



Guías de Asignación de recursos escasos en la pandemia

Cuestiones Etico/Legales

Reunión de Zoom de Adecra+Cedim Comisión Legales

CABA 31/05/2021

Ignacio Maglio



¿PORQUE HABLAR DE REPENSAR AL EQUIPO DE SALUD EN TIEMPOS PANDEMICOS?

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

De la atención centrada en el ***paciente***, a la atención centrada en la ***comunidad***.

Del arte de ***curar***, al arte de ***cuidar***.



BIOETICA PANDEMICA

IMPACTO VULNERADOS: ETICA DEL CUIDADO

ASIGNACION RECURSOS: ETICA DE LA RESPONSABILIDAD

ATENCION Y FINES DE MEDICINA: ETICA COMPASIVA



En situaciones catastróficas los derechos y libertades individuales pueden ser limitados para privilegiar el interés común, pero cualquier restricción encuentre **su límite en el respeto por la dignidad personal**, que consiste en otorgar un valor esencial e intrínseco a cada persona, en considerar a cada una como fin en sí misma y nunca como medio, en un ser singular, único e irrepetible.



La ética de la cuarentena debería reposar en la solidaridad, en la necesidad del cuidado mutuo y colectivo. El confinamiento es impuesto por la autoridad estatal, pero su adherencia social y sostenimiento temporal depende más de la convicción, que de la coacción.



• Circunstancias de Justicia.

La necesidad de pensar en justicia y establecer criterios éticos de asignación surgen a partir de la presencia de las denominadas circunstancias de justicia, que se caracterizan por

- la escasez de recursos,
- la heterogeneidad de la composición social
- la disparidad de intereses

Suelen exacerbarse en condiciones de superación de los recursos disponibles como en brotes de enfermedades y pandemias.



• CONTEXTUALIZAR ESCASEZ

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



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



Dignidad.

- El horizonte de todo criterio de asignación de recursos debe estar siempre orientado en el respeto por la Dignidad personal. Se trata de un valor esencial e intrínseco que permite considerar a todo ser humano como un fin en sí mismo, nunca como un mero medio, portador de una singularidad y valor esencial, que lo transforma en un ser único e irrepetible.
- Entre otras aplicaciones, el respeto por la dignidad impide considerar criterios de asignación de recursos que se vinculan con cuestiones ajenas a la esencia personal, tales como la edad, la valoración social, la discapacidad, entre otras.
-



Solidaridad.

- La solidaridad debería ser el principio rector de la salud colectiva, en general y con mayor énfasis, en el abordaje a la pandemia. La solidaridad se presenta como un dique de contención frente a la desigualdad y la discriminación social. En la atención de la pandemia por COVID-19 cobra especial significado ya que sus víctimas aumentan en la misma medida que se acrecientan las fragilidades, las inequidades sociales, las vulnerabilidades y el estigma.
- El verdadero valor de la solidaridad se expresa cuando quien recibe el gesto solidario carece de todo poder, como aquellos que sufren las consecuencias dañosas de la pandemia, personas mayores, personas con discapacidad, enfermos con comorbilidades, etc.

- 
- La solidaridad no surge de un cálculo o práctica utilitaria, emerge del profundo deseo de ayudar al más débil, en donde la fragilidad es el terreno fértil de la solidaridad.
 - En materia de asignación de recursos la solidaridad se expresa en el valor de la cooperación social, en donde los trabajadores de la salud debidamente entrenados y capacitados la transforman en gestos claros como la empatía y la compasión.
 - La solidaridad se patentiza además en contextos de pandemia en la necesidad de fundamentar una transición conceptual de los cuidados centrados en la persona hacia la atención centrada en la comunidad, donde deben ponderarse con prudencia la afectación de derechos individuales por la protección del interés general y la salud colectiva

Justicia y Equidad.

- La justicia y la equidad son principios esenciales para la asignación de recursos, en tiempos de pandemia y de austeridad de los recursos. Se podría asegurar que la justicia es la primera virtud de cualquier sistema de elección o triaje. Si se trata de una situación injusta, por más eficiente y organizada que sea, es preciso revisarla.
- La DUBDH expresa que se debe respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad.
- Las situaciones donde la demanda de pacientes excede a la oferta de la capacidad instalada para atenderlos se denomina desastre (o incidentes con víctimas numerosas). Es necesario implementar para su abordaje la gestión de crisis. El concepto de lo mejor para todos los pacientes debe transformarse en “lo mejor para la mayoría”.

- 
- La justicia es una herramienta útil para la salud colectiva que permite posibilidades prácticas de uso, entendida como utilidad social, en donde se persigue una distribución equitativa de cargas, riesgos y beneficios.
 - La justicia es una medida de salud restaurativa, que permite nivelar capacidades, aventajando a los desventajados, favoreciendo a los desfavorecidos.



La justicia se asocia además a la confianza pública, requisito esencial para la vida misma, tanto individual como colectiva. Para su consolidación las decisiones de salud pública deben ser transparentes y públicas, garantizando un trato igualitario a toda la comunidad, en donde cualquier asignación de recursos que privilegie sectores desfavorecidos se sostenga en motivos razonables, objetivos, persiguiendo en todos los casos un propósito legítimo.



ETICA DEL TRIAJE significa separar, es decir discriminar entre las personas afectadas cual será la prioridad para el tratamiento indicado en cada caso. En este punto es clave diferenciar cuando se trate de un mecanismo de discriminación negativo o positivo.

- La discriminación negativa se manifiesta cuando la elección o exclusión se basa en un mecanismo que anula o resiente el goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de derechos humanos como el derecho a la vida y a la salud. Un claro ejemplo de discriminación negativa sería la exclusión por el mero hecho de la edad, sin consideraciones adicionales sobre valores pronósticos. Aquí claramente operan situaciones condenables de edadismo.
- Por otra parte, la discriminación positiva operará cuando en el triaje los motivos de elección son razonables, objetivos y persiguen un propósito legítimo. Un ejemplo de discriminación positiva en el triaje sería la prioridad de atención de trabajadores de la salud infectados por COVID-19 durante su desempeño asistencial. Aquí concurren razones de justicia conmutativa y reciprocidad.

- 
- Las decisiones vinculadas a criterios derivados del principio de justicia deben ser transparentes, es decir públicas, conocidas y aceptadas por todos para garantizar el trato igualitario, consolidando así la confianza pública en las instituciones sanitarias y en los trabajadores del equipo de salud.
 - Del mismo, debe asegurarse un proceso de revisión y readaptación permanente de las recomendaciones, dado el carácter dinámico de la pandemia ya que, se trata de un proceso necesario para garantizar la aplicación y vigencia del principio de justicia.



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

- Los criterios de admisión a las UCIs deben ser claros, transparentes, preestablecidos y de acceso público.
- El ingreso inadecuado de pacientes a UCI suele ser el comienzo de un derrotero de sucesivas intervenciones fútiles. Este punto es crítico a la hora de prestar asistencia en etapas de sobresaturación de los servicios.

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

- La evaluación de ingreso a UCI debe realizarse sobre la base de criterios objetivos, técnicos y neutrales. Para ello, deben establecerse escalas de situación funcional, pronóstico y gravedad, contrastables con evaluación clínica objetiva y estudios de verificación, sobre la base del estándar científico de las especialidades médicas comprometidas en la atención del paciente crítico.
- Las valoraciones sobre determinadas incapacidades, mentales y/o físicas, no deben ser utilizadas para la admisión en UCI, del mismo modo que las prognosis asociadas a supervivencia libre de discapacidad.
- La edad considerada en modo aislado no debe ser considerada como un criterio independiente de ingreso a UCI.
- Cualquier limitación de las establecidas en 2.2 y 2.3 contraría a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

- 
- En los criterios de admisión debe valorarse y estimarse como criterios de exclusión la presencia de patología y comorbilidades que sitúen al paciente en fases de enfermedades avanzadas, de improbable recuperabilidad, o terminales.
 - En aquellos casos en que exista incertidumbre significativa, se debería conversar con el paciente y/o allegado, que la admisión será condicionada y que frente a la evidencia de falta de recuperación se considerarán posibilidades de externación o traslado a cuidados paliativos si se modifican las circunstancias de ingreso originarias, con limitación de las medidas de sostén instauradas.
 - En todos los casos debe tratarse de pacientes graves, con compromisos orgánicos y/o funcionales que pudiesen abreviar el ciclo vital y que requieren estabilización a través de la administración de algún cuidado intensivo, con pronósticos de recuperabilidad lo más consistentes posibles.
 - Deberían excluirse a pacientes no graves, con parámetros que funcionan dentro de niveles aceptables o que debajo de dichos niveles puedan recibir asistencia en unidades de cuidados intermedios o de menor complejidad.





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

- La evaluación de los criterios de asignación de ARM deben estar precedidos por el agotamiento de todas las alternativas disponibles.
- En algunas ocasiones, la ARM parecería ser la única alternativa disponible para pacientes con falla respiratoria. Sin embargo, de acuerdo a las consideraciones realizadas previamente y al tratarse de recursos críticos y escasos deberían previamente intentarse distintas alternativas a la ventilación mecánica.
- Ventilación manual operada por familiares o voluntarios en contextos de desastre y de extrema necesidad, asociados al agotamiento absoluto de los recursos.



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

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



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

- En situaciones pandémicas debería evitarse la improvisación y la arbitrariedad en la atención de la emergencia, sobre todo en la asignación del uso de ARM. Para ello es sustancial tener criterios objetivos, de naturaleza técnica, neutrales y verificables.
- Distintos autores han sugerido utilizar distintos scores y puntuaciones. Desde el punto de vista ético deben preferirse aquellos que contengan las características descritas, además de contar con facilidad en el cálculo y apreciación independiente para evitar pruebas que puedan retrasar la evaluación. Por último, deberán reflejar lo más cabalmente la pronósis de recuperabilidad.

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

- 
- Los criterios deben reflejar el más alto nivel de consenso posible entre todos los trabajadores de la salud.
 - La homogeneización de los criterios de asignación, limitación y retiro de ARM deben surgir del consenso de todas las partes y actores involucrados. Ello brindará consistencia y universalidad, despejando posibilidades de improvisación y ejecución de errores insalvables.



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

- El grupo de trabajadores de la salud que integre el grupo de asignación, triaje, debe conformarse con aquellos agentes que representen las distintas especialidades involucradas, con experiencia acreditada en cuidados críticos y asistencia respiratoria. Ninguno debería pertenecer al equipo tratante del paciente. La evaluación debe realizarse con la información clínica disponible de forma anónima, con protección de la identidad del paciente, salvo información personal relevante como la edad.
- Es importante que el equipo tratante conozca la metodología para la toma de la decisión y que reconozca que debe aceptar la decisión porque es la mejor que se puede tomar en ese caso particular. Lo ideal es tener liderazgo y consenso. El líder decide y el trabajador del equipo de salud acepta consensuadamente.



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

- La edad, en particular en adultos mayores, no debe constituirse como un criterio de asignación autónomo. Deberá valorarse con las condiciones clínicas del candidato al recurso. Los criterios de exclusión sustentados en la edad son considerados casos de edadismo.
- Si bien las complicaciones graves son poco frecuentes en esta pandemia, en particular, en el caso de niñas, niños y adolescentes la edad opera como un criterio de prioridad, basado en la promoción del más alto interés del niño, principio consagrado en la Convención Internacional de Derechos del Niño
-



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

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



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

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

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

Atención Paliativa.

Es altamente recomendable contar con servicios de Atención Paliativa, con personal especializado y provisión continua de elementos y medicamentos que garanticen el desempeño de los cuidados paliativos de acuerdo a los estándares de la especialidad.

- La función de los equipos de cuidados paliativos es fundamental durante el transcurso de la epidemia, en especial en la atención integral y continua de aquellos pacientes no ingresados o externados de las UTIs.
- En todos los casos en donde se limite el esfuerzo terapéutico a un paciente en función de su pronóstico deberá asegurarse la debida comunicación a las familias y allegados, acciones de mitigación del sufrimiento, aseguramiento del confort y previsión de las áreas de derivación del paciente, mediante la intervención del equipo de cuidados paliativos

Comités de Bioética.

El comité de Bioética (COB) debe asumir un papel protagónico y esencial en el trabajo en la pandemia por COVID-19. En particular, ajustará sus procedimientos a las necesidades de los TS que se desempeñan en servicios de atención y cuidados críticos.

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

Triage-Herramienta ingreso a UTI



	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos
Pronóstico para supervivencia a corto plazo (Score SOFA*)	SOFA < 6	SOFA 7-8	SOFA 9-11	SOFA 12-14	SOFA 15 o más
Pronóstico para supervivencia a largo plazo (evaluación médica de comorbilidad)			Comorbilidad severa; muerte probable dentro de 1 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 o más

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

GUÍA BASADA EN EL INFORME REALIZADO POR EL COMITÉ DE BIOTECNOLOGÍA DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN – 21 de mayo del 2021

Propuesta de priorización para la asignación de recursos críticos en pandemia

El primer criterio otorga de 1 a 5 puntos y el segundo 0 o 3 puntos.

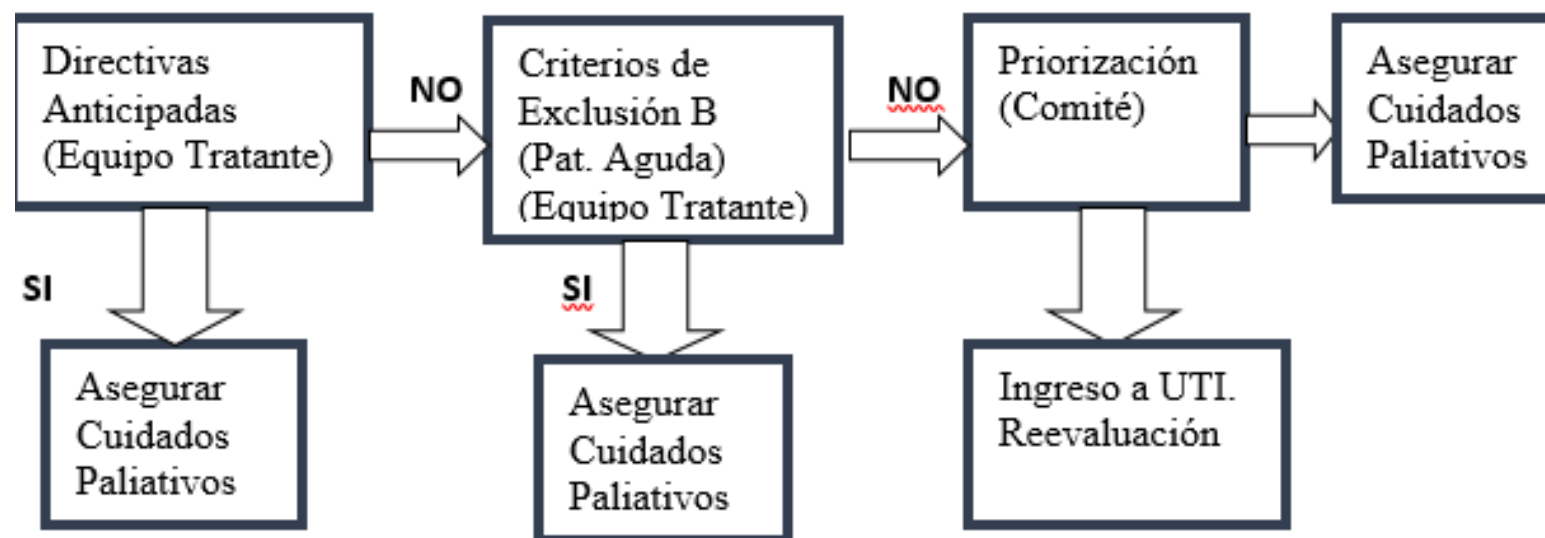
La edad solo debe ser utilizada cuando con los demás criterios no se logra discriminar, y otorga de 1 a 5 puntos.

Niñas/os, adolescentes, personas gestantes con feto viable y personas que desarrollen tareas o funciones consideradas esenciales obtienen un punto de crédito (- 1).

Las personas con el puntaje acumulado más bajo recibirían la máxima prioridad para recibir ventilación mecánica y servicios de cuidados críticos.

Evaluadores

Con la finalidad de evitar la carga subjetiva e individual con el consiguiente distress moral, será realizada por el Comité de Evaluación conformado por los Jefes de Servicio.



Procedimiento- Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCO/UTI)

El medico tratante de todo paciente con potencialidad cierta de requerir CI deberá informar a Coordinación o Jefatura con los datos clínicos del nivel correspondiente:

- SOFA
- Criterios de una baja probabilidad de supervivencia
- Edad y otras consideraciones pertinentes de acuerdo a criterio clínico

La Jefatura de Servicio elevará al Comité Evaluador quien resolverá mediante votación o lotería en caso de empate.

El mismo accionar se realizará en caso de ingreso de paciente a Emergencias o cambio del estatus clínico de cualquier paciente internado que requiera CI.

Aplica a la totalidad de los pacientes (covid y no covid) !

Criterios de abstención, retiro y egreso de UTI deberán fundamentarse en hechos y evaluaciones consistentes con la irreversibilidad funcional e irrecuperabilidad sistémica.

Las pautas y recomendaciones de la SATI sobre abstención y retiro del soporte vital en la atención del paciente crítico mantienen plena vigencia.

Las siguientes circunstancias donde sería mandatorio el retiro:

- Cuando no existan evidencias de haber obtenido la efectividad buscada (ausencia de respuesta en la sustitución del órgano o función).
- Cuando solo se trate de mantener y prolongar un cuadro de inconciencia permanente e irreversible.
- Cuando el sufrimiento sea inevitable y desproporcionado al beneficio médico.
- Cuando la presencia de irreversibilidad manifiesta del cuadro clínico, por la sucesiva claudicación de órganos vitales, induzca a estimar que la utilización de más y mayores procedimientos no atenderán a los mejores intereses del paciente.

Los siguientes criterios son relevantes para la suspensión del tratamiento en UTI.

- Paro cardíaco recurrente durante la internación en UTI, a pesar de la reanimación inicial exitosa. (En caso de disponer de camas en UTI)
- Paro cardíaco durante la internación en UTI, la reanimación cardiopulmonar no debe intentarse cuando no hay camas disponibles.
- Ocurrencia de una falla orgánica adicional significativa durante la internación en UTI.
- Sin mejoría en el estado respiratorio o hemodinámico (la estabilización no es suficiente).
- Presencia de insuficiencia persistente o progresiva de dos órganos además de los pulmones.

Covid-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity Swiss Academy of Medical Sciences <https://www.sams.ch/en/Ethics/Topics-A-to-Z/Intensive-care-medicine.html>

Procedimiento-Continuidad de Tratamiento en Unidad de Cuidados Intensivos (UCO/UTI)

La evaluación inicial será realizada por el Servicio tratante, pudiendo solicitar apoyo al Comité de Evaluación como así también al Comité de Bioética.

Aplica a la totalidad de los pacientes (covid y no covid) !

Debe preverse situaciones en donde pueda prolongarse la agonía.

Deben implementarse:

- protocolos que aseguren la debida comunicación a las familias y allegados.
- acciones de mitigación del sufrimiento y aseguramiento del confort

Asimismo se desarrollaron las pautas legales para el registro en la Historia Clínica.

Fórmulas para la evolución

- DECISIÓN INFORMADA DE NO PASE A UTI EN CONTEXTO DE PANDEMIA COVID 19
- PASES NO PROGRAMADOS (DE URGENCIA) DE UTI A SALA EN CONTEXTO DE PANDEMIA COVID 19
- EGRESO DE UTI, SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO INTENSIVO, PASE A ATENCIÓN PALIATIVA

Referencias

- Troug R., Mitchell Ç. Daley G. The Toughest Triage. Allocating Ventilators in a Pandemic. NEJM. 2020.
- Daugherty Biddison, MD, et al. Too Many Patients. A Framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters. CHEST 2019; 155(4):848-854.
- Clinical Triage Protocol for Major Surge in COVID Pandemic. Ontario Health. <https://caep.ca/wp-content/uploads/2020/04/Clinical-Triage-Protocol-for-Major-Surge-in-COVID-Pandemic-March-28-202.pdf>
- COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity. https://www.samw.ch/dam/jcr:d0299ca3-c2be-49e8-9a55-e3cff66dc3e7/guidelines_sams_triage_intensive_care_resource_scarcity.pdf
- Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters: CHEST Consensus Statement. Christian M et al. CHEST 2014; 146 (4_Suppl): 8S - 34S
- Ethics of Outbreaks Position Statement. Part 1: Therapies, Treatment Limitations, and Duty to Treat. Papadimos, T. et al. Crit Care Med 2018; 46:1842–1855
- Who Should Receive Life Support During a Public Health Emergency? Using Ethical Principles to Improve Allocation Decisions. White and al. Ann Intern Med. 2009; 150:132-138
- Covid-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity Swiss Academy of Medical Sciences <https://www.sams.ch/en/Ethics/Topics-A-to-Z/Intensive-care-medicine.html>



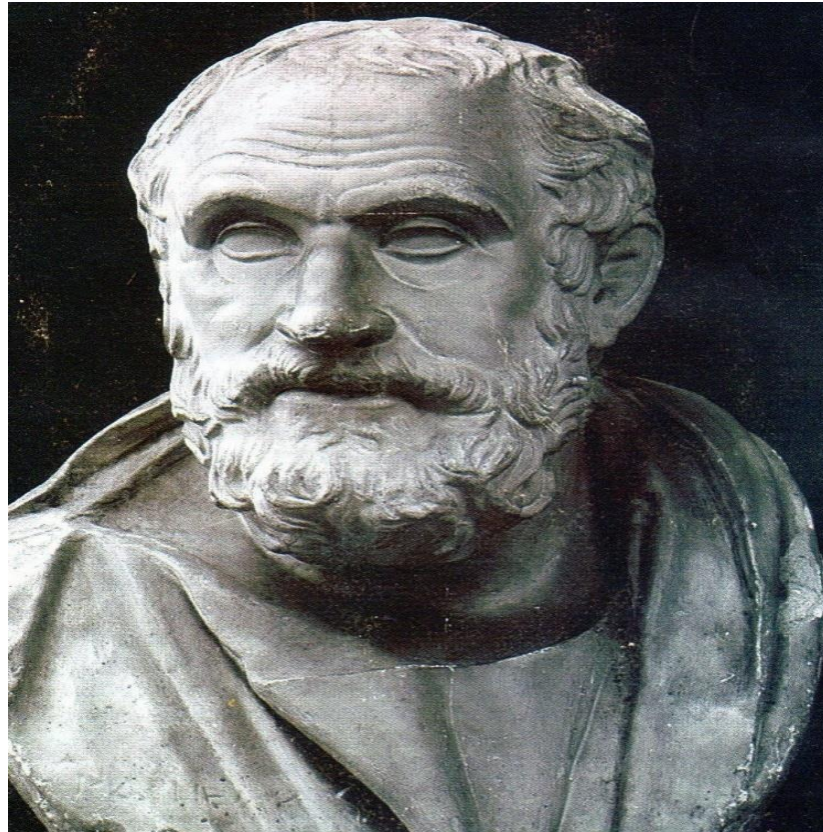
COMPASIÓN PANDEMICA

“Un sentido básico de apertura o sensibilidad hacia el sufrimiento propio y de los demás, unido a la intención genuina de intentar aliviarlo y prevenirlo”

COMPASION HIPOCRATICA

“Es más importante saber qué tipo de persona tiene una enfermedad que saber qué tipo de enfermedad tiene una persona”

Hipócrates (460-470 AC)





*“Una sola palabra
tuya bastará para
sanarme”*

El Centurión del Evangelio



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



La pandemia por COVID-19 es una tragedia, pero también una oportunidad. Como enseñaba Camus, en el mundo siempre hubo guerras y pestes, pero siempre nos toman desprevenidos. Es de esperar que esta pandemia de una vez por todas nos enseñe que precisamos una salud pública robusta, universal, solidaria, justa y equitativa, y por sobre todas las cosas convencernos que nadie se salva solo!



Gracias por tu atención