

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON COVID19 HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACIÓN RIONEGRO

Si bien la mayoría de las personas infectadas por el coronavirus SARS-CoV-2 desarrollan una enfermedad leve o no complicada, los datos iniciales de China reportaban que aproximadamente el 14% presenta una afectación grave que requiere hospitalización, siendo un 5% los pacientes que deben ingresar en una unidad de cuidados intensivos; en la región italiana de Lombardía, esta cifra se elevó hasta el 12%. Cifras similares se han presentado en el resto del mundo. Estas experiencias, así como la realidad que se vivieron en algunos hospitales europeos vislumbran un desequilibrio progresivo entre el volumen de personas con necesidad de ventilación mecánica invasiva y la disponibilidad efectiva de medios (personal idóneo y equipos como ventiladores y otros), que podría desbordar cualquier sistema de salud. Este hecho implica (e implicará) decisiones éticas especialmente difíciles que, a corto y mediano plazo, pueden generar un impacto significativo para los pacientes y sus familias, como para los profesionales asistenciales, y que podría resultar tanto o más catastrófico que la propia enfermedad. En contextos como éste se recomienda ayudar a dar respuestas éticas y orientar a las autoridades y a los profesionales asistenciales; se debe entender que es una situación sin precedentes, en la cual se hace imprescindible disponer de un marco ético de referencia para la planificación y toma de decisiones que contribuyan a fortalecer procesos justos de decisión¹ y a “aliviar la carga cognitiva y emocional que puede representar para los médicos tomar estas decisiones bajo presión, reduciendo también el riesgo jurídico para el personal de salud.”²

Serán los profesionales de la salud los llamados a tomar decisiones de alto estrés moral en estos momentos, maximizando los beneficios producidos por los escasos recursos (salvando más vidas individuales y más años de vida en la priorización de pacientes que posiblemente sobrevivirán más años), tratando a las personas por igual, promoviendo y recompensando el valor de las personas y su entorno (valor instrumental de las personas de primera línea del área de la salud que pueden salvar a otras en virtud del principio de reciprocidad), y dando prioridad a los más vulnerables, cuando esto sea posible pues no siempre podría ser así. Adicionalmente, buscando poder llegar siempre a decisiones consensuadas.

Los sistemas de salud y los modelos de atención se han construido en torno al concepto de atención centrada en el paciente. Sin embargo, en una pandemia la perspectiva debe cambiar hacia un concepto de atención centrada en la comunidad, con soluciones y respuesta desde los hospitales para toda la población, y en el cual se deberá tener un enfoque diferencial en el estándar de cuidado habitual que permita evitar la mayor pérdida de vidas posibles en un escenario que maximice los beneficios y reduzca (no quite) los daños.

¹ Kipnis K. Triage and ethics. *AMA Journal of Ethics*. 2002;4(1). Disponible en: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/triage-and-ethics/2002-01>

² Central Ethics Committee (CEC), the Executive Board of the Swiss Academy of Medical Sciences and the Board of the Swiss Intensive Care Medicine Society (SGI-SSMI). COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity. *Swiss Med Wkly*; 150: w 20229, 2nd, versión. Actualizada Marzo 24, 2020. Disponible en: <https://smw.ch/article/doi/smw.2020.20229>

Las recomendaciones generales para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia COVID-19, indican a nivel mundial que en las acciones emprendidas se debe buscar siempre poder responder a:

- Principio de dignidad y autonomía: Se expresa en el deber de reconocer y respetar a toda persona su libertad y sus derechos, particularmente a gozar del derecho a la salud y al cuidado. Obliga por tanto al respeto a la autonomía de los pacientes para aceptar o rechazar intervenciones de cualquier naturaleza sobre su cuerpo para lo cual tiene el derecho de recibir toda la información clara y veraz sobre beneficios, riesgos de los tratamientos y alternativas terapéuticas al igual que sobre el pronóstico del estado actual de su enfermedad. Autonomía que se expresa finalmente en su consentimiento para aceptar o rechazar toda alternativa de diagnóstico y tratamiento. Cuando por las condiciones del paciente éste no pueda expresar su consentimiento y sea menester apelar a un consentimiento sustituto de la familia, ésta no podrá expresar negativas a tratamientos tendientes a favorecer positivamente el bienestar del paciente.
- Principio de igualdad: Se expresa en el deber de asignar los escasos recursos y de atender a todos los enfermos sin discriminaciones atribuibles a condiciones de género, raza, situación socio-económica, orientación sexual, posiciones políticas y religiosas, condición de discapacidad física, sensorial o mental, edad o valor que representen en la sociedad.
- Principio de mayor bien y compasión: Se expresa en la asignación racional de recursos y oportunidades limitadas a quienes mayor posibilidad clínica tengan de beneficiarse por recibirlos. Acciones contrarias conducirían al desperdicio de recursos y esfuerzos en momentos de extrema necesidad y a tratamientos fútiles y desproporcionados que prolongarían el sufrimiento y la agonía. El principio del mayor bien obliga a priorizar, por tanto, a quienes mayores posibilidades tengan de salvar su vida y salvar más años de vida por recibirlos. Para los pacientes que no llegasen a recibir estos recursos, bien porque no resultasen elegibles o porque hubiesen manifestado su negativa a recibirlos, este principio obliga, a su vez, a ofrecerles el mejor cuidado paliativo posible.
- Principio de equidad: Se expresa en el deber de privilegiar, en las decisiones de asignación de recursos escasos, a quienes menos posibilidades hayan tenido de vivir un plan de vida completo, lo cual significa que cuando haya dos o más pacientes que tengan la misma posibilidad de beneficiarse por recibir cuidado intensivo y ventilación mecánica, deberá tener prioridad aquel que pueda perder su vida prematuramente frente aquellos que sus vidas hayan vivido una vida completa o estén cerca de hacerlo. En la misma lógica, este principio prescribe el deber de priorizar a quienes, en razón de sus competencias y compromisos profesionales (por ejemplo, personal de salud en primera línea frente a COVID), podrían contribuir a reducir la pérdida prematura de vidas en la población afectada, prioridad establecida éticamente por su necesidad social (conocida también como valor instrumental) y por la reciprocidad a que son acreedores por exponerse al mayor riesgo en su trabajo de atención a los enfermos.

- **Principio de transparencia:** Se expresa en el deber de informar, comunicar y publicar por todos los medios posibles de amplia difusión y cobertura y al alcance de las comunidades, y en forma personal a los pacientes y sus familias las estrategias, criterios y mecanismos como se define la asignación de recursos escasos. Igualmente exige documentar responsablemente la forma como se hace para rendir cuentas a la sociedad cuando sea menester y que garantice la trazabilidad a través de formatos, bases de datos, historias clínicas y otros.

En medio de esta pandemia, los principales interrogantes bioéticos que podría ser necesario responder, son:

1. ¿Cómo balancear el riesgo de contagio en el personal de salud, con la obligación de garantizar adecuada atención a la persona con COVID-19?
2. ¿Cómo definir, en una situación de saturación de los servicios de salud, la adjudicación de tratamientos entre varios pacientes que puedan requerirlos?
3. ¿Hasta qué momento son aceptables las medidas avanzadas de cuidado?
4. ¿Hay sustento ético que justifique el manejo de pacientes con COVID-19 con medicamentos en evaluación y análisis de su efectividad en ésta condición?
5. ¿Es éticamente correcto aislar un paciente en sus últimos momentos de vida?
6. ¿Cómo abordar al familiar del paciente fallecido, teniendo en cuenta el protocolo de manejo de cadáveres que busca disminuir el riesgo de contagio al entorno?

Este documento es el fruto de varias discusiones del Comité de Ética Asistencial del Hospital San Vicente Fundación de Rionegro, y pretende dar unas recomendaciones en relación con estos aspectos buscando apoyar las decisiones clínicas y servir de marco de actuación a los profesionales de salud del hospital. Los dilemas éticos, por definición, no tienen una respuesta correcta, pero son mejor afrontados cuando existe un análisis previo que ha permitido definir mejores escenarios de acción.

1. ¿Cómo balancear el riesgo de contagio en el personal de salud con la obligación de garantizar adecuada atención a la persona con COVID-19?

Los equipos de protección personal (EPP) del personal de salud deben estar disponibles para brindar atención segura a los pacientes confirmados o con sospecha de COVID-19. Las recomendaciones de su uso partirán del consenso de expertos institucionales y basados en los lineamientos generados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia. Las recomendaciones del tipo de elementos a usar y el momento en la atención se basan en principio de protección al personal y no en consideraciones de restricción presupuestaria. Es la protección del personal un imperativo en la preparación y organización de la institución.

Los EPP buscan además generar la tranquilidad al personal para brindar una atención segura y humanizada al paciente confirmado o con sospecha de COVID-19 durante todo su proceso de atención, que incluye su ingreso a la institución, la realización de estudios diagnósticos, su manejo en las salas de hospitalización o cuidado intensivo, y, a su vez, el manejo compasivo y acompañamiento en caso de entrar en fase final de vida. Siempre será una obligación de la atención en salud

consolar y brindar medidas que permitan calmar el dolor y el sufrimiento, incluso en situaciones difíciles como en las que se pueden presentar en esta pandemia de COVID-19.

Las medidas de protección para el personal incluirán estrategias continuas y estandarizadas para proteger su bienestar. El autocuidado es responsabilidad ética, y brindar atención con adecuados elementos de protección personal es una obligación profesional; pero igualmente cuando las condiciones de protección personal no están dadas o se tenga amenazas para la seguridad desde el aspecto ocupacional es ético postergar la atención hasta que se den las condiciones de seguridad.

Es igualmente un deber ético tener todas las medidas necesarias de forma tal que la posibilidad de contagio por COVID-19 sea mínima para pacientes y personas que asisten al hospital por otras condiciones de salud.

2. ¿Cómo definir, en una situación de saturación de los servicios de salud, la adjudicación de tratamientos entre varios pacientes que puedan requerirlos?

La capacidad hospitalaria es finita. La situación en una pandemia hace que en algún momento la necesidad desborde esta capacidad. Se han establecido planes buscando ampliar las capacidades de la institución para poder atender de la mejor manera un mayor número de pacientes, no solo aquellos con diagnóstico de COVID-19, sino también aquellos que lo requieran por otras condiciones en las cuales la urgencia lo amerita o el pronóstico de la condición médica se hace dependiente de tiempo (como el cáncer).

Dentro de las fases de una pandemia, la saturación de los servicios de salud puede llevar a la necesidad de considerar la priorización y racionamiento en el uso de los recursos que se convierten en limitantes; en el caso de COVID-19, los recursos materiales limitantes son, especialmente, las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) y ventiladores mecánicos; a la vez, el personal de salud capacitado para atender los pacientes es un limitante frecuente en las instituciones. Se busca poder hacer un juicio prudente, que tenga balance con la necesidad de garantizar salud poblacional, evitando el abandono, la futilidad terapéutica, y cualquier forma de discriminación por razón de discapacidad o edad.

De acuerdo al momento que nos encontremos en las fases de la pandemia, puede ser necesario que las decisiones en relación con la adjudicación de tratamientos deban cambiar. En un primer momento, cuando hay suficiente disponibilidad de recursos, puede ser que se cambie poco el modo de funcionamiento usual y de criterios de ingreso de los pacientes a las UCIs; en un momento de alta demanda y saturación, la definición de prioridad y racionamiento se hacen necesarias, es en esas situaciones extremas de sobreocupación asistencial cuando es conveniente actuar con criterios que primen el bien común sobre el bien particular de los pacientes. En cualquier caso, antes de llegar a estas decisiones, hay que valorar otras alternativas como la derivación a otros hospitales o el traslado de enfermos más leves a otros establecimientos de salud o a otros provisionalmente creados.

Finalmente, es necesario estar atentos a la presencia o no de documentos de voluntades anticipadas que puedan haber expresado los pacientes, y actuar siempre usando la prudencia y la buena práctica; actuar bajo la “*Lex Artis*”, haciendo referencia a la búsqueda de valores propios de la excelencia profesional en las circunstancias de tiempo, modo y lugar, tanto en las dimensiones técnicas, científicas y humanas del desempeño de la profesión.

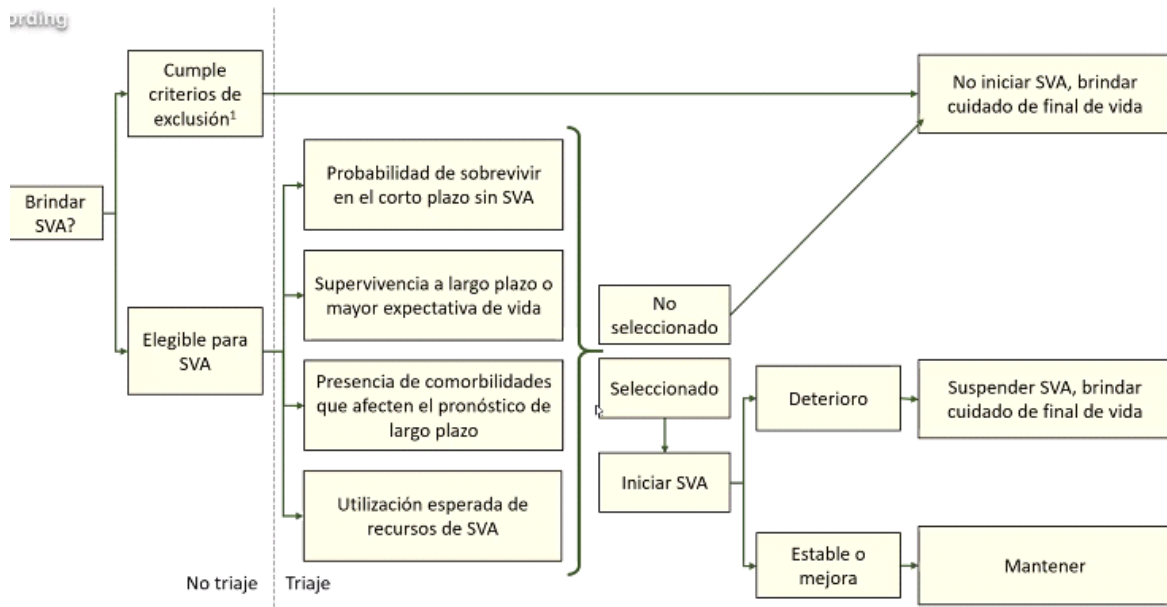
No debería tenerse diferencia en la asignación de recursos entre pacientes con COVID-19 y aquellos con otras condiciones médicas. Si la pandemia genera una escasez absoluta de recursos en servicios de salud, esto afectará a todos los pacientes, incluidos aquellos con otras condiciones como falla cardíaca, cáncer, sepsis, y otras condiciones graves y potencialmente fatales que requieran de atención médica especializada inmediata. La asignación justa de recursos que prioriza el valor de maximizar los beneficios se aplica a todos los pacientes que necesitan del recurso.

Siempre deberá el médico o equipo de triaje preguntar a los pacientes o a sus familias su voluntad y disposición para recibir cuidados intensivos con todas sus implicaciones, riesgos, beneficios y cuestionar si han expresado antes algún tipo de declaración de voluntades anticipadas que deban ser tenidas en cuenta antes de ingresar al paciente a medidas de soporte de alta tecnología. El médico o el equipo de triaje deben conocer valores, creencias y objetivos de vida de los pacientes, como debe ser siempre en la práctica médica habitual, de tal manera que las medidas que se ofrezcan se correspondan en lo posible con la visión de vida y valores de los pacientes.

Por otra parte debe tenerse en cuenta que los pacientes de mayor edad generalmente traen consigo una mayor carga de enfermedades crónicas, lo cual puede hacer que deseen renunciar a soportes prolongados o intensivos porque consideren que su calidad de vida puede ser inaceptable como consecuencia de las secuelas de COVID-19 combinadas con sus enfermedades pre-existentes. Estos factores pueden incidir en la negativa de su voluntad a aceptar tales tratamientos, razón de más para que sean tenidas en cuenta las voluntades anticipadas particularmente en aquellos enfermos de mayor edad con comorbilidades y pronósticos inciertos en relación con supervivencia y calidad de vida. Sin embargo, en algunas ocasiones habrá que ponderar si la edad podrá ser o no un criterio de exclusión, como cuando se tienen dos pacientes con igual pronóstico o igual gravedad pero diferente edad, lo cual deberá advertirse y definirse con justificaciones éticas en donde se resalte el momento del ciclo vital, la posibilidad de tener ganancia en años de vida productivos y de desarrollo de proyectos de vida, etc., siempre bajo un principio de justicia distributiva con registro claro y coherente en la historia clínica.

A continuación se presenta un diagrama ilustrativo de las consideraciones que se deben tener en cuenta a la luz de definir la asignación de los recursos en momento de pandemia por COVID-19, imagen tomada de conferencia dictada por el Dr. Ramón Abel Castaño Yepes en Academia de Medicina de Medellín del pasado 29 de julio de 2020.

pending



1. El paciente no está lo suficientemente grave para requerir SVA o está demasiado grave para beneficiarse, o expresó su voluntad (DVA o CI) de no aceptar SVA.

3. ¿Hasta qué momento son aceptables las medidas avanzadas de cuidado?

Hay situaciones clínicas en las cuales, luego de haber implementado medidas adecuadas de cuidado y tratamiento, la respuesta no es la esperada; en algunos casos, a pesar de predictores iniciales de buen pronóstico, la condición particular de salud no mejora, o empeora, y esto puede hacer que en un momento dado se considere que la continuidad de los cuidados avanzados sean fútiles. Pacientes con altos parámetros ventilatorios, requiriendo altas dosis de vasopresores, con medidas avanzadas de tratamientos, y teniendo evolución no esperada, podrían ser llevados a discusión de la conveniencia de la continuidad de las medidas cuando se visualiza pocas posibilidades de recuperación. En este momento, se podría plantear el retiro de medidas establecidas para buscar curación, pero siempre deberá brindarse cuidado y no se le abandonará; los cuidados paliativos y el acompañamiento al paciente y al familiar tomarán un papel predominante en estos momentos.

En momentos de gran ocupación de los servicios de salud y especialmente cuando la disponibilidad de UCI empiece a faltar, se podrá constituir un equipo de triaje para pacientes críticos, el cual apoyará en la toma de decisiones de readecuación de esfuerzos, y en apoyo en criterios de ingreso a UCI. Este equipo iniciará su acción cuando institucionalmente se vea la necesidad de su actuación. Su objetivo será dual buscando el mantenimiento del principio de justicia y transparencia en la asignación de recursos, a la vez que apoya en esta decisión de estrés moral al equipo asistencial que está al cuidado directo de los pacientes. Estas actividades podrían realizarse en tres momentos: aplicación de criterios de exclusión para ingreso a la UCI (como presencia de choque irreversible); evaluación del riesgo de mortalidad para prioridad en inicio de ventilación usando escalas como SOFA; y monitoreo y evaluaciones regulares en el tiempo de forma tal que pacientes cuya condición no esté mejorando pueda definirse necesidad de retiro de terapias. Debido a que maximizar los beneficios es primordial en una pandemia, podría ser indicado y éticamente adecuado retirar un paciente de un ventilador o de una cama

de UCI para proporcionarlo a otras personas que lo necesitan; los pacientes y familiares deberían ser conscientes de esta posibilidad incluso al ingresar al hospital. Tal priorización sólo podrá ser realizada en condiciones comprobadas de carencia de recursos en el sistema por sobreocupación. Sin lugar a dudas esto último será extremadamente traumático para los médicos, por lo que podría ser el mejor escenario de acción del equipo de triaje, entendiendo que no es un acto de asesinato, y no requiere el consentimiento del paciente ni familiar.

En relación con la conveniencia o no de realización de Reanimación Cardiocerebropulmonar a los pacientes con COVID19, la decisión debe ser tomada teniendo en cuenta condiciones individuales del paciente y las condiciones del momento de la enfermedad. En pacientes con comorbilidades graves y/o en quienes se ha definido la adecuación del esfuerzo terapéutico, éstas medidas avanzadas no están indicadas; en situaciones extremas de pacientes en ventilación mecánica en altos parámetros y con dosis altas de vasopresores donde la falla cardiopulmonar aparece a pesar de la terapia máxima, es éticamente adecuado considerar orden de no reanimación y de otras terapias (transfusiones, antibióticos, alimentación parenteral, uso de diálisis, implante de marcapaso, etc.), buscando disminuir la futilidad de éstas maniobras, y por el riesgo al personal de salud.

4. ¿Hay sustento ético que justifique el manejo de pacientes con COVID-19 con medicamentos en evaluación y análisis de su efectividad en ésta condición?

En situaciones de pandemia, y más ante enfermedades nuevas, la búsqueda de estrategias terapéuticas efectivas se convierte en un imperativo ético y moral del personal de salud en particular, y de la sociedad en general. Sin embargo, el uso de medicamentos o tratamientos no avalados aún por la literatura científica y las asociaciones médicas, tanto desde una mirada empírica racional como en un enfoque compasivo, deberá realizarse en el contexto de un ensayo clínico con la rigurosidad que exige el método científico, buscando mantener los principios éticos de autonomía (presencia de consentimiento informado claro y entendible), *beneficencia* y *no maleficencia* (determinaciones de riesgo y beneficio balanceadas en el desarrollo del proyecto de investigación y bajo aval y monitoreo de Dirección de Investigaciones), y *justicia* (especial precaución en la participación de poblaciones vulnerables), sin ser limitados a éstos. Su uso fuera de estos parámetros debe ser desestimulado. Igualmente se debe considerar que las personas que participan en investigaciones para demostrar seguridad y eficacia de vacunas y terapéutica deben recibir cierta prioridad para las intervenciones de COVID-19: el asumir el riesgo durante la investigación ayuda a futuros pacientes, y esa contribución debería ser recompensada.

La institución ha definido, por medio del documento “Recomendaciones para la atención de pacientes con sospecha o diagnóstico de infección por SARS-Cov2 – Hospital Rionegro”, IN-2513, las recomendaciones a tener en cuenta en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con COVID-19 en el hospital. Allí están plasmados las terapias que la institución ha considerado se deberían suministrar a los pacientes, de acuerdo a las recomendaciones y guías nacionales e internacionales.

En relación a las terapias compasivas, es importante considerar que el año 2014, la OMS elaboró criterios para determinar en qué condiciones puede ser éticamente apropiado ofrecer intervenciones que no han sido probadas con evidencia científica para usos determinados y fuera del ámbito de investigación, como recursos de opción alternativa cuando no se dispone de terapias, medicamentos o ayudas diagnósticas de suficiente evidencia, (llamadas por algunos bajo el rótulo de tratamientos compasivos), recursos a los que se acude con frecuencia durante situaciones de urgencia como en epidemias. La OMS se refirió a este marco como "*uso de emergencia monitoreado de intervenciones no registradas y experimentales*" (MEURI por sus siglas en inglés). Este marco o criterios éticos se conoce, por tanto, como Marco MEURI, cuyo objetivo es facilitar el acceso a esas intervenciones a las personas afectadas en vista de su *posible* beneficio, asegurando, al mismo tiempo, que su uso se supervise y contribuya con datos a la generación de evidencia. No obstante su utilización, sigue siendo necesaria la realización de ensayos clínicos sólidos para demostrar la seguridad y la eficacia de estas intervenciones.

Tales criterios éticos son los siguientes, bajo los cuales podría ser justificable la utilización de tales recursos carentes de evidencia:

- 1) *Cuando no existe ningún tratamiento de eficacia comprobada;*
- 2) *Cuando no es posible iniciar ensayos clínicos inmediatamente;*
- 3) *Cuando se dispone de datos que proporcionan un apoyo preliminar de la eficacia y la seguridad de la intervención, al menos de estudios de laboratorio o en animales, y el uso de la intervención fuera de ensayos clínicos ha sido sugerido por un comité científico asesor debidamente calificado, sobre la base de un análisis favorable de los riesgos y beneficios;*
- 4) *Cuando las autoridades competentes del país, así como un comité de ética debidamente calificado, han aprobado dicho uso;*
- 5) *Cuando se dispone de recursos adecuados para garantizar que los riesgos puedan minimizarse;*
- 6) *Cuando se obtiene el consentimiento informado del paciente;*
- 7) *Con el compromiso de supervisar y monitorizar el uso de emergencia de la intervención y los resultados se documentan y se comparten oportunamente con la comunidad médica y científica en general*³.

³ OPS *Uso de emergencia de intervenciones no probadas y fuera del ámbito de la investigación Orientación ética para la pandemia de COVID-19. Organización Mundial de la Salud. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>.*

Debe entenderse que estos criterios no son excluyentes sino que por el contrario los siete deben cumplirse rigurosamente.

5. ¿Es éticamente correcto aislar un paciente en sus últimos momentos de vida?

El aislamiento en los pacientes con COVID-19 es una medida de salud pública que busca disminuir el contagio de las demás personas, todas susceptibles y por tanto vulnerables a infectarse y enfermar. De esta forma como medida de salud colectiva toma importancia para disminuir el impacto de la pandemia, y cobra toda la relevancia desde la ética considerándose en ese sentido aceptable.

El aislamiento en los pacientes que están cerca de fallecer debe, por tanto, balancear el riesgo del contagio con la necesidad de humanizar esos momentos, facilitar despedidas y brindar atención compasiva. Los dispositivos tecnológicos (teléfonos, celulares inteligentes, tablets, etc.) pueden facilitar estos encuentros y se estimulará su uso, con las medidas de bioseguridad institucional que estén indicadas.

6. ¿Cómo abordar al familiar del paciente fallecido, teniendo en cuenta el protocolo de manejo de cadáveres que busca disminuir el riesgo de contagio al entorno?

El riesgo de contagiarse y enfermar de COVID-19 obliga a un manejo especial de los cadáveres cuando aún continúan en período de contagiosidad: no podrán ser vistos de cerca por muchos familiares (posiblemente y, de acuerdo al estado de la pandemia y la situación institucional, por unos pocos bajo medidas especiales de protección y distanciamiento físico y con entendimiento de los riesgos que implica para el familiar por lo que se hace necesario firma de consentimiento informado definido por los lineamientos nacionales para acompañante). Igualmente se deben evitar rituales religiosos que conlleven reuniones o aglomeraciones de personas, de acuerdo con los lineamientos que han sido emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Como equipo de salud somos responsables de abordar al familiar para explicarle los motivos de éste manejo especial del cadáver, brindando además un acompañamiento espiritual y psicológico si es necesario, para mejorar el afrontamiento de la pérdida y favorecer un proceso adecuado de duelo. El manejo de cadáveres debe hacerse respetando el principio de precaución (por el riesgo de contagio que conllevan cuando aún tienen riesgo de ser contagioso), pero también el principio de Dignidad Humana, entiendo que más que disponer de un cadáver se trata de cuidar el cuerpo de un ser humano.

LECTURAS RECOMENDADAS

- The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). J. Randall Curtis, Erin K. Kross, Renee D. Stapleton. JAMA Published online March 27, 2020.
- Recomendaciones generales para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia COVID-19. Documento soporte Ministerio de Salud y Protección Social GIPS13, version 1. Marzo 2020.

- Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of COVID-19. Ezekiel J. Emanuel, Govind Persad, Ross Upshur, Beatriz Thome, et al. N Engl J Med 2020; 382:2049-2055
- Facing Covid-19 in Italy – Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic’s Front Line. Lisa Rosenbaum. N Eng J Med 2020; 382:1873-1875
- The Toughest Triage – Allocating Ventilators in a Pandemic. Robert Trug, Christine Mitchell, George Daley. N Eng J Med 2020; 382:1973-1975
- Berlinger N, Wynia M, Powell T, Hester DM, Milliken A, Fabi R, et al. Ethical framework for health care institutions responding to novel coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) The Hastings Center. 2020 March 16. Disponible en: <https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2020/03/AA-Hastings-Center-Covid-Framework-2020.pdf>
- Comité de Bioética de España. 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. 2020. Disponible en <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>
- República de Colombia. Consejo Nacional de Bioética. Declaración del Consejo Nacional de Bioética. Marzo 19 de 2020. Disponible en: https://minciencias.gov.co/sites/default/files/declaracion_cnb_sobre_covid19.pdf
- Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos para la atención clínica de paciente durante la pandemia por SARS – COV-2 / COVID-19. 2020. Disponible en: <https://www.accpaliativos.com/wp-content/uploads/2020/04/Recomendaciones-COVID19-ACCP.pdf>
- Grupo ACIN- IETS de Consenso Colombiano para recomendaciones de atención COVID19 (2020). Consenso Colombiano de Atención, Diagnóstico y Manejo de la Infección por SARS-COV-2/COVID-19 en Establecimientos de Atención de la Salud. Recomendaciones Basadas en Consenso de Expertos e Informadas en la Evidencia. Disponible en: <http://www.iets.org.co/Archivos/853-2765-1-PB.pdf>