

Comité de Bioética

Administración Municipal de Medellín



Alcaldía de Medellín

RECOMENDACIONES ÉTICAS PARA LA ATENCIÓN Y TRIAGE DE ENFERMOS CRÍTICOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19¹

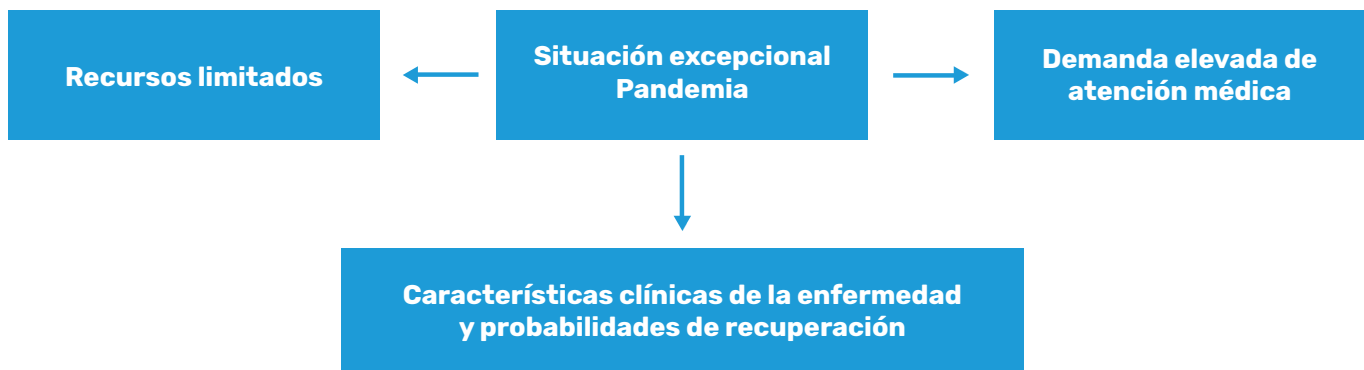
Edición Abril 27 de 2020

Este documento de consenso es el resultado de una amplia revisión de la literatura, discusión de conceptos éticos y filosóficos, así como del análisis de varias recomendaciones, guías y protocolos para la atención de pacientes en el contexto de una crisis hospitalaria generada por situaciones de emergencias y desastres. Presentamos este documento para que tanto los profesionales de la salud como comités de ética clínica determinen cuales aspectos de su contenido pueden usar al momento de la toma de decisiones de triage en el escenario donde haya un franco desbalance entre el recurso escaso de UCI y un gran número de pacientes que requieran este servicio.

La práctica clínica en el contexto de una pandemia debe tener en cuenta de manera primordial aspectos relacionados con la salud pública, lo que puede generar una gran tensión entre los profesionales de la salud del área asistencial que además se van a ver enfrentados a trabajar en condiciones de emergencia con **recursos extremadamente limitados**.

Este documento ha sido realizado por un grupo de médicos intensivistas locales con experiencia en el campo de la bioética y los cuidados intensivos, con el fin de dar sugerencias que sean acordes a la disponibilidad de recursos, a la gran demanda asistencial y **a la probabilidad de recuperación de estos pacientes** (ver gráfica 1). En general, todas las acciones deben ir dirigidas a la optimización de la atención médica y los recursos sanitarios, respetando los derechos humanos, brindando tratamiento compasivo y acompañamiento a los pacientes independiente de su estado de salud, buscando garantizar, en la medida de lo posible, ausencia de: dolor, sufrimiento o padecimiento alguno.

Gráfica 1



¹ Documento elaborado por el Grupo de Intensivistas Antioquia. Stella Navarro, Fernando José Pereira Paternina, Juan Diego Ciro Quintero, Camilo Rendón, Felipe Tobón, Alejandro Urrego, Grupo MD Estudiantes CES. Contacto: bioeticacritica@gmail.com

Los principales objetivos de estas recomendaciones son:

1. Apoyar a los profesionales de salud en la toma de decisiones difíciles ante los dilemas éticos que puede generar esta pandemia.
2. Reducir la carga afectiva, humana y emocional que representa la toma de estas decisiones; a través de una posición académica con criterios claros y fáciles de identificar que respalden las conductas tomadas.
3. Sugerir criterios idóneos para la asignación de recursos en una situación de escasez extrema y de excepción (Pandemia Mundial COVID-19).

En este trabajo, hemos buscado desarrollar un marco ético y humano sólido para el cuidado crítico durante emergencias de salud pública que exige balancear el deber de cuidado centrado en el paciente (análisis clínico bajo condiciones normales), con los deberes enfocados en el recurso público, para promover equidad e igualdad entre las personas y en la distribución de los recursos con beneficios para la sociedad (análisis clínico desde salud pública en situación de desastres). Consideramos que las siguientes consideraciones deben ser tenidas en cuenta en la toma de decisiones.

- Maximizar los beneficios con respecto a los recursos limitados: salvar la mayor cantidad de vidas posible, pero a medida que se agoten los recursos, priorizar en salvar mayor cantidad de años de vida.
- Favorecer la atención de las personas que en su trabajo desempeñan funciones fundamentales para mantener la infraestructura crítica necesaria para atender la pandemia.
- Guardar consideración especial con todas aquellas personas que tienen un mayor riesgo de exposición y contagio que la población general al ejercer las tareas propias de labor con los pacientes enfermos por Coronavirus.
- Evitar cualquier tipo de discriminación por factores como las condiciones socioeconómicas, éticas, religiosas, políticas, edad, clase social, nacionalidad, grupos vulnerables y/o minorías
- Utilizar criterios clínicos de pronóstico, sobrevida, rehabilitación y funcionalidad en el análisis de cada paciente
- Tomar, dentro de lo posible, decisiones basadas en datos científicos a medida que se mejore la evidencia disponible.
- No hacer juicios de valor sobre la persona al momento del triaje.
- Considerar las condiciones en las cuales continuará viviendo un paciente luego de su egreso hospitalario para determinar la viabilidad de las propuestas terapéuticas.
- Reconocer la posibilidad de participación en investigaciones
- Aplicar los mismos principios generales a todos los pacientes, tengan o no Covid-19, considerando factores pronósticos específicos según la patología.
- Evitar la asignación de recursos por: orden de llegada, presiones sociales o cualquier otro tipo de influencia de poder.
- Recomendamos dejar claro desde el principio, tanto al paciente como a su familia, que, dependiendo de su evolución clínica, el retiro de terapias de soporte vital puede estar indicado en casos de deterioro y no respuesta al tratamiento.

Aspectos en consideración ante la toma de decisiones en situación de excepción respecto al ingreso y asignación de recursos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Las situaciones de crisis o pandemias y eventos catastróficos en general demandan gran cantidad de recursos críticos para pacientes con un riesgo elevado de complicaciones y mortalidad, por lo que es necesario utilizar guías que apoyen la toma de decisiones para mejorar la asignación de estos recursos. Estos criterios de clasificación deben ser objetivos y transparentes, ajustados a la evidencia científica disponible en el momento, con bases éticas sólidas, aplicados de manera equitativa y divulgados públicamente, con la intención de dar soporte a los profesionales en la toma de decisiones, que busquen al mismo tiempo un uso racional de estos recursos y su justa distribución para beneficiar la mayor población posible.

Las herramientas propuestas no son para determinar la severidad de la infección por COVID-19 o determinar la gravedad de un paciente en general. Están dirigidas para determinar qué pacientes cumplen criterios para ingresar a UCI en el contexto de pandemia, y garantizar el principio de mayor número de vidas y de años vida salvados. Para determinar la gravedad clínica del paciente, recomendamos emplear otras valoraciones o escalas según guías actuales (ver anexo 1: esquema propuesto por la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo AMCI)

TRIAJE DE PACIENTES PARA UCI EN CASO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES (APLICA PARA TODOS LOS PACIENTES, COVID-19 Y NO COVID-19)

El triaje es un sistema de selección y clasificación de pacientes basado en sus necesidades terapéuticas y en los recursos disponibles para atenderlo en cuidados intensivos. Teniendo en cuenta la necesidad de contar con el talento humano suficiente para una atención integral de los pacientes con infección por COVID 19, se sugiere priorizar la atención de personas que se desempeñen en funciones de cuidado de pacientes durante la pandemia.

En términos generales, se debe evitar la realización de procedimientos electivos no urgentes que requieran tratamiento en unidades de cuidados intensivos. Las instituciones donde se realizan procedimientos como trasplantes, cirugía cardíaca, cirugía oncológica u otros procedimientos altamente complejos, deben considerar cuándo deben realizar estos procedimientos ponderando criterios de riesgo beneficio para el paciente, la limitación de recursos, y la posibilidad de que ese paciente pueda continuar su tratamiento a mediano y largo plazo dentro de la contingencia temporal de la crisis.

Sugerimos establecer un criterio de ingreso a la UCI, en un modelo de 4 prioridades como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Criterios de Ingreso por Prioridad:

Pacientes Prioridad 1 INGRESO UCI	Pacientes Prioridad 2 INGRESO UCE
Críticos e inestables. Necesitan monitorización y tratamiento intensivo. Requieren estar en UCI para soporte (ventilación mecánica).	Requieren monitorización intensiva (UCE). Pueden necesitar intervenciones inmediatas. Requerimientos altos de oxigenoterapia.
Paciente Prioridad 3 NO INGRESO UCI	Paciente Prioridad 4 NO INGRESO UCI - UCE
Inestables y críticos con pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Se establecen límites de tratamiento respecto a no intubar o ventilar. Pueden continuar recibiendo tratamiento médico hospitalario.	Beneficio mínimo o improbable por cuadro de bajo riesgo. Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente su muerte. Su plan de cuidado es de control de síntomas.

UCE: Cuidados Especiales UCI: Cuidados Intensivos

** Favor Remitirse a Tabla 2. Criterios de Exclusión e Irreversibilidad.

Herramientas para las decisiones de triaje con base en consideraciones específicas de ingreso de pacientes a UCI:

1. Todo paciente con una patología aguda que amenace su vida tiene derecho a recibir asistencia sanitaria, independientemente del resultado final esperado. En caso de que se trate de un paciente no candidato a UCI, se debe continuar el manejo médico idóneo sin llegar a la intubación y ventilación mecánica invasiva, reorientando las terapias e instaurando el manejo paliativo en los casos necesarios
2. Prevalece el criterio de máximo beneficio en relación con la disponibilidad del recurso, buscando garantizar la atención a la mayor población posible, entendiendo que se pueden presentar situaciones donde los pacientes fallezcan estando a la espera del manejo ideal.
3. Se sugiere establecer una planificación y documentación en la historia clínica, donde se defina de manera clara la prioridad del paciente como se describió previamente (Tabla 1). Se considera que, en caso de emergencias y desastres, como el generado por esta pandemia, los pacientes prioridad 3 y 4 no serían candidatos para ingresar a la UCI
4. Consultar siempre si el paciente tiene un Documento de Voluntades Anticipadas (DVA), y NO INGRESAR pacientes que hayan consignado su rechazo a terapias como UCI o ventilación mecánica.

4.1. Considerar también la solicitud de pacientes que deciden de manera autónoma el rechazo a cuidados intensivos y/o ventilación mecánica. En la historia clínica se debe consignar la información que el paciente recibió, el motivo por el cual rechaza estas terapias y si comprende las consecuencias esperadas. No es necesario tener un documento específico para este fin ni tampoco se requiere la firma del paciente o representante legal, se sugiere una nota en la historia clínica que consigne esta solicitud (ver anexo 2 sobre los contenidos sugeridos en esta nota). La valoración de la autonomía puede ser realizada por el médico a cargo de la atención del paciente.

4.2. Si el paciente no se encuentre en capacidad para la toma de decisiones en el momento de la valoración, se tendrán en cuenta las solicitudes y rechazos de su representante, vigilando que esta persona esté actuando según el máximo beneficio del paciente en balance con la prioridad de no hacer daño.

5. Se desaconseja el ingreso a UCI de aquellas personas en las que el beneficio previsto es mínimo, independiente de si presentan infección por COVID 19 o no (Tabla 2). Esto es, por ejemplo, situaciones de fracaso multiorgánico establecido, riesgo de muerte calculado por escalas de gravedad elevada, situaciones funcionales muy limitadas y condiciones de fragilidad (comorbilidad, edad o diagnósticos previos). También se recomienda analizar no solo la posibilidad de sobrevida sino también la de rehabilitación, recuperación y posterior reincorporación funcional a la sociedad.

Considerar herramientas objetivas para este fin, sugerimos entre las más importantes herramientas a mdcalc (<https://www.mdcalc.com>), Índice de Comorbilidad de Charlson (CCI) con probabilidad de sobrevida a 10 años <https://www.mdcalc.com/charlson-comorbidity-index-cci>, COVID-19 Calculators during extreme resource limited situation <https://www.mdcalc.com/covid-19/calculators-extreme-resource-limited-situations>, SOFA score <https://www.mdcalc.com/sequential-organ-failure-assessment-sofa-score>, Score de Fragilidad, APACHE II <https://www.mdcalc.com/apache-ii-score> y Barthel <https://www.mdcalc.com/barthel-index-activities-daily-living-adl>, como también la escala de News modificada que sugiere la AMCI, en la que se ha sugerido el puntaje mayor o igual a 7 como un punto de corte para ingreso a UCI

Tabla 2. En caso de situación de crisis con baja oferta de unidades, ingreso discrecional a UCI de pacientes con las siguientes condiciones (Prioridad 3 o 4):

<p>A. <i>Patologías agudas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Trauma severo: un puntaje de TRISS con una mortalidad predicha >80% (ver calculadora en https://sfar.org/scores2/triss2.php) - Quemaduras graves: compromiso >40%, > 60 años, lesión por inhalación - Paro cardíaco con pocas posibilidades de reanimación exitosa (no presenciado, que no respondió a terapia eléctrica, presencia de un segundo paro cardíaco entre otros. - Evento o afección neurológica grave e irreversible. - APACHE 30 o más.
<p>B. <i>Comorbilidades</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice de Comorbilidad de Charlson (CCI) con probabilidad de sobrevida a 10 años menor del 30. - Deterioro cognitivo basal severo: que no puede realizar actividades de la vida diaria independientemente si es debido al deterioro cognitivo o que se institucionalizó debido al deterioro cognitivo. - Enfermedad neuromuscular avanzada no tratable. - Paciente con inmunocompromiso avanzado e irreversible. - Paciente en estado terminal. - Insuficiencia de algún órgano en etapa terminal que cumple con los siguientes criterios: <ol style="list-style-type: none"> 1. Corazón: Insuficiencia cardíaca de clase III o IV de la NYHA. 2. Pulmones: <ul style="list-style-type: none"> - EPOC con FEV1 basal <25% del predicho. - Múltiples ingresos a UCI en el último año por exacerbaciones. - Requerimiento de oxígeno domiciliario. 3. Hígado: puntuación Child-Pugh mayor o igual a 7.
<p>C. <i>Compromiso funcional previo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con puntaje según la escala de Fragilidad mayor o igual a 7. - Puntaje escala de Barthel menor de 50.
<p>D. <i>Expectativas de recuperación:</i> Se desaconseja el ingreso de pacientes que tienen pocas probabilidades de recuperarse, independientemente de si reciben o no tratamiento. Para esto es necesario considerar no solo aspectos biológicos sino factores relacionados con el soporte posterior para la garantía de la recuperación y rehabilitación de estos pacientes. (Posibilidad de soporte posterior para la rehabilitación, el cuidado y atención integral luego del alta, acceso a insumos y controles médicos, entre otros).</p>

Tabla 1 Escala NEWS - Reglas de predicción de peligro para pacientes COVID-19. Parametros fisiológicas

Parámetros	3	2	1	0	1	2	3
Edad				<65			≥65
Frecuencia respiratoria	<8		9 – 11				> 25
Saturación de oxígeno	< 91	92 – 93	94 – 95	>96			
Cualquier suplencia de oxígeno		Sí		No			
Presión arterial sistólica	<90	91 – 100	101- 100	111 - 219			> 220
Frecuencia cardíaca	< 40		41 – 50	51 - 90	91- 110	111- 130	> 131
Temperatura	< 35.0		35.1 – 36	36.1 - 38	38 – 39	> 39	

Extraída de Novel coronavirus infection during the 2019-2020 epidemic: preparing intensive care units - the experience in Sichuan Province, China. Novel coronavirus infection during the 2019-2020 epidemic: preparing intensive care units - the experience in Schuan Province, China. Nota: se debe considerar el cambio de la saturación en relación a las ciudades en alturas por encima del nivel del mar.

6. En la toma de decisiones es necesario tener en cuenta no sólo la mortalidad sino también aspectos relacionados con la posibilidad de recuperación, rehabilitación y posibilidades del paciente de reintegrarse a la sociedad más allá del alta de la UCI.

7. Priorizar la mayor esperanza de vida y que ésta se logre con la mayor calidad: sugerimos que se analice si un paciente se beneficie del ingreso a UCI, para lo cual debe tenerse en cuenta la probabilidad de mortalidad, y los aspectos relacionados con la posibilidad de recuperación más allá de alta de la UCI.

8. Factores específicos relacionados con mortalidad en COVID 19: con base en los datos científicos que se han ido generando en la literatura, se reconocen ya algunos factores relacionados con aumento de la mortalidad en pacientes con COVID 19. Se reconocen ya factores fisiológicos, patológicos y paraclínicos que están relacionados entonces con mayor mortalidad (tabla 3 y tabla 4). Estos parámetros no deben ser el único factor para decidir ingreso o continuidad de atención en UCI, pero en caso excepcional y ante una situación crítica de ausencia de disponibilidad de camas y ventiladores para atención, podría ser un factor diferenciador para tener en cuenta tratando de asignar el recurso escaso a aquellos pacientes que tienen mayor posibilidad de sobrevivir.

FACTORES DE MORTALIDAD EN COVID-19.

Tabla 3²

<i>Factores Independientes de Mortalidad por COVID19</i>	
EDAD AVANZADA	OR 1.10 (IC 95% 1.03 - 1.17), aumento por año; p = 0.0043
PUNTAJE DE SOFA	OR 5.65 (IC 95% 2.61 - 12.23), p = < 0.0001
DIMERO D > 1 µg/MI	OR 18.42 (IC 95% 2.64 - 128.55), p = 0.0033

Tabla 4³

<i>Factores Independientes de Mortalidad por COVID19</i>	
EDAD (≥ 60 AÑOS)	RR 9.45 (IC 95% 8.09 - 11.04)
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	RR 6.75 (IC 95% 5.40 - 8.43)
HIPERTENSIÓN	RR 4.48 (IC 95% 3.69 - 5.45)
DIABETES	RR 4.43 (IC 95% 3.49 - 5.61)

8.1. Se debe analizar en cada paciente la presencia de factores de la tabla 3 y de la tabla 4, considerando también el OR o RR de estos factores y teniendo en cuenta que estos factores van teniendo efectos aditivos con respecto a la mortalidad.

8.2. Teniendo en cuenta el alto valor del RR de mortalidad en pacientes mayores de 60 años con COVID 19, se sugieren tener algunas consideraciones al momento de considerar su ingreso a UCI. En los pacientes que no presenten COVID-19 el factor edad tendrá la relevancia clínica según el cuadro individual del paciente, donde generalmente no hay tanto impacto sobre la mortalidad.

8.2.1. Paciente > 80 años: alta mortalidad, seleccionar cuidadosa e individualmente la indicación ventilación mecánica invasiva, evaluando riesgo/beneficio, y recursos disponibles.

8.2.2. Todo paciente entre 70 y 80 años con falla respiratoria por COVID 19 sin patología previa importante pudiera ser subsidiario de tratamiento con ventilación mecánica invasiva, pero esto dependerá de la disponibilidad del recurso en cada institución.

² Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, Xiang J, Wang Y, Song B, Gu X, Guan L, Wei Y, Li H, Wu X, Xu J, Tu S, Zhang Y, Chen H, Cao B. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. 2020 Mar 28;395(10229):1054-1062. doi:10.1016/S0140-6736(20)30566-3.

³ Chaoqun Ma, Jiawei Gu, Pan Hou, Liang Zhang, Yuan Bai, Zhifu Guo, Hong Wu, Bili Zhang, Pan Li, Xianxian Zhao. Incidence, clinical characteristics and prognostic factor of patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.17.20037572>.

8.2.3. En los pacientes entre 70 y 80 años que presentan comorbilidades graves que disminuyan la expectativa de sobrevivida se le tratará preferentemente con oxigenoterapia y protección de dispersión de aerosoles, y analizar cuidadosamente si se respeta el criterio de máximo beneficio al iniciar soporte ventilatorio

8.3. Considerando la evolución del conocimiento durante la pandemia, se aconseja utilizar herramientas que ayuden a predecir la evolución clínica y mortalidad. Se sugiere por ahora el uso del CALL Score

9. A medida que la pandemia avanza y los recursos se vuelven limitados en UCI, se recomienda para valoración de pacientes ya clasificados como prioridad 1 o 2 utilizar la Tabla 5. Esta herramienta de White et al. sirve para clasificación de triaje en catástrofes y emergencias. Se sugiere calcular el puntaje de estos pacientes y consignarlos en la historia clínica, de manera que se pueda tener una herramienta adicional objetiva, cuantificable y con menos riesgo de sesgos, que soporte la toma de decisiones, manteniendo la atención y el seguimiento día a día. A medida que se agoten todos los predictores clínicos asociados con factores relacionados con mayor riesgo de mortalidad, se deba pasar a priorizar el ingreso a UCI de los pacientes que tengan mayor posibilidad de sobrevivida, es decir, iniciar el triaje de quienes requieren soporte en UCI empezando por los de menor puntaje.

Tabla 5

<p>1. Salvar el mayor número de vidas: Utilizar escala SOFA (pronóstico de supervivencia a corto plazo) SOFA <6 (1 punto) SOFA 6-9 (2 puntos) SOFA 10-12 (3 puntos) SOFA > 12 (4 puntos)</p>
<p>2. Ganar el mayor número de años: Pronóstico de supervivencia a largo plazo, evaluar comorbilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • No comorbilidades (1 punto) • Leves comorbilidades con poco impacto sobre la supervivencia a largo plazo (2 puntos) • Comorbilidades importantes que afectan moderadamente la supervivencia a largo plazo (3 puntos) • Comorbilidades severas que afectan de manera importante a la supervivencia a largo plazo, esperanza de vida < 1 año (4 puntos)
<p>3. Asegurar el mantenimiento del ciclo vital: Edad en años Entre 12 y 40 años (1 punto) Entre 41 y 60 años (2 puntos) Entre 61 y 74 años (3 puntos) Mayores de 75 años (4 puntos)</p>

10. El criterio clínico debe prevalecer en casos de incertidumbre, considerando también factores como la posibilidad de una evolución favorable, rápida en el tiempo y con poca demanda de servicios escasos en casos particulares. Este análisis se debe comentar con los especialistas que cuidarán del paciente en su estancia en UCI quienes considerarán si es factible prestar esa atención en un momento determinado.

11. Contactar al Comité de Ética Asistencial para que pueda ayudar en la prevención o resolución de conflictos de valores entre las partes implicadas (profesionales, pacientes, familiares e institución) relacionados con la toma de decisiones. Cuando se hayan agotado los criterios clínicos y aun así haya dificultad en el triaje debido al mayor número de pacientes con necesidad de soporte en UCI con respecto a la disponibilidad del recurso, se procederá según la recomendación de este comité.

REFERENCIAS

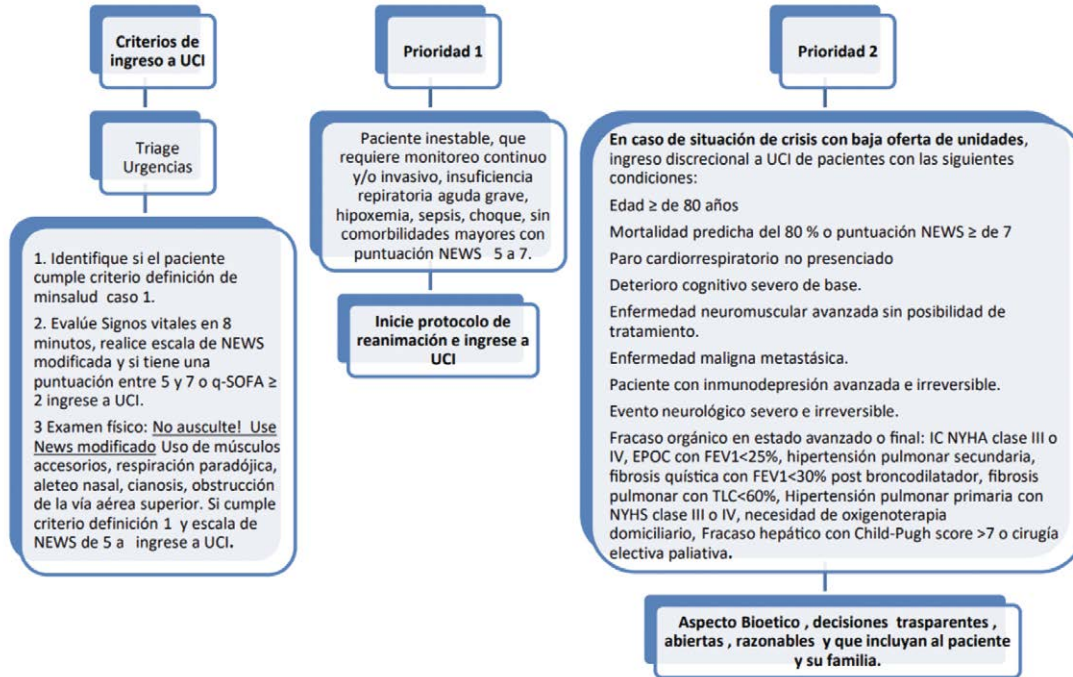
1. Recomendaciones generales para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia Covid-19. Ministerio de Salud y Protección social. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS13.pdf>
2. Committee on Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situations; Institute of Medicine. Washington (DC): National Academies Press (US); 2012 Mar 21. Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201063/pdf/Bookshelf_NBK201063.pdf
3. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO. Marzo 30 de 2020. Declaración de consenso de medicina crítica para la atención multidisciplinaria de paciente con sospecha o confirmación diagnóstica de Covid-19.
4. Christian MD, Sprung CL, King MA, Dichter JR, Kissoon N, Devereaux AV, Gomersall CD; Task Force for Mass Critical Care; Task Force for Mass Critical Care. Triage: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*. 2014 Oct;146(4 Suppl):e61S-74S. doi: 10.1378/chest.14-0736.
5. Christian MD, Joynt GM, Hick JL, et al. Chapter 7. Critical care triage. Recommendations and standard operating procedures for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster. *Intensive Care Med*. 2010;36 Suppl 1(Suppl 1):S55-S64. doi:10.1007/s00134-010-1765-0
6. White DB, Katz MH, Luce JM, Lo B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann Intern Med*. 2009;150(2):132-138. doi:10.7326/0003-4819-150-2-200901200-00011

7. Dong Ji, Dawei Zhang, Jing Xu, Zhu Chen, Tieniu Yang, Peng Zhao, Guofeng Chen, Gregory Cheng, Yudong Wang, Jingfeng Bi, Lin Tan, George Lau, Enqiang Qin, Prediction for Progression Risk in Patients with COVID-19 Pneumonia: the CALL Score, Clinical Infectious Diseases, 09 April 2020 <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa414>
8. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M1, Glickman A, Zhang C, Boyle C, Smith M, Phillips JP. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. N Engl J Med. 2020 Mar 23. doi: 10.1056/NEJMs2005114. [Epub ahead of print]
9. Recomendaciones Éticas Para La Toma De Decisiones En La Situación Excepcional De Crisis Por Pandemia Covid-19 En Las Unidades De Cuidados Intensivos. (SEMICYUC) https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf
10. Xianxian Zhao, Bili Zhang, Pan Li, Chaoqun Ma, Jiawei Gu, Pan Hou, Zhifu Guo, Hong Wu, Yuan Bai. Incidence, clinical characteristics and prognostic factor of patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis <https://doi.org/10.1101/2020.03.17.20037572>
11. Marco Ético Pandemia Covid 19. Sociedad Española De Anestesiología, Reanimación Y Terapéutica Del Dolor. https://www.sedar.es/images/site/NOTICIAS/coronavirus/Marco_etico_coronavirus.pdf.
12. Truog RD, Mitchell C, Daley GQ. The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic. N Engl J Med 2020 Mar 23. doi: 10.1056/NEJMp2005689. [Epub ahead of print]

Flujograma de ingreso propuesto por la AMCI.

Anexo 1

Flujograma 1 Criterios de ingreso a UCI pacientes COVID-19



Anexo 2

Contenidos que debe tener la nota de disentimiento.

Las terapias que el paciente rechaza recibir como intubación o RCP cuando médicamente están indicadas deben quedar consignadas en la historia clínica. Se sugiere consignar la siguiente información:

- Nombre del paciente.
- Nombre del acompañante (si es pertinente).
- Constancia de haber dado al paciente información clara y concreta acerca del concepto médico sobre su situación clínica, su evolución y los posibles desenlaces esperados.
- Describir las opciones terapéuticas que se están indicando por parte médica y sus consecuencias (riesgos / beneficios).
- Comunicarle al paciente las alternativas disponibles en caso de que el paciente no acepte las terapias sugeridas (especificar acá por ejemplo la posibilidad de manejo paliativo u otros tipos de intervenciones que pudieran beneficiar al paciente).
- Registrar que el paciente refiere entender y comprender las consecuencias de la no instauración de estas terapias.
- Plasmar las consideraciones y decisiones del paciente y definir el plan de manejo.
- En caso de que el paciente cambie de parecer, se evaluará qué tan viable sería instaurar las terapias que habían sido rechazadas.

Integrantes del Comité de Bioética

Dra. Stella María Navarro Estrada
Dr. Mauricio Taborda Alzate
Dr. Carlos Arturo Robledo Marín
Dr. Juan Camilo Rendón Jiménez
Dra. Gloria Patricia Naranjo Ramírez
Dr. Héctor Mauricio Mazo Alvarez
Dr. José Humberto Duque Zea
Dr. Jorge Gómez Calle
Dr. Juan Gonzalo Arango Chica

Intensivista, Magíster en Bioética
Doctor en Filosofía
Doctor en Humanidades
Intensivista, Aspirante a Magíster en Bioética
Doctora en Bioética y Biojurídica
Aspirante a Doctorado en Filosofía
Filósofo Médico Bioeticista
Médico Terapeuta Neural
Médico, Especialista en Gerencia Hospitalaria
Hospital Infantil Concejo de Medellín

Apoyo técnico de la Secretaría de Salud al Comité de Bioética

Jennifer Andree Uribe Montoya
Juan Diego Tobón Lotero
Fernando Montes Zuluaga
Andrés Fernando Mesa Valencia
Sandra Hoyos Cardona
Leidy Tatiana Giraldo Henao

Secretaria de Salud de Medellín
Director Técnico de Planeación
Médico Epidemiólogo
Asesor Jurídico
Profesional Especializado
Profesional Especializado



Alcaldía de Medellín

Secretaría de Salud de Medellín
www.medellin.gov.co/salud
Línea de Atención al Ciudadano 44 44 144