



Artículo especial

Recomendaciones éticas y clínicas para la toma de decisiones en el entorno residencial en contexto de la crisis de COVID-19

Clinical and ethical recommendations for decision-making in nursing homes in the context of the COVID-19 crisis

Jordi Amblàs-Novellas^{a,b,c,*} y Xavier Gómez-Batiste^{a,b,d}, en representación de los profesionales y organizaciones que han participado en el consenso[◇]

^a Cátedra de Cuidados Paliativos, Centre d'Estudis Sanitaris i Socials (CESS), Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (UVIC-UCC), Vic, Barcelona, España

^b Grupo de Investigación en Cronicidad de la Cataluña Central (C3RG), Centre d'Estudis Sanitaris i Socials (CESS), Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (UVIC-UCC), Vic, Barcelona, España

^c Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

^d The Quality Observatory/WHO Collaborating Centre for Public Health Palliative Care Programs (WHOCC), Instituto Catalán de Oncología, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de mayo de 2020

Aceptado el 1 de junio de 2020

On-line el 11 de junio de 2020

Introducción

La actual pandemia por coronavirus SARS-CoV-2 (causante de la enfermedad COVID-19) se ha ensañado especialmente con las personas mayores, grupo en el que se han concentrado más del 85% de casos de muerte por esta enfermedad¹. En este contexto, la COVID-19 ha irrumpido de forma severa en las residencias geriátricas, donde viven y se concentran un gran número de personas de edad avanzada (87 años de edad media), con gran multimorbilidad (46% de personas con demencia), complejidad (51% de grupos de morbilidad ajustados [GMA] de alto riesgo), y una alta prevalencia de situación de final de vida (54%), con una mortalidad anual global superior al 20%^{2,3}.

Este hecho, conjuntamente con las particularidades en la presentación clínica en este grupo poblacional —que frecuentemente se manifiesta con presentaciones clínicas atípicas—⁴, la convivencia de múltiples residentes en espacios cerrados, el modelo de atención sanitaria en estos centros y la precariedad de recursos humanos y de otra índole del sector han proporcionado una situación de tormenta

perfecta que ha impactado tanto a nivel sistémico como a nivel individual⁵. A nivel sistémico, las respuestas asistenciales en estos centros han estado fuertemente condicionadas por el impacto de la pandemia en todos los demás recursos de los sistemas de salud y social, que se han visto desbordados en su capacidad de respuesta⁶. A nivel individual, la complejidad clínica de estas personas y el contexto epidemiológico han generado dificultades importantes en la toma de decisiones, tanto para las personas residentes como para sus familias y para los profesionales que las atienden⁵.

A falta de datos definitivos, se estima que en los países desarrollados más de la mitad de todas las muertes por COVID-19 se concentran en las residencias geriátricas —que en el caso de España se podría elevar a prácticamente las 2/3 partes (17.848 del total de los 26.920 fallecidos, a fecha de 12 de mayo)—⁷. Teniendo en cuenta que en España existen unas 5.450 residencias, con más de 270.000 residentes⁸, se hace evidente la necesidad de medidas concretas, criterios sólidos y principios éticos fundamentales con el fin de guiar y dar apoyo a los profesionales y a las organizaciones en esta situación tan compleja^{9,10}. Con este fin, desde las cátedras de Cuidados Paliativos y de Bioética de la UVic-UCC, el Centro de Estudios Sociales y Sanitarios (CESS) y el grupo de investigación en cronicidad de la Cataluña Central (C3RG), se ha promovido un consenso con múltiples organizaciones, que se presenta en este artículo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jordiamblas@gmail.com (J. Amblàs-Novellas).

◇ Los profesionales y las organizaciones que han participado en el consenso de recomendaciones se presentan en el Anexo 1.

Tabla 1
Personas y entidades participantes en el consenso, por orden alfabético

Editores	Jordi Amblàs-Novellas Xavier Gómez- Batiste	
Grupo redactor	Jordi Amblàs-Novellas Anna Casellas-Grau Xavier Costa Marina Geli	Xavier Gómez-Batiste Begoña Román Pepa Romero Núria Terribas
Grupo revisor	Conxita Barbeta Montse Blasco Ester Busquets Cristina Casanovas Marta Chandre Alex Guarga	Angel Jover Montse Llopis Remedios Martín Miquel Angel Mas Sebastià Santaeugènia Antoni Sisó
Sociedades científicas y organizaciones adheridas	SOCIEDADES CIENTÍFICAS Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AEPAL) Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención (AEPCA) Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFiCC) Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (SCGG) Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) Societat Catalana de Metges Generals i de Família (SEMG Cat) Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives (SCBCP) Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG)	OTRAS ORGANIZACIONES Asociación de Bioética Fundamental y Clínica Associació Catalana de Recursos Assisencials (ACRA) Càtedra de Bioètica Universitat de Vic-UCC Càtedra de Cures Pal·liatives. Universitat de Vic-UCC Col·legi de Metges de Barcelona Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB) Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya Consell de Col·legis de Metges de Catalunya Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSSC) Fundació Salut i Envel·liment. Universitat Autònoma de Barcelona Grup de Recerca en Cronicitat de la Catalunya Central (C3RG) Institut Borja de Bioètica. Universitat Ramon Llull Institut Català de la Salut (ICS) Institut Català d'Oncologia La Unió (Associació d'Entitats Sanitàries i Socials) Marc Antoni Broggi (Presidente del Comité de Bioètica de Catalunya) Pla d'atenció Integrada Social i Sanitària. Generalitat de Catalunya Begoña Roman (Presidenta del Comité de Ética de los Servicios Sociales de Catalunya) Servei Català de la Salut

Metodología

Condicionados por la falta de evidencia publicada, así como por la necesidad de un consenso rápido de recomendaciones, se ha diseñado una propuesta metodológica ágil en 3 etapas: 1) revisión rápida de literatura a cargo de los editores, en un proceso de revisión por pares; 2) creación de un grupo redactor y de un grupo revisor, formados ambos por un conjunto de profesionales interdisciplinario y de distintos ámbitos del sistema de salud y social, y 3) consenso de las recomendaciones con sociedades científicas y otras organizaciones del documento marco (tabla 1).

Resultados

Síntesis rápida narrativa de literatura y datos disponibles

En primer lugar se realizó una búsqueda rápida no sistemática, destacando 5 artículos sobre COVID-19 en el ámbito residencial que fueron considerados especialmente relevantes a criterio de los editores^{4,7-10}, así como otros 3 artículos relacionados con atención paliativa y con la ética en la toma de decisiones en este entorno¹¹⁻¹³. Para contextualizar el trabajo en nuestro ámbito resultó necesario revisar los datos relacionados con la pandemia COVID-19 y con la situación de las residencias geriátricas en España^{1-3,7,8}.

Elaboración de las recomendaciones

A partir de estas evidencias y de la experiencia de los respectivos profesionales, el grupo redactor elaboró un primer borrador, que posteriormente fue valorado y mejorado por el grupo revisor. En el documento pre-definitivo fruto de este proceso, y pendiente de las aportaciones finales por parte de sociedades científicas y otras organizaciones, se consensaron las siguientes recomendaciones:

a) Recomendaciones generales

Se identificaron 5 pasos de valoración e intervención (persona, familia, equipo, recursos del territorio y criterios de derivación), para los que se describieron: 1) los pasos (*qué hacer*); 2) el método (*cómo hacerlo*); 3) los resultados esperados, y 4) una serie de recomendaciones prácticas relacionadas (comentarios) (fig. 1).

En la evaluación de la persona se incluyó el diagnóstico de situación previa —que debe ir mucho más allá de la edad cronológica de las personas⁵—, así como la identificación de sus valores y preferencias. En el apartado sobre la familia destacó también la necesidad de explorar sus valores, preferencias y expectativas; en el apartado sobre el equipo, se identificó la necesidad de fomentar su participación, así como de soporte en la valoración y en la toma de decisiones. En la exploración de los recursos territoriales se puso de relieve la necesidad de identificación de los recursos externos disponibles,

RECOMENDACIONES GENERALES				RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS/ Documentos de apoyo	
PASOS: ¿QUÉ HACER?	METODO: ¿CÓMO HACERLO?	¿QUÉ RESULTADO OBTENDREMOS?	COMENTARIOS/RECOMENDACIONES	EN CASO DE ENFERMEDAD AVANZADA / SITUACIÓN TERMINAL por COVID-19 Y DECISIÓN DE ATENCIÓN PALIATIVA EN EL CENTRO	APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LA FAMILIA
1 PERSONA (paciente) Realizar el DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN (¿De dónde partimos?) Por ejemplo: • Fragilidad inicial • Paciente Oncológico complejo (PCO) • Enfermedad avanzada (MACA) (últimos meses de vida o terminal, ¿cómo se vive?) Explorar VALORES Y PREFERENCIAS • ¿Qué valores y preferencias tiene? • Disponibilidad de PCA**? *DWA, Documento de voluntades anticipadas **PCA, Planificación de Cuidados Anticipados	ENFERMEDAD AVANZADA o TERMINAL: • PREGUNTA SORPRESA: > ¿Te sorprendería si esa persona muriera durante el próximo año? • NECPAL rápido: > ¿Tiene necesidades paliativas? > ¿Tiene criterios avanzados para la enfermedad? > ¿Tiene deterioro funcional o nutricional? > ¿Tiene multimorbilidad? > ¿Ha presentado múltiples ingresos urgentes? *Se recomienda compararla con una evaluación multidimensional (valoración Geriátrica Integrada) en todos los casos, puede ser útil conocer el grado de fragilidad (usando el Índice Frailty VUS o el CES).	IDENTIFICACIÓN de personas según su diagnóstico situacional (ordenadas por PCC, MACA, terminalidad) (ordenadas por PCC, MACA, terminalidad) (ordenadas por PCC, MACA, terminalidad) (ordenadas por PCC, MACA, terminalidad)	• El pronóstico, la edad cronológica (edad en años) o el tipo de tratamiento NO deben utilizarse como criterios clínicos. • Se recomienda revisar en la historia de la persona (o el propio resumo) o la de decisión (previa) si existe información referente al grado de fragilidad, valoración multidimensional, etc.	REVISIÓN OBJETIVOS Y TRATAMIENTO • Adecuación de todos los medios al objetivo de confort MANEJO DE SÍNTOMAS: • Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado/terminal. • Orientaciones sobre el control sintomático de enfermos graves afectados por la enfermedad COVID-19 que requieren atención paliativa ACOMPANIAMIENTO, SOPORTE EMOCIONAL Y ESPIRITUAL • Manual de atención emocional y espiritual para personas con enfermedades avanzadas INDICACIONES DE LA SEDACIÓN • Las indicaciones de sedación específicas, estandarizadas (ver en los manuales citados en el punto anterior) y deben ser el resultado de una valoración rigurosa • Las causas más comunes de persistencia de síntomas refractarios (dolor, delirium/inspección, ...) deben ser evaluadas y tratadas • Es necesario recordar que la sedación de la familia no es una indicación de sedación SOLICITAR ayuda EQUIPOS DE APOYO en caso de necesidad • Para el manejo de situaciones complejas, de apoyo al equipo o la toma de decisiones • Valorar soporte telefónico si el apoyo presencial no es factible	APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LA FAMILIA A CONSIDERAR: • IMPACTO: La situación de incertidumbre, de enfermedad avanzada genera en el entorno experiencias con alto impacto para los usuarios, sus familiares y sus relaciones de amistad en el entorno residencial. • PRESENCIA Y COMUNICACIONES > Aunque las medidas de aislamiento son necesarias, especialmente en situaciones de alta presión asistencial, es justificable -y se deberá facilitar la presencia de un representante familiar con las medidas de protección que sean necesarias. > Deben proponerse medidas alternativas (videollamadas, teléfono, etc.) > Se debe establecer un sistema regular de información y apoyo a la familia, especialmente por teléfono o cualquier otro sistema online • DUELO Identificar el riesgo de duelo complicado. Es necesario definir las pautas de acompañamiento para el proceso de duelo, así como el ritual funerario. SOPORTE AL EQUIPO A CONSIDERAR: • ESTRÉS Y SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD > Compartir la toma de decisiones puede ser un mecanismo preventivo de estrés, dado que facilita herramientas de priorización de las intervenciones. > En este contexto de alta presión asistencial, incertidumbre, riesgo de infección y limitación de recursos es necesario garantizar que los profesionales vivan sin culpabilidades limitaciones de la calidad asistencial, del trato a los residentes y a las familias. APOYO, COMPETENCIA Y COMPROMISO • Es necesario que los profesionales y los equipos residenciales tengan el apoyo de los líderes organizativos. • Se debe reforzar a los profesionales (todos) para que puedan responder competentemente, con compromiso y compasión ante una crisis sin precedentes, enfatizando el gran valor humano que tiene su contribución.
2 FAMILIA Explorar la FAMILIA (¿Cómo la ve / lo vive la familia?) • Expectativas • Preferencias • Demandas	PCA básica (familia) > Informarse de la situación diagnóstica y pronóstica > Informar y compartir conversaciones con los pacientes > Explorar las preocupaciones, expectativas y demandas en relación al COVID-19 > Explorar las respuestas situaciones/escenarios predecibles	• Necesidades, expectativas, prioridades y demandas • Apoyo y asesoramiento • Acceso al paciente y a la información	• Apoyo y asesoramiento sobre comportamiento en el aislamiento • Asesoramiento en el apoyo emocional y acompañamiento • Asegurar sistemas de información presencial (o teléfono, telemática, ...)	TOMA DE DECISIONES EN PACIENTES CON DEMENCIA MODERADA/AVANZADA o DISCAPACIDAD INTELLECTUAL A CONSIDERAR: TOMA DE DECISIONES: • Si no existen directrices previas, realizar un procedimiento para revisar valores y preferencias con la familia (responsable formal o familiares) y el equipo • La reunión familiar online puede ser una buena alternativa a la toma de decisiones	
3 EQUIPO INVOLUCRAR y dar SOPORTE al equipo (¿Cómo lo ve / lo vive el equipo?)	SE RECOMIENDA: > Compartir las decisiones > Dar apoyo y consejos sobre atención sanitaria, cuidado emocional y espiritual > Proponer un profesional de referencia para el paciente / familia	• Objetivos comunes • Plan terapéutico consensuado • Nivel de respuesta consensuado			
4 RECURSOS EVALUAR la situación de RECURSOS TERRITORIALES (¿Qué recursos territoriales pueden estar disponibles para responder a las necesidades de la persona?)	Se requiere de un MAPA ACTUALIZADO de: • RECURSOS de apoyo y grado de ACCESIBILIDAD: Atención Primaria, Equipos de soporte, UCI, ... • RECURSOS de DERIVACIÓN posibles: Servicios de emergencia, hospitales agudos, hospitales para atención intermedia / psiquiátricos, geriátricos, ... • Valorar MONITORIZACIÓN TELEFÓNICA con los recursos de apoyo. • Programar REQUISITOS FARMACOLÓGICOS	• Grado de acceso y resolución externos • Posibilidad de soporte de cada recurso • Posibilidades realistas de uso de tecnologías de soporte (UCI, ventilación, ...)	• Evitar el uso de los servicios de emergencia si no están claros los algoritmos / pensar en alternativas. • En caso de necesidad de soporte de apoyo básico (diagnóstico, medicación, etc.), valorar los recursos de atención intermedia o sistemas profesionales de apoyo • Realizar una planificación horaria y coordinación con objetivo de soporte 24/24 • Utilizar sistemas de información compartida • Para decisiones éticas, particularmente difíciles, considerar ponerse en contacto con los comités de ética local. • Establecer mecanismos de acceso directo en aquellos territorios con recursos intermedios/ atención intermedia con más tecnología (por ejemplo, oxígeno) y apoyo (médico, enfermería, psicología) para atender a pacientes con necesidades más complejas. • Pensar en algunas alternativas (hospitales) que pueden ser útiles en situaciones específicas		
5 CRITERIOS DE DERIVACIÓN CRITERIOS DE DERIVACIÓN a otros recursos (¿Cuándo una persona se podría beneficiar de ser derivada y a dónde?)	• En función del PCA anterior, diagnóstico de la situación y objetivos terapéuticos, es necesario evaluar CUIDADOSAMENTE la INDICACIÓN DEL TRASLADO • Es necesario ponderar los posibles beneficios frente a los riesgos e impactos del traslado a los hospitales	• Decisión de mantenimiento en el Centro vs traslado • Criterios claros de derivación o traslado • Opciones de soporte externos			

Figura 1. Documento de consenso: recomendaciones éticas y clínicas para la toma de decisiones en el entorno residencial en el contexto de la crisis de COVID-19.

así como la necesidad de intervención de equipos de soporte o de criterios de admisión e intervención en los ajenos.

Esta información debía proporcionar la identificación de criterios facilitadores del proceso de toma de decisiones, entre las que destacaba el lugar preferente de atención (centro residencial con recursos internos o soporte adicional externo, o bien derivación a otro recurso).

b) Recomendaciones específicas

En este apartado se diseñaron 4 fichas de vocación pragmática, con el objetivo de dar respuesta a situaciones específicas y prevalentes: la primera propuso medidas de atención paliativa en aquellos casos en los que se haya identificado una situación de enfermedad avanzada o terminal sin criterios de derivación, y propuesta de atención en el propio centro. La segunda ficha explicitó una serie de recomendaciones para el apoyo y acompañamiento de la familia, con criterios de soporte, de presencia y de atención del duelo. Se complementaron con recomendaciones para la atención y la toma de decisiones de personas con demencia, así como con las medidas de apoyo al equipo para la prevención del estrés, el burnout, la fatiga por compasión o la culpabilidad (fig. 1).

Proceso de consenso con sociedades científicas y organizaciones

El documento pre-definitivo se sometió a la revisión y aceptación por parte de las 12 sociedades científicas, 5 entidades de bioética o de sus presidentes, así como 15 organizaciones –incluidos colegios profesionales, patronales, grupos de investigación y administración– (tabla 1), que realizaron también aportaciones de valor, obteniendo finalmente un consenso definitivo (fig. 1).

Discusión

Ante la actual pandemia de COVID-19, las decisiones éticas y clínicas en el entorno residencial suponen el elemento nuclear sobre el que erigir una atención de calidad, centrada en las personas y equitativa. En este contexto, resultan fundamentales recomendaciones específicas que permitan orientar a los profesionales en el difícil proceso de toma de decisiones, hecho que puede ayudar finalmente a reducir los daños colaterales^{5,14}.

El presente documento refleja y ordena un proceso que empieza por la valoración individualizada de las personas residentes (y de sus necesidades y preferencias), incorporando a la familia y al equipo como protagonistas relevantes, así como una evaluación de los recursos territoriales y su accesibilidad y criterios de derivación.

A pesar de las limitaciones derivadas de la escasa bibliografía específica sobre la toma de decisiones en entorno residencial en la actual pandemia de COVID-19, así como la multitud de entidades y profesionales participantes en el presente trabajo, el diseño metodológico en tres etapas ha permitido desarrollar amplio consenso en menos de dos semanas. No existen precedentes en la literatura publicada de un documento de estas características, con un consenso tan amplio y con una vocación tan pragmática y orientada a la práctica cotidiana. La mayor parte de artículos revisados o bien se focalizan en aspectos muy específicos (epidemiología⁷, características clínicas⁴, aspectos organizativos⁷, atención paliativa^{11,12}, opiniones individuales⁵, por ejemplo) o están publicados por grupos de trabajo o sociedades científicas aisladas^{9,10}.

Las decisiones tomadas en este incierto presente, condicionarán, a corto y a medio plazo, un impacto significativo para los pacientes, las familias y los profesionales asistenciales, que a veces puede resultar tanto o más catastrófico que la propia enfermedad¹⁵.

Esperemos que estas recomendaciones aporten luz para ayudar a edificar un futuro que esperemos que sea mejor y más colaborativo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todas las personas y entidades que han participado en todo este consenso. A todos los profesionales que, en un contexto de crisis, con limitación de los recursos internos y del entorno, están haciendo todo lo posible para ofrecer una atención de calidad a las personas usuarias.

Anexo. Profesionales y organizaciones que han participado en el consenso de recomendaciones (por orden alfabético)

Profesionales: Conxita Barbeta, Montse Blasco, Marc Antoni Broggi, Ester Busquets, Cristina Casanovas, Anna Casellas-Grau, Marta Chandre, Xavier Costa, Marina Geli, Alex Guarga, Angel Jover, Montse Llopis, Remedios Martín, Miquel Àngel Mas, Begoña Román, Pepa Romero, Sebastià Santa Eugènia, Antoni Sisó, Núria Terribas

Organizaciones: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL), Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención (AEPCA), Associació Catalana de Recursos Assisencials (ACRA), Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFiCC), Càtedra de Bioètica Universitat de Vic-UCC, Càtedra de Cures Paliatives - Universitat de Vic-UCC, Col·legi de Metges de Barcelona, Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB), Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya, Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSSC), Federació de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP), Fundació Salut i Envel·liment - Universitat Autònoma de Barcelona, Grup de Recerca en Cronicitat de la Catalunya Central (C3RG), Institut Borja de Bioètica, Universitat Ramon Llull, Institut Català de la Salut (ICS), Institut Català d'Oncologia, La Unió (Associació d'Entitats Sanitàries i Socials), Pla d'atenció Integrada Social i Sanitària (PAISS) - Generalitat de Catalunya, Servei Català de la Salut, Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (SCGG), Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC), Societat Catalana de Metges Generals i de Família (SEMG Cat), Societat Catalano-Balear de Cures Paliatives (SCBCP), Sociedad Española

de Cuidados Paliativos (SECPAL), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG).

Bibliografía

- Ministerio de Sanidad. Actualización n.º 101. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 2020. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion.101.COVID-19.pdf>.
- Amblàs-Novellas J, Santa Eugènia SJ, Vela E, Clèries M, Contel JC. What lies beneath: Clinical and resource-use characteristics of institutionalized older people. A retrospective, population-based cohort study in Catalonia. *Geriatr Gerontol*. 2020. <http://dx.doi.org/10.21203/rs.2.22586/v1>.
- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliat Med*. 2014;28:302–11. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216313518266>.
- Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *N Engl J Med*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa2008457>.
- Arlonson L. Age, complexity, and crisis – A prescription for progress in pandemic. *N Engl J Med*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2006115>.
- Quigley DD, Dick A, Agarwal M, Jones KM, Mody L, Stone PW. COVID-19 preparedness in nursing homes in the midst of the pandemic. *J Am Geriatr Soc*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.16520>.
- Comas-Herrera A, Zalakain J. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: Early international evidence. *LTCovid.org*. 2020. Disponible en: <https://lccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>.
- Rada AG. COVID-19: The precarious position of Spain's nursing homes. *BMJ*. 2020;369:3–5. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1554>.
- British Geriatrics Society. Managing the COVID-19 pandemic in care homes for older people. British Geriatrics Society. 2020. Disponible en: <https://www.bgs.org.uk/resources/covid-19-managing-the-covid-19-pandemic-in-care-homes>. doi:10.29085/9781783300303.002.
- D'Adamo H, Yoshikawa T, Ouslander JG. Coronavirus disease 2019 in geriatrics and long-term care: The ABCDs of COVID-19. *J Am Geriatr Soc*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.16445>.
- Radbruch L, Knaul FM, de Lima L, de Joncheere C, Bhadelia A. The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. *Lancet*. 2020;395:1467–9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30964-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30964-8).
- Fausto J, Hirano L, Lam D, Mehta A, Mills B, Owens D, et al. Creating a palliative care inpatient response plan for COVID-19 – The UW medicine experience. *J Pain Symptom Manage*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.025>.
- Saxena A, Horby P, Amuasi J, Aagaard N, Köhler J, Gooshki ES, et al. Ethics preparedness: Facilitating ethics review during outbreaks – Recommendations from an expert panel. *BMC Med Ethics*. 2019;20:29. <http://dx.doi.org/10.1186/s12910-019-0366-x>.
- World Health Organization (2020)? Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>.
- Thompson AK, Faith K, Gibson JL, Upshur RE. Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Med Ethics*. 2006;7:E12. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6939-7-12>.