

**RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE DECISIONES DE TRIAJE EN LAS UNIDADES DE
CUIDADOS INTENSIVOS EN LA CRISIS POR PANDEMIA COVID-19**

1. **OBJETIVO Y JUSTIFICACIÓN.**
2. **PRINCIPIOS Y DEFINICIONES.**
3. **RECOMENDACIONES DE TRIAJE.**
4. **FUENTES.**
5. **ANEXO: RECOMENDACIONES GENERALES RELACIONADAS CON LAS DECISIONES ÉTICAS DIFÍCILES Y LA ADECUACIÓN DE LA INTENSIDAD ASISTENCIAL / INGRESO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

1. OBJETIVO Y JUSTIFICACIÓN.

Desde que, a finales de diciembre de 2019, las Autoridades de la República Popular China comunicaron a la OMS varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, que posteriormente se confirmarían causadas por un nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2, hasta el 11 de marzo de 2020, cuando la OMS declaró que la enfermedad se catalogaba como pandemia, se había producido en todo el mundo un elevado número de casos de infección y fallecimientos, afectando en esa fecha a 114 países. Desde entonces, las cifras han seguido acrecentándose. En España, el primer caso se confirmó el 31 de enero de 2020, falleciendo la primera persona en nuestro país el día 13 de febrero. La extensión de la enfermedad motivó que el 14 de marzo el Gobierno decretara la entrada en vigor del estado de alarma para tratar de paliar su avance.

En el momento actual, el número de casos de pacientes con infección por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) crece de manera alarmante y genera un riesgo real y cercano de sobrecarga asistencial en nuestro sistema sanitario, que puede producir temporalmente un desequilibrio entre las necesidades clínicas y la disponibilidad efectiva de los recursos sanitarios. Las previsiones estimadas para los próximos días y semanas apuntan a un aumento del número de casos de insuficiencia respiratoria grave, puesto que, al igual que otros de la familia de los coronavirus, el SARS-CoV-2 causa diversas manifestaciones clínicas que incluyen cuadros respiratorios que varían desde el resfriado común hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y fallo multiorgánico.

La experiencia de las primeras semanas, junto a la similitud de nuestra realidad con la de las experiencias internacionales comunicadas, indica que la pandemia en España se debe manejar como una situación de *catástrofe sanitaria*, definida por la OMS como *“cualquier fenómeno que provoca daños, perjuicio de vidas humanas, y deterioro de la salud y de los servicios sanitarios en medida suficiente para exigir una respuesta extraordinaria de sectores ajenos de la comunidad o zona afectada”*.

Con fecha 25 de marzo de 2020, el Comité de Bioética de España emitió **Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el**

contexto de la crisis del coronavirus, cuyas recomendaciones han inspirado el presente protocolo.

El objeto de las recomendaciones emitidas por el Comité de Ética de Asistencia Sanitaria (CEAS) de HM HOSPITALES es servir de guía a los profesionales sanitarios en la inevitable toma de decisiones de triaje en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos, tratando de paliar la incertidumbre que dichas decisiones - difíciles y emocionalmente gravosas para los implicados - conllevan, e intentando garantizar una asistencia sanitaria de la máxima calidad usando los recursos que en cada momento estén disponibles, todo ello basado en criterios clínicos y éticos, sin olvidar que, cualquier protocolo que se adopte para racionar unos recursos escasos, nunca debe aplicarse de manera mecánica o automática, tal y como se establece en el Informe de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médico Colegial, *“cada caso requerirá la deliberación oportuna antes de tomar una decisión”*.

Igualmente, y citando al Comité de Bioética de España, debemos recordar, sin quitar un ápice al carácter trágico que implícitamente conllevan las decisiones de triaje en el contexto actual y con las consecuencias que estas entrañan, que la priorización en la asignación de recursos sanitarios, no es una novedad ni una consecuencia de la pandemia, sino algo inherente a cualquier sistema de salud, p.e. triajes en urgencias, listas de espera o las decisiones o no en la cartera de servicios de determinados medicamentos y prestaciones sanitarias¹.

2. PRINCIPIOS Y DEFINICIONES.

Ningún protocolo de priorización puede ser interpretado o utilizado para eludir la reflexión y deliberación ética que conlleva una toma de decisiones trágica como la que tiene lugar cuando los recursos son escasos y el contexto de máxima tensión. Un profesional sanitario, debe analizar qué haría con un paciente concreto si la situación de escasez no existiera. Sólo si su respuesta involucrara el uso del recurso tendrá un sentido real plantearse opciones de triaje y priorización.

En una situación de pandemia, prevalece el deber de planificar, el principio de justicia distributiva, y la maximización del beneficio global. Se debe tener conciencia de la justa asignación de la distribución de recursos sanitarios limitados. Se debe 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.

Esta distribución y optimización de recursos en una situación como la que nos ocupa no debe quedar en manos del equipo asistencial, sino que las decisiones deben estar respaldadas por protocolos y recomendaciones como soporte técnico-científico. Se deben aplicar criterios de idoneidad y tener en cuenta factores como la comorbilidad, la gravedad de la enfermedad, el compromiso de otros órganos, la edad y la reversibilidad. La edad cronológica (en años) en

¹ Punto 8º del Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. 25 de marzo de 2020

ningún caso debería ser el único elemento a considerar en las estrategias de asignación.

Lo prudente y adecuado será dirigir los mayores esfuerzos terapéuticos a los pacientes que, tras evaluación de los criterios clínicos de gravedad y pronóstico previamente seleccionados, se considere que tienen mayor posibilidad de supervivencia y conseguida ésta en menor plazo de tiempo con su ingreso en UCI.

Sin perjuicio de lo anterior, se debe advertir respecto de los prejuicios contrarios hacia las personas mayores o con discapacidad. Citando al Comité de Bioética de España; *“el término “utilidad social” que aparece en alguna de las recomendaciones publicadas recientemente nos parece extremadamente ambiguo y éticamente discutible, porque todo ser humano por el mero hecho de serlo es socialmente útil, en atención al propio valor ontológico de la dignidad humana”*.²

No cabe trazar diferencias a la hora de efectuar el triaje entre pacientes afectados de COVID-19 y otros pacientes.

El criterio de asignación necesariamente debe contener elementos valorativos. La priorización basada en la mera prioridad en el tiempo, de manera que el acceso al tratamiento no se haga depender de otros factores, no se entiende respetuoso con el principio de igualdad y justicia³.

Un tratamiento que no produce resultados adecuados y no hay expectativas razonables de que los produzca es un tratamiento fútil y debe ser suspendido.

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 control sintomático).

Resulta indispensable analizar cada caso individualmente, basándose en los protocolos de sociedades científicas sobre la limitación de los tratamientos de soporte vital, adecuando el esfuerzo terapéutico a las probabilidades de supervivencia. Siendo, en ese sentido, de gran utilidad la existencia de voluntades anticipadas.

La claridad es fundamental para el adecuado desarrollo de la actividad de los profesionales, así como para poder explicar a pacientes, familiares, sociedad y autoridades los criterios que se han seguido en cada momento para la toma de decisiones.

El equipo asistencial tiene que transmitir estos criterios y decisiones a los pacientes y familiares con la mayor profesionalidad, delicadeza y claridad posibles.

² Punto 9. 6º del Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. 25 de marzo de 2020

³ Punto 9.6º del Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. 25 de marzo de 2020

La protección del personal sanitario que atiende a estos pacientes debe ser prioritaria, para evitar mermar los recursos necesarios para atender a los pacientes durante la pandemia, así como la solidaridad entre centros para maximizar el bien común por encima del bien individual.

Por último, consideramos también prudente la reevaluación frecuente de los protocolos y criterios ante los distintos cambios de escenario que se pueden ir planteando según evolucione la enfermedad, así como de la evidencia científica disponible para la mejor toma de decisiones, modificando y comunicando al efecto cuanto sea necesario para optimizar el manejo de esta situación.

El Comité de Ética de Asistencia Sanitaria de HM Hospitales es un órgano consultivo de referencia, que puede dar apoyo a las decisiones complejas que puedan ir apareciendo en relación con posibles priorizaciones.

DEFINICIONES

Triage: Los procesos de triaje se encargan de valorar y clasificar a los pacientes para determinar la prioridad de su atención y la localización más apropiada para su tratamiento. Consiste en garantizar que cada paciente, en función de los recursos disponibles, reciba el tratamiento correcto en el menor tiempo posible.

Limitación/adequación de los esfuerzos terapéuticos: Consiste en no aplicar medidas desproporcionadas ni fútiles en pacientes con mal pronóstico vital y/o con mala calidad de vida, siendo una medida desproporcionada aquella que no ofrecería un beneficio relevante al paciente y le produciría un daño o carga proporcionalmente superior. Esto incluye los tratamientos de soporte vital, es decir aquellos que tienen por finalidad la prolongación de la vida, manteniendo aquellas medidas de carácter paliativo necesarias para garantizar el máximo confort y bienestar del paciente, pensando siempre en términos de adecuación del esfuerzo a la situación del paciente. Las formas de limitación más habituales son la orden de no RCP y la limitación del SVA, que puede realizarse no iniciándolo o retirándolo una vez iniciado.

3. RECOMENDACIONES DE TRIAJE

1. Se acompaña Anexo de recomendaciones generales relacionadas con las decisiones éticas difíciles y la adecuación de la intensidad asistencial / ingreso en las unidades de cuidados intensivos avalado por varias sociedades científicas y comités de bioética.
2. La decisión de triaje será tomada por mínimo un mínimo de 2 médicos y/o un Comité de Triage, los cuales necesariamente deben contar con toda la información necesaria para tomar la decisión; aspectos clínicos, contexto, preferencias y valores de los implicados, recursos disponibles.

3. Las decisiones de triaje no deben ser demoradas ni apresuradas. Se recomienda una valoración precoz de los pacientes, precisándose una comunicación fluida entre el equipo de planta y los médicos intensivistas.
4. Clásicamente los criterios de ingreso en UCI se pueden dividir en un modelo de 4 prioridades:

- **Pacientes con Prioridad 1**

Serán pacientes críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva, depuración renal continua...).

- **Pacientes con Prioridad 2**

Pacientes que precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. Son pacientes que no estarán ventilados de forma invasiva, pero con altos requerimientos de oxigenoterapia con PaFiO₂<200 o <300 con fracaso de otro órgano.

- **Pacientes con Prioridad 3**

Se trata de pacientes inestables y críticos pero que tienen pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos, como por ejemplo no intubar y/o no intentar Reanimación Cardiopulmonar.

- **Pacientes con Prioridad 4**

Pacientes cuyo ingreso no está generalmente indicado: Beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo. Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente la muerte.

En una situación de falta de recursos se priorizarán los ingresos en UCI de pacientes con prioridad 1, en aquellos hospitales que dispongan de dispositivos de cuidados intermedios, dejando estos últimos para los pacientes con prioridad 2.

Los pacientes de prioridad 3 y 4 en casos de crisis no ingresarán en unidades de cuidados intensivos.

Esquema de decisión de ingresos en UCI en situación de crisis:

| Pacientes con Prioridad 1 | Pacientes con Prioridad 2 |
|---|---|
| Críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva, depuración renal continua...). | Precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. No ventilación Mecánica Invasiva Oxigenoterapia Alto flujo o VMNI por |

| | |
|---|--|
| | PaFiO ₂ <200 o <300 con fracaso de otro órgano. |
| Ingreso en UCI | Ingreso en cuidados Intermedios/Semicríticos |
| Pacientes con Prioridad 3 | Pacientes con Prioridad 4 |
| Inestables y críticos pero con pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos, como por ejemplo no intubar y/o no intentar RCP. | Su ingreso no está generalmente indicado: Beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo. Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente la muerte. |
| No Ingreso en UCI | |

5. El paciente que no ingrese en UCI será tratado con los máximos estándares de calidad en planta, según consideren los médicos responsables del enfermo, bien optimizando la terapia activa en planta o realizando un manejo prioritariamente sintomático. Si en esta valoración individualizada se considera necesario, puede reconsiderarse más adelante el ingreso en UCI.
6. La comunicación de todo el proceso de toma de decisiones con el paciente y sus allegados debe ser lo más clara y delicada posible.
7. Los profesionales implicados en las decisiones de triaje deben contar con apoyo emocional y psicológico por parte de HM Hospitales.
8. Las decisiones sobre las medidas de SVA o sobre maniobras de RCP deben quedar claramente documentadas en la historia clínica.

4. FUENTES.

“Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus”. **Comite de Bioética de España** de 25 de marzo del 2020.

“Informe de la Comisión Central de Deontología en relación con la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria”. **Organización Médico Colegial de España** de 23 de marzo del 2020

“Recomendaciones de triage durante la epidemia de coronavirus causante de COVID-19 para decisiones sobre el inicio de maniobras de reanimación cardiopulmonar y de medidas de soporte vital avanzado”. **CEAS y Grupo de trabajo ad hoc, HU Fundación Alcorcón**, Madrid; marzo de 2020.

“Recomendaciones éticas para tomar decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COV19 en las Unidades de Cuidados Intensivos”. **Grupo Bioética SEMICYUC**; marzo de 2020.

“Propuesta de protocolo de triage para decisiones sobre el inicio de maniobras de reanimación cardio-pulmonar y de medidas de soporte vital avanzado durante la epidemia de COVID19”. **CEAS HU de La Princesa**, Madrid; 13-03-2020.

“Consideraciones deontológicas en relación con la pandemia de COVID 19”. **Consell de Col·legis de Metges de Catalunya**, Barcelona, marzo de 2020.

“Documento de consenso sobre recomendaciones generales relacionadas con las decisiones éticas difíciles y la adecuación de la intensidad asistencial / ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos”, **Varios Autores**, marzo de 2020 (Anexo).

Documentos e informes. **CEAS HM Hospitales**, Madrid.

5. ANEXO: RECOMENDACIONES GENERALES RELACIONADAS CON LAS DECISIONES ÉTICAS DIFÍCILES Y LA ADECUACIÓN DE LA INTENSIDAD ASISTENCIAL / INGRESO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

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". La <i>Valoración Geriátrica Integral</i>, las <i>escalas clínicas de fragilidad</i> o los <i>índices de fragilidad</i> pueden ser de ayuda para tal fin. 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 (ver cuadro de la siguiente página)* 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 COVID19, se debe valorar ingresar prioritariamente el que más se beneficie. Estos principios se deberán 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. | <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 (<i>incluyendo soporte emocional y el control sintomático</i>) | | <ul style="list-style-type: none"> 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>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 Ambila

| * 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, J 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:

