

Guías para el tratamiento del continuo de crisis

- I. **PALABRAS CLAVE:** Pandemia, gripe, COVID-19, respuesta a crisis, estándares de crisis
- II. **OBJETIVO:** Guiar la prestación de cuidados durante una pandemia viral respiratoria o otra emergencia de salud pública cuando se necesite el uso de asignar niveles de urgencia en crisis. La aplicación de estas directrices requerirá el criterio del médico en el momento de la atención al paciente.
- III. **DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA:** Nuestra misión y valores siguen siendo los mismos durante una crisis que requiera la implementación de estas guías. Las decisiones de asignar niveles de urgencia se deben tomar usando directrices operativas y clínicas de acuerdo con estos criterios clínicos basados en evidencia que se relacionan con el estado y probabilidades de supervivencia del paciente en circunstancias de crisis como una emergencia de salud pública, una pandemia o otra situación de respuesta en crisis que aumente de forma impredecible el volumen o la gravedad de afectación de la salud de los pacientes más allá de las operaciones estándar. Estas directrices se deben usar junto con las Normas de incidentes del Sistema Nacional de Gestión de Incidentes (National Incident Management System, NIMS).

Se tratará a todos los pacientes con respeto, atención y compasión, independientemente de su raza, origen étnico, color de la piel, origen nacional, religión, sexo, impedimentos, estado de veterano de guerra, edad, información genética, preferencia sexual, identidad de género o cualquier otra característica protegida según las leyes aplicables. Sin embargo, durante una respuesta en crisis, el tratamiento de todos los pacientes se debe basar en estas guías basadas en evidencia.

IV. DEFINICIONES:

- A. **Pacientes de emergencia:** Los pacientes cuyos padecimientos clínicos indican que se requieren su hospitalización o intervención quirúrgica en 24 horas.
- B. **Intervención quirúrgica programada:**
1. **Categoría 1:** Pacientes de urgencia en quienes se requiere una operación en 30 días.
 2. **Categoría 2:** Pacientes de semi-urgencia en quienes se requiere una operación en 90 días.
 3. **Categoría 3:** Pacientes que no son de urgencia en quienes se requiere una intervención quirúrgica en algún momento futuro.
- C. **Centro de cuidados a largo plazo:** Un programa residencial con atención las 24 horas, lo que incluye: centros de atención residenciales, hogares para ancianos, instalaciones de enfermería especializada, vivienda asistida y otras instalaciones similares.
- D. **Cuidados paliativos:** Hacer que un paciente se sienta cómodo mediante el tratamiento de los síntomas de una enfermedad y abordando problemas que le causen dolor o sufrimiento físico o emocional.
- E. **Categorías de pacientes:** Niveles de urgencia de los pacientes:
1. **AZUL:** La probabilidad más baja de supervivencia incluso con tratamiento; proporcionar cuidados paliativos según sea apropiado; puntuación de la evaluación de insuficiencia

Guías para el tratamiento del continuo de crisis

- orgánica secuencial (sequential organic failure assessment, SOFA) ≥ 15 , tasa de mortalidad $> 80\%$
2. **AMARILLO:** Prioridad intermedia para el tratamiento; SOFA = 10 a 14, tasa de mortalidad de 40-60 %
 3. **ROJO:** Las probabilidades más altas de supervivencia con el tratamiento; prioridad máxima para el ingreso hospitalario y tratamiento; SOFA = 1 a 9, tasa de mortalidad de 10-20 %
 4. **VERDE:** Probabilidades máximas de supervivencia sin tratamiento; SOFA = 0
- F. **Equipo de revisión basada en pares** (Peer Based Review Team, PBRT): Recurso de revisión autorizado conjuntamente por el jefe de personal de un centro de atención en colaboración con su director médico. El equipo de revisión (Peer Based Review Team, PBRT) funciona como un comité y opera para el beneficio directo del centro de atención en la facilitación de las actividades de respuesta ante crisis. Consiste en 2-4 médicos, sin incluir a asesores o representantes designados. En la decisión de quienes deberían ser miembros del PBRT, se debe considerar ampliamente la diversidad de miembros de acuerdo con su raza, origen étnico y sexo; si los médicos clave no son de minorías étnicas o raciales, contemple añadir a médicos de otras especialidades que sí lo sean. La función del PBRT consiste en decisiones y evaluaciones relativas a la calidad y disponibilidad de la atención médica o servicios médicos, con énfasis en revisar las decisiones de evaluación del paciente, incluidos los ingresos en el hospital y la unidad de cuidados intensivos (UCI), asignar niveles de urgencia de pacientes, intervenciones quirúrgicas programadas, planificación del alta hospitalaria, transición a los cuidados paliativos y otras intervenciones o procesos que se consideren necesarios durante la respuesta a la crisis. El PBRT evaluará objetivamente a los pacientes utilizando los criterios y protocolos que siguen, para identificar oportunidades, necesidades e idoneidad de la atención. Las actividades del PBRT deben ser confidenciales y de naturaleza privilegiada. Cualquier documento que cree específicamente el PBRT para realizar sus obligaciones en nombre del centro de atención se debe marcar como "Privilegiado y confidencial", además de mantenerlo en un archivo confidencial por separado, para preservar y mantener los privilegios que sean aplicables.
- G. **Equipo de acciones relativas a pacientes e instalaciones:** El equipo de acciones relativas a pacientes e instalaciones (patient and facility action team, PFT) proporciona asesoría y coordinación de la atención, además de trabajar con familiares de personas a las que se ha asignado niveles de urgencia a los cuidados paliativos, ej., pacientes de la categoría **AZUL**. Entre los miembros del equipo, se debe incluir a personas que brinden atención espiritual y otras personas que no participen directamente en la atención y el tratamiento de los pacientes, para preservar el uso de los recursos médicos.
- H. **Puntuación de la evaluación de la insuficiencia orgánica secuencial:** En la evaluación de la insuficiencia orgánica secuencial (sequential organ failure assessment, SOFA), se evalúa el funcionamiento de los sistemas del organismo (nervioso, sangre, hígado, riñones y presión arterial/hemodinámica) y se asigna una puntuación basada en los datos de cada sistema. Que las puntuaciones de la SOFA sean más altas indica mayores probabilidades de muerte.

Guías para el tratamiento del continuo de crisis

- I. **Sistema Nacional de Gestión de Incidentes (NIMS):** El Sistema Nacional de Gestión de Incidentes (National Incident Management System, NIMS) guía a las entidades gubernamentales, no gubernamentales y del sector privado en todos los niveles, para la prevención, protección, mitigación, respuesta y recuperación de incidentes. Contiene vocabulario, sistemas y procesos compartidos del Sistema Nacional de Preparación (National Preparedness System).
- J. **Bien tranquilizadas:** Personas que no necesitan tratamiento; pero sí requieren que las tranquilicen los médicos.

V. PROCESO:

- A. Establecer un PBRT según las guías de PBRT. El PBRT toma decisiones y evalúa la calidad de acuerdo con el Diagrama de flujo 1, Herramientas y tablas de asignar niveles de urgencia , y documentos relacionados.
- B. Conformar un PFT. Asegurarse de que esté disponible personal de seguridad que ayude con interacciones emocionales difíciles.
- C. El personal médico debe establecer un método de apoyo de pares y consulta con expertos para los PBRT.
- D. Durante una situación en la que se haya identificado un riesgo de pandemia o de salud pública que pudiera afectar a los ministerios de CommonSpirit Health, se usará un sistema de estado de asignar niveles de urgencia en crisis como guía de preparación e intervenciones. Consulte la Tabla 1: Descripción general de urgencia de crisis en una pandemia.
- E. Estas directrices y procesos se aplican a todos los pacientes, sin importar su estado relativo a COVID-19, durante la respuesta a una crisis.
- F. Los niveles de urgencia de crisis se implementarán y escalarán en el nivel local de acuerdo con los eventos locales, no en el nivel de sistema. La decisión de aumentar el nivel de triaje en un ministerio en particular se tomará según el Mando de incidentes local, el Mando de incidentes en el nivel del sistema y la Dirección Médica de CommonSpirit Health.

Guías para el tratamiento del continuo de crisis

TABLA 1: DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS NIVELES DE URGENCIA EN CRISIS DURANTE UNA PANDEMIA

Nivel de urgencia 0 Identificación de la primera amenaza conocida	Nivel de urgencia 1 Primera propagación conocida en la comunidad	Nivel de urgencia 2 Propagación de gran volumen en la comunidad	Nivel de urgencia 3 Declaraciones de desastre local o estatal, escuelas cerradas o instalaciones inundadas
--	---	--	---

Sala de emergencias, hospital y UCI: urgencia en crisis clínico

Use el algoritmo **DE LOS NIVELES DE URGENCIA EN CRISIS DE INGRESO EN EL HOSPITAL Y LA UCI/VENTILADOR** y las herramientas de las páginas siguientes para determinar a cuáles pacientes se debe enviar a casa para cuidados paliativos o cuidados médicos y cuáles pacientes deben ingresar o continuar en el hospital o la UCI, de acuerdo con la puntuación de la SOFA del paciente, la categoría del paciente y los criterios de colocación.

El juicio del médico se debe usar en la aplicación de estas guías. Otros factores que se han de tomar en cuenta al aplicar los niveles de urgencia en crisis, especialmente en cuanto al ingreso, transferencia o alta hospitalaria de un paciente, son (**no** son criterios de colocación):

- Si el paciente puede ser transferido a otra instalación local o a una instalación en otra parte de CommonSpirit que disponga de los recursos necesarios (todavía se deben cumplir los requisitos de la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto [Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA]).
 - Si está disponible otra instalación, la transferencia se debe considerar especialmente si el paciente no tiene COVID-19 y no es una persona en investigación (PEI).
- Si el paciente es indigente o tiene alguien que lo cuide en casa tras el alta hospitalaria.
- Si es una paciente embarazada con edad gestacional mayor de 12 semanas o que ya pasó el punto de viabilidad.
- Si varios pacientes necesitan simultáneamente el acceso a recursos de cuidados críticos y el PBRT considera que es igualmente probable que se beneficien de un recurso disponible, el recurso disponible se debe proporcionar mediante aleatorización. Consulte detalles en el Apéndice 2.
- Los pacientes que lleven consigo un ventilador personal no deben ser incluidos en el algoritmo de niveles de urgencia en crisis respecto al uso de ventilador, siempre que su ventilador personal satisfaga en grado suficiente sus necesidades clínicas. Se los debe incluir si su estado clínico requiere un ventilador hospitalario. También se los podría incluir en la urgencia en crisis de otros recursos (p. ej., cama en la UCI, oxigenación con membrana extracorpórea [extracorporeal membrane oxygenation, ECMO]), según sea necesario.

Guías para el tratamiento del continuo de crisis

Nivel de urgencia en crisis 2:

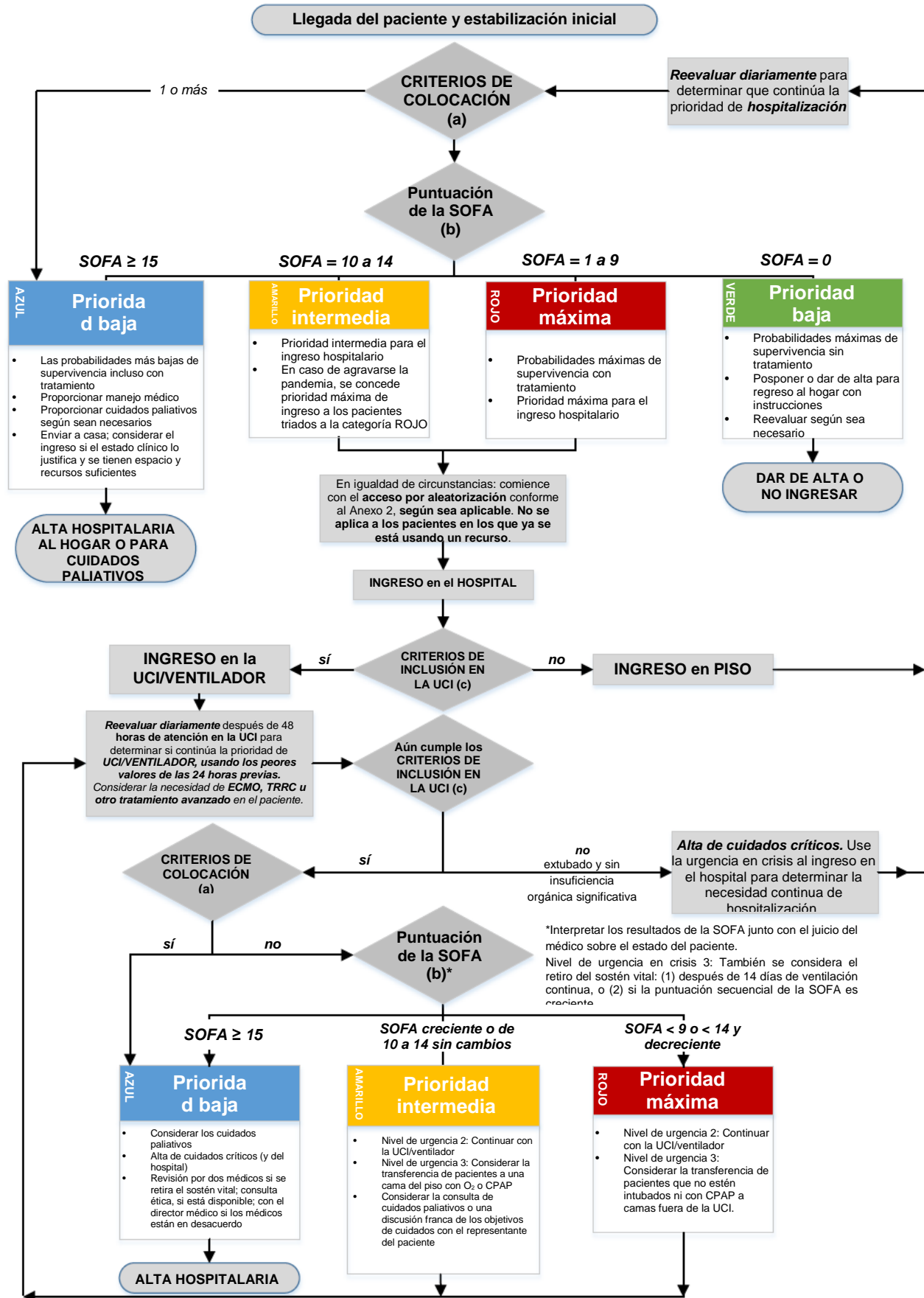
1. Iniciar el algoritmo asignado **NIVEL DE URGENCIA EN CRISIS DE HOSPITAL Y UCI/VENTILADOR** para determinar la prioridad de ingreso en la UCI y de intubación o ventilación mecánica.
2. Reevaluar diariamente la necesidad de tratamiento con UCI/ventilador después de 48 horas de atención en la UCI.
3. Si un paciente es asignado como nivel **AZUL** antes del ingreso o cuando está en la UCI, se debe redactar automáticamente un orden de no reanimar (do not resuscitate, DNR). Se llenan los formularios orden médica de tratamiento de sostén vital (physician orders for life sustaining treatment, POLST), orden médica de alcance del tratamiento (medical order for scope of treatment, MOST) u orden extrahospitalaria de no reanimar (out of hospital-do not resuscitate, OOH-DNR) si el paciente recibirá el alta hospitalaria.

Nivel de urgencia en crisis 3:

1. Se sigue usando el algoritmo de **NIVEL DE URGENCIA EN CRISIS DE HOSPITAL Y UCI/VENTILADOR** para determinar la prioridad relativa a la UCI, intubación o ventilación mecánica.
2. Se trían más pacientes de la categoría **AMARILLO** al servicio con oxígeno o con presión respiratoria continua positiva (continuous positive airway pressure, CPAP).
3. Se trían más pacientes de la categoría **ROJO** que están intubados y con CPAP cuyo estado es menos agudo para su tratamiento fuera de la UCI.

DIAGRAMA DE FLUJO 1: NIVEL ASIGNADO DE URGENCIA EN CRISIS EN EL HOSPITAL Y DE USO DE LA UCI/VENTILADOR

Se aplica a los niveles 2B y 3 de la pandemia



HERRAMIENTAS Y TABLAS

La finalidad de estos criterios y herramientas es usar las probabilidades de supervivencia basada en pruebas, no juicios externos sobre la calidad de vida de un paciente. Considérense en la medida en que afecten a la supervivencia en el contexto del juicio médico razonable.

(a) CRITERIOS DE COLOCACIÓN para el ingreso en el hospital:

Se ubica al paciente como uno de la prioridad más baja para el ingreso en el hospital o se le transfiere a cuidados intensivos si está presente ALGUNO de los factores siguientes, **que reduciría significativamente sus probabilidades de supervivencia:**

- Deseos del paciente.** Se analizan los objetivos de la atención con cada paciente o su representante. Se pregunta si sus objetivos de atención incluyen los cuidados intensivos temporales o prolongados, dado el pronóstico, o si prefieren cuidados paliativos.
- Evento neurológico agudo grave con probabilidades mínimas de recuperación neurológica funcional (a juicio del médico).** Incluye lesión cerebral traumática, accidente cerebrovascular hemorrágico grave, lesión cerebral isquémica hipóxica y hemorragia intracraneal.
- Traumatismo agudo grave con un TRAUMATISMO REVISADO PUNTUACIÓN < 2 [consulte (d) y (e)]**
Escala de coma de Glasgow: ____ Presión arterial sistólica: ____ Frecuencia respiratoria: ____ Puntuación de traumatismo revisada: ____
- Quemaduras graves con supervivencia esperada < 50 % [pacientes identificados como "Baja" o peor en la TABLA DE DECISIÓN DE ASIGNAR UN NIVEL DE URGENCIA EN CRISIS DE VÍCTIMAS DE QUEMADURA (f)].** Las quemaduras con las que no se precisen recursos de cuidados críticos se pueden atender en instalaciones locales (p. ej., quemaduras con las que en circunstancias normales se podría haber realizado la transferencia a un centro para quemaduras).
Puntuación: ____
- Paro cardíaco que no responde a las intervenciones de sostén vital cardíaco avanzado en 20 minutos;** incluye paro no atestado, recurrente o relacionado con un traumatismo.
- Enfermedad en **etapa** terminal con pronóstico basado en evidencia de 6 meses o menos, en lo que se incluye:
 - Demencia en etapa terminal confirmada** en sujetos tratados médicamente y que requieren ayuda con actividades de la vida diaria.
 - Enfermedades neuromusculares no tratables avanzadas** (como la esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple terminal o atrofia muscular raquídea) en sujetos que requieran asistencia con actividades de la vida diaria o asistencia respiratoria crónica.
 - Trastornos cromosómicos o no tratables confirmados** que sean uniformemente mortales en los 2 primeros años de vida.
 - Enfermedad maligna metastásico incurable.**
 - Insuficiencia orgánica terminal** que reúna los criterios siguientes:
 - Corazón: Clases III o IV DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE CARDIOLOGÍA DE NUEVA YORK (NYHA) (g). Clase: ____
 - Pulmonares (cualquiera de los siguientes):
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con volumen espiratorio forzado de 1 s (VEF₁) < 25 % de valor inicial predicho, PaO₂ < 55 mmHg, hipertensión pulmonar secundaria grave o de etapa 4 con dependencia de oxigenoterapia.
 - Fibrosis quística con valor de VEF₁ posterior al uso de un broncodilatador < 30 % o PaO₂ inicial < 55 mmHg.
 - Fibrosis pulmonar con capacidad vital o pulmonar total < 60 % de lo predicho, PaO₂ inicial < 55 mmHg o hipertensión pulmonar secundaria grave.
 - Hipertensión pulmonar primaria con insuficiencia cardíaca de clases III o IV según la NYHA (g), presión auricular derecha > 10 mmHg o presión arterial pulmonar media > 50 mmHg.
 - Hepáticas: PUNTUACIÓN DE PUGH > 7 (h), cuando esté disponible. Incluye la bilirrubina, albúmina, tasa internacional normalizada, ascitis y encefalopatía.
Puntuación total:

(b) Evaluación de la insuficiencia orgánica secuencial (SOFA)

Puntuación de la SOFA	1	2	3	4
Respiración PaO ₂ /FIO ₂ (mmHg)	< 400	< 300	< 200	< 100
Coagulación Plaq.: 10 ³ /mm ³	< 150	< 100	< 50	< 20
Hígado Bilirrubina (mg/dl)	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
Cardiovascular Hipotensión	Presión arterial media < 70	Dopamina < 5 o cualquier valor de dobutamina	Dopamina > 5 o norepinefrina ≤ 0.1	Dopamina > 15 o norepinefrina > 0.1
Sistema nervioso central Puntuación de coma de Glasgow	13-14	10-12	6-9	< 6
Riñones Creatinina (mg/dl) o gasto urinario	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 o < 500 (ml/día)	> 5.0 o < 200 (ml/día)

Para la puntuación respiratoria:

- El cociente PaO₂/FIO₂ se calculará en todos los pacientes con los gases arteriales a cualquier hora de cada día, utilizando el valor más bajo de las 24 horas previas.
- En pacientes que reciben oxígeno por cánula nasal, se podría calcular la FIO₂ multiplicando el flujo en l/min por 0.03 y sumando el resultado a 0.21 o utilizando una tabla estándar.
- En pacientes dependientes de una cánula nasal de flujo alto (CNFA) para mantener oxigenación adecuada, se debe calcular la relación PaO₂/FIO₂ basándose en la fracción inspirada de oxígeno del dispositivo.

(c) Acceso a recursos de cuidados críticos

Los pacientes sin **CRITERIOS DE COLOCACIÓN** (a) deben tener acceso a recursos de cuidados críticos (p. ej., camas de UCI, ventilador, ECMO, CVVH/TRRC, etc.) antes que los pacientes con **CRITERIOS DE COLOCACIÓN**.

(d) PUNTUACIÓN DE COMA DE GLASGOW (Glasgow coma score, GCS) La GCS se utiliza como parte de la puntuación revisada de traumatismo (tabla [e]) en la determinación de los criterios de colocación para el acceso a recursos de cuidados críticos y el ingreso hospitalario en los niveles de urgencia 2 y 3.

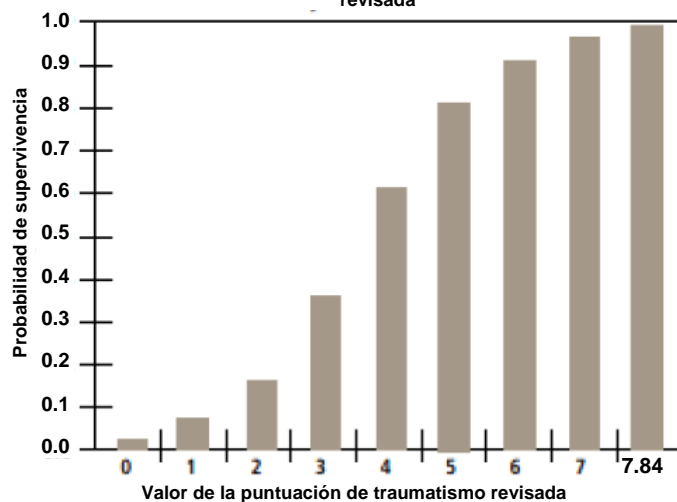
Criterios de la puntuación de coma de Glasgow				
Criterios	Adultos y menores	Bebés y niños pequeños	Puntuación	Puntuación de los criterios
Mejor respuesta ocular (hasta 4 puntos)	Sin apertura de los ojos	Sin apertura de los ojos	1	
	Abre los ojos con el dolor	Abre los ojos con el dolor	2	
	Abre los ojos con una orden verbal	Abre los ojos cuando se le habla	3	
	Abre espontáneamente los ojos	Abre espontáneamente los ojos	4	
Mejor respuesta verbal (hasta 5 puntos)	Sin respuesta verbal	Sin respuesta verbal	1	
	Sonidos incomprensibles	El bebé gime con el dolor	2	
	Palabras inadecuadas	El bebé llora con el dolor	3	
	Confundido	El bebé está irritable y llora continuamente	4	
	Orientado	El bebé hace gorgoritos o balbucea (actividad normal)	5	
Mejor respuesta motora (hasta 6 puntos)	Sin respuesta motora	Sin respuesta motora	1	
	Extensión ante el dolor	Extensión ante el dolor	2	
	Flexión ante el dolor	Flexión anormal ante el dolor	3	
	Retracción ante el dolor	Retracción ante el dolor	4	
	Localiza el dolor	Retira el contacto físico	5	
	Acata órdenes	Se mueve espontánea o intencionadamente	6	
Puntuación total (suma de 3 subpuntuaciones; intervalo 3 a 15):				
GCS en caso de ventilación y sedación: Nivel de urgencia 2: suponer GCS de 15; nivel de urgencia 3: usar último valor de la GCS conocido FiO ₂ : Uso de cánula arterial permanente, cánula nasal de O ₂ o fracción en O ₂ inspirado si tiene CNFA				

(f) DECISIÓN DE ASIGNAR UN NIVEL DE URGENCIA EN CRISIS A VÍCTIMAS DE QUEMADURAS: Puntuación de quemaduras de "Baja"

(e) PUNTUACIÓN DE TRAUMATISMO REVISADA (PTR)

Los valores de la PTR son de 0 a 7.8408. En la PTR, se pondera considerablemente la PUNTUACIÓN DEL COMA DE GLASGOW (GCS) para compensar la lesión craneal mayor sin lesión multisistémica o cambios fisiológicos mayores. La PTR se correlaciona bien con la probabilidad de supervivencia. La PTR < 2 es un criterio de colocación para el acceso a recursos de cuidados críticos para la hospitalización en los niveles de urgencia en crisis 2 y 3.

Probabilidad de supervivencia basada en la puntuación de traumatismo revisada



Cálculo de la puntuación de traumatismo revisada				
Criterios	Puntuación	Valor codificado	Ponderación	Puntuación ajustada
Puntuación de coma de Glasgow	3	0	x 0.9368	
	4 a 5	1		
	6 a 8	2		
	9 a 12	3		
	13 a 16	4		
Presión arterial sistólica (PAS)	0	0	x 0.7326	
	1 a 49	1		
	50 a 75	2		
	76 a 89	3		
	> 89	4		
Frecuencia respiratoria (FR) en respiraciones por minuto (RPM)	0	0	x 0.2908	
	1 a 5	1		
	6 a 9	2		
	> 29	3		
	10 a 29	4		
Puntuación de traumatismo revisada (sumar 3 puntuaciones ajustadas):				

Edad (años)	Tamaño de la quemadura (superficie corporal total, %)									
	0-10 %	11-20 %	21-30 %	31-40 %	41-50 %	51-60 %	61-70 %	71-80 %	81-90 %	91 % o más
0-1.9	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Alto	Intermedio	Intermedio	Intermedio	Bajo	Bajo	Bajo/expectante
2.0-4.9	Ambulatorio	Muy alto	Muy alto	Alto	Alto	Alto	Intermedio	Intermedio	Bajo	Bajo
5.0-19.9	Ambulatorio	Muy alto	Muy alto	Alto	Alto	Alto	Intermedio	Intermedio	Intermedio	Bajo
20.0-29.9	Ambulatorio	Muy alto	Muy alto	Alto	Alto	Intermedio	Intermedio	Intermedio	Bajo	Bajo
30.0-39.9	Ambulatorio	Muy alto	Muy alto	Alto	Intermedio	Intermedio	Intermedio	Intermedio	Bajo	Bajo
40.0-49.9	Ambulatorio	Muy alto	Muy alto	Intermedio	Intermedio	Intermedio	Intermedio	Bajo	Bajo	Bajo
50.0-59.9	Ambulatorio	Muy alto	Muy alto	Intermedio	Intermedio	Intermedio	Bajo	Bajo	Bajo/expectante	Bajo/expectante
60.0-69.9	Muy alto	Muy alto	Intermedio	Intermedio	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo/expectante	Bajo/expectante	Bajo/expectante
70.0 o más	Muy alto	Intermedio	Intermedio	Bajo	Bajo	Bajo/expectante	Expectante	Expectante	Expectante	Expectante

Ambulatorio: Se esperan supervivencia y resultado satisfactorio, sin necesidad de hospitalización inicial; **Muy alto:** Se esperan supervivencia y resultado satisfactorio con hospitalización inicial limitada/a corto plazo y asignación de recursos (reanimación directa, estancia < 14-21 días y 1-2 intervenciones quirúrgicas); **Alto:** Se esperan supervivencia y resultado satisfactorio (supervivencia ≥ 90 %) con la asignación de recursos intensiva y exhaustiva, incluida la reanimación con líquidos intensiva, estancia ≥ 14-21 días, intervenciones quirúrgicas múltiples y rehabilitación prolongada; **Intermedio:** Supervivencia de 50-90 % y se requiere asignación de cuidados intensiva y de recursos exhaustiva, incluidas la reanimación intensiva, estancia inicial ≥ 14-21 días, intervenciones quirúrgicas múltiples y rehabilitación prolongada. **Bajo:** Supervivencia < 50 % incluso con tratamiento a largo plazo y asignación de recursos de manera intensiva. **Expectante:** Supervivencia pronosticada ≤ 10 % incluso con tratamiento intensivo e ilimitado.

(g) SISTEMA DE CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE CARDIOLOGÍA DE NUEVA YORK (NYHA)

En el sistema de clasificación funcional de la NYHA, se relacionan los síntomas con las actividades de la vida diaria y la calidad de vida del paciente. La insuficiencia cardíaca de clases III o IV según la NYHA es un criterio de colocación para el acceso a recursos de cuidados críticos e ingreso hospitalario en los niveles 2 y 3.

Clases de la NYHA	
Clase	Síntomas del paciente
Clase I (Leve)	Sin limitación de la actividad física. La actividad física normal no causa fatiga excesiva, palpitaciones ni disnea.
Clase II (Leve)	Limitación leve de la actividad física. Cómodo en reposo, si bien la actividad física ordinaria causa fatiga, palpitaciones o disnea.
Clase III (Moderada)	Limitación considerable de la actividad física. Cómodo en reposo, si bien actividad física menor que la ordinaria causa fatiga, palpitaciones o disnea.
Clase IV (Grave)	Incapaz de realizar actividad física sin molestias. Síntomas de insuficiencia cardíaca en reposo. La molestia se intensifica si se realiza alguna actividad física.

Usado con permiso de www.abouthf.org

(h) Puntuación de PUGH La puntuación TOTAL DE PUGH > 7 es un criterio de colocación para el acceso a recursos de cuidados críticos e ingreso hospitalario en los niveles de urgencia 2 y 3.

Criterios de puntuación			
Criterios	Valor	Puntos	Total de criterios
Bilirrubina sérica total	< 2 mg/dl	1	
	2-3 mg/dl	2	
	> 3 mg/dl	3	
Albúmina sérica	> 3.5 g/dl	1	
	2.8-3.5 g/dl	2	
	< 2.8 g/dl	3	
Tasa internacional normalizada	< 1.70	1	
	1.71-2.20	2	
	>2.20	3	
Ascitis	Ausente	1	
	Controlada médicamente	2	
	Controlada deficientemente	3	
Encefalopatía	Ausente	1	
	Controlada médicamente	2	
	Controlada deficientemente	3	
Puntuación total de Pugh			
Interpretación de la puntuación			
PUNTAJÓN total DE PUGH	Clase		
5-6	A	Esperanza de vida de 15-20 años Mortalidad perioperatoria en cirugía abdominal de 10 %	
7 a 9	B	Está indicada la evaluación para el trasplante de hígado Mortalidad perioperatoria en cirugía abdominal de 30 %	
10 a 15	C	Esperanza de vida de 1-3 años Mortalidad perioperatoria en cirugía abdominal de 82 %	

VI. POLÍTICAS RELACIONADAS: Ejemplos

- A. Planes de manejo de emergencias, por centro
- N. Planes de prevención de infecciones, por centro
- C. Plan de manejo de la seguridad, por centro
- D. Reglas y reglamentos del personal médico: Preparación para emergencias, por centro
- Guías de uso de mascarillas N95 y de uso extendido y reutilización de mascarillas médicas en COVID-19
- N. Guía de evaluación de visitantes
- N. Guía de evaluación de personal adjunto/médico
- H. Guías del equipo de revisión basada en pares

VII. REFERENCIAS:

1. Utah Pandemic Influenza Hospital and ICU Triage Guidelines, Utah Department of Health, Version 2, 2009, available at [pandemicflu.utah.gov/plan/med triage081109.pdf](http://pandemicflu.utah.gov/plan/med%20triage081109.pdf)
2. Jones AE, Trzeciak S, Kline JA. The Sequential Organ Failure Assessment score for predicting outcome in patients with severe sepsis and evidence of hypoperfusion at the time of emergency department presentation. *Critical Care Medicine*. 2009;37(5):1649-1654.
3. Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *Canadian Medical Association Journal*. 2006;175(11):1377-1381.
4. Commentary: Melnychuk RM, Kenny NP. Pandemic triage: the ethical challenge. *Canadian Medical Association Journal*. 2006;175(11):1393.
5. Hick JL, O'Laughlin DT. Concept of operations for triage of mechanical ventilation in an epidemic. *Academic Emergency Medicine*. 2006;13(2):223-229.
6. Champion HR, Sacco WJ, Carnazzo AJ, Copes W, Fouty WJ. Trauma score. *Critical Care Medicine*. 1981;9(9):672-676.
7. Champion HR, Sacco WJ, Copes WS, Gann DS, Gennarelli TA, Flanagan ME. A revision of the Trauma Score. *Journal of Trauma*. 1989;29(5):623-629.
8. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*. 1974;2(7872):81-84.
9. New York Heart Association. The stages of heart failure – NYHA classification. Heart Failure Society of America Web site. [http:// www.abouthf.org/questions stages.htm](http://www.abouthf.org/questions%20stages.htm). Published 2002. Updated September 28, 2006. Accessed December 5, 2007.
10. Pugh RNH, Murray-Lyon M, Dawson JL, Pietroni MC, Williams R. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. *British Journal of Surgery*. 1973;60(8):646-649.

Apéndice 1: Guía sobre el estado del código para COVID-19

1. Estas guías s sobre el estado del código se aplican a todos los pacientes con COVID-19 confirmada Y todas las PEI.
2. En un código, el personal debe seguir los procesos normales de un código con un paciente que está en aislamiento
 1. Esto significa que los cuidadores que responden a un código **debe ponerse el equipo de protección personal (EPP)** antes de ayudar con un intento de reanimación.
 2. Dado que la reanimación cardiopulmonar (RCP)/sostén vital cardiaco avanzado es un procedimiento que incluye aerosoles, los cuidadores que no usen EPP cuando intentan la reanimación de un paciente con COVID-19 confirmada o presunta **estarán sujetos a cuarentena**, para evitar la propagación de la enfermedad.
 3. Los socorristas se deben proteger en cualquier situación en la que brindan socorro; la COVID-19 no altera la obligación de protegerse mientras intenta rescatar a otros.
3. Se debe reeducar a los cuidadores sobre las expectativas de EPP durante los intentos de reanimación, especialmente los del servicio de urgencias, la UCI y los miembros de equipos de respuesta rápida.
4. Las preocupaciones sobre las inquietudes relativas a cuidados médicamente inadecuados o ineficaces que no encajen en las guías de niveles asignados de urgencia en crisis se deben canalizar según la política normal para abordar estas preocupaciones. Las consultas sobre cuestiones éticas están disponibles en todo momento.

Apéndice 2: Aleatorización en igualdad de circunstancias

1. La aleatorización se debe usar en caso de haber igualdad de circunstancias si:
 - a. varios pacientes reúnen simultáneamente los criterios de inclusión y el PBRT cree que es igualmente probable que se beneficien de un recurso disponible; o
 - b. actualmente no hay recursos disponibles y el PBRT cree que varios pacientes en la lista de espera tienen iguales probabilidades de beneficiarse de un recurso disponible.
2. Los pacientes a los que se reciba en distintos momentos (p. ej., en días distintos o con varias horas de diferencia) no deben ser incluidos en el mismo proceso de aleatorización, debido a la dificultad logística para incluir en una aleatorización a una lista de pacientes que se amplía constantemente.
3. Se recomienda ampliamente usar un proceso de aleatorización digitalizado (que se puede guardar para uso futuro), no la aleatorización manual.
4. No se debe incluir en el proceso de aleatorización a los pacientes en los que se use actualmente un recurso escaso, incluidos los sometidos a reevaluación luego de 48 horas, ya que podrían tardar 2-3 semanas en recuperarse.

Apéndice 3: Reconsideración de las decisiones del PBRT

1. Un miembro del equipo de atención directa del paciente o su responsable de tomar decisiones sustituto autorizado legalmente por estatuto o por testamento en vida podrían solicitar que el PBRT reconsidere la decisión relativa a un paciente.
2. No se concederán solicitudes si se basan en objeciones a o desacuerdo con el proceso o con estas guías en su totalidad.
3. Las solicitudes de reconsideración se podrían basar en:
 - a. Proporcionar información clínica relevante que el PBRT no tuvo en su poder cuando tomó la decisión inicial.
 - b. Un cambio en el estado clínico del paciente, especialmente la mejoría o deterioro significativos.
 - c. Actualización de la disponibilidad de recursos.
4. La revisión posterior a acciones del PBRT se realizará periódicamente.