades de vivir de cada una de las etapas de la vida. Aún así, es importante enfatizar que la edad cronológica (en años) en ningún caso debería ser el único elemento a considerar en las estrategias de asignación.
 OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar aquellos procedimientos que faciliten el destete de ventilación mecánica y agilizar los circuitos de traslados a planta Optimizar la dotación de personal asistencial en la medida de lo posible Minimizar los ingresos condicionados a pruebas terapéuticas. No ingresar pacientes que han dejado escritas voluntades anticipadas donde se rechazan medidas invasivas (o que disponen de Plan de Cuidados Anticipados donde se consensuan medidas de adecuación terapéutica) Valorar la agrupación a este tipo de pacientes en áreas específicas dentro de la UCI 	 PRIORIZACIÓN DE LAS PERSONAS según sus características y situación actual	<ul style="list-style-type: none"> Se propone utilizar la Clasificación de las personas según el modelo de 4 prioridades clásico de la UCI (<i>ver cuadro de la siguiente página</i>)* Se priorizará los ingresos en UCI de pacientes clasificados como Prioridad 1, en aquellos hospitales que dispongan de dispositivos de cuidados intermedios, dejando estos últimos para los pacientes con prioridad 2. Se tenderá a no ingresar en unidades de cuidados intensivos los pacientes de prioridad 3 y 4 en casos de crisis. 	 TRIAJE basado en la JUSTICIA DISTRIBUTIVA	<ul style="list-style-type: none"> Principio coste /oportunidad: admitir un ingreso puede implicar denegar otro ingreso a otra persona que puede beneficiarse más (<i>evitar el criterio “primero en llegar, primero en ingresar”</i>) Aplicar criterios estrictos de ingreso en UCI basados en maximizar el beneficio del bien común. Ante pacientes críticos con otras patologías críticas diferentes a la infección por COVID-19, se debe valorar ingresar prioritariamente el que más se beneficie. Estos principios se deberían aplicar manera uniforme a todas las personas -y no de forma selectiva a los de perfil geriátrico o con patologías crónicas-.

 <p>CONSENSO de los CRITERIOS a aplicar</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ante la limitación de recursos es imprescindible consensuar una serie de criterios -técnicos y éticos-comunes. Es probable que los criterios se deban modificar en función de la situación global. Ello puede requerir de la creación de un comité de expertos territorial y/o de los respectivos ámbitos, con la participación de los comités de bioética y los profesionales asistenciales (hospitalarios y/o comunitarios) 	 <p>Adecuación de la INTENSIDAD TERAPÉUTICA según evolución</p>	<ul style="list-style-type: none"> Establecer desde el ingreso un plan de adecuación terapéutica y documentarlo en la historia clínica con definición clara de si existe o no indicación de ventilación mecánica. En caso de complicaciones o mala evolución (<i>se pueden utilizar herramientas tipo SOFA,...</i>), plantear una desintensificación terapéutica - limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV), evitando la futilidad y priorizando medidas paliativas. En este caso, será pertinente el traslado a un área de menor complejidad, garantizando la atención paliativa (incluyendo soporte emocional y el control sintomático). 	 <p>Principio de PROPORCIONALIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> No ingresar a personas en las que se prevé un beneficio mínimo (como situaciones de fracaso multiorgánico establecido, riesgo de muerte calculado por escalas de gravedad elevado, o situaciones funcionales muy limitadas, condiciones de fragilidad avanzada, etc.) Valorar cuidadosamente el beneficio de ingreso de pacientes con expectativa de vida inferior a 1-2 años (<i>utilizando herramientas como el NECPAL o similar</i>)
 <p>Planificación de las ALTERNATIVAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> En caso de desestimar ingreso a UCI, el sistema tiene que ofrecer alternativas asistenciales de calidad, que cubran las necesidades básicas y esenciales de las personas y de sus familias (incluyendo soporte emocional y el control sintomático) 			 <p>TRANSPARENCIA Y CONFIANZA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se debe comunicar a pacientes /familiares la extraordinariedad de la situación y la justificación de las medidas propuestas. Estas decisiones deben ser consensuadas en la medida de lo posible, y públicamente defendibles
 <p>SOPORTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> Planificar acciones para dar soporte a los familiares y a los profesionales, dado el impacto emocional/ <i>distress</i> moral de las decisiones éticas e incertidumbre Es recomendable realizar el proceso de toma de decisiones de forma compartida entre el equipo interdisciplinario -y siempre que sea posible, con el paciente y familia- 				

Basado en el documento de la SEMICYUC "RECOMENDACIONES ÉTICAS PARA TOMAR DECISIONES EN LA SITUACIÓN EXCEPCIONAL DE CRISIS POR PANDEMIA COVID-19 EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS". Elaboración del framework: Olga Rubio, Montse Esquerda y Jordi Amblàs

* MODELO DE 4 PRIORIDADES de la UCI	
Prioridad 1	Pacientes críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI.
Prioridad 2	Pacientes que precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas, no ventilados de forma invasiva, pero con altos requerimientos de oxigenoterapia y con fracaso de otro órgano.
Prioridad 3	Pacientes inestables y críticos, con pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda.
Prioridad 4	Beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo o situación de enfermedad avanzada/terminal.

BIBLIOGRAFÍA:

- White, DB, et al. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann. Intern. Med.* 2009; 150, 132–138
- Downar, J, et al. Palliating a Pandemic: 'All Patients Must Be Cared For'. *J. Pain Symptom Manage.* 2010;39, 291–295
- Thompson, et al. Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Med. Ethics*; 2006, 7
- Falvey, JR, et al. Frailty assessment in the ICU: translation to 'real-world' clinical practice'. *Anaesthesia.* 2019;74, 700–703
- Leong, I et al. The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: Opportunities for palliative care. *Palliat Med.* 2004;18, 12–18
- Saxena, A. et al. Ethics preparedness: Facilitating ethics review during outbreaks. *BMC Med. Ethic.* 2019; 20, 1–10
- Grasselli G, et al Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy. Early Experience and Forecast During an Emergency Response. *JAMA.* 2020; March 13
- Covinsky KE, et al. Health status vs quality of life in older patients: does the distinction matter? *Am J Med.* 1999 Apr;106(4):435-40.
- Sprung CL, et al. Recommendations for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster: summary report of the European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. *Intensive Care Med.* 2010 Mar;36(3):428-43
- Levin D, et al. Altered standards of care during an influenza pandemic: identifying ethical, legal, and practical principles to guide decision making. *Disaster Med Public Health Prep.* 2009 Dec;3 Suppl 2:S132-40.
- Suhonen R, et al. Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *Int J Nurs Stud.* 2018 Dec;88:25-42
- World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. *Who* 2019, 12 (2020).

CON EL AVAL DE:

