

ACTORES Y RECOMENDACIONES GENERALES RELACIONADOS CON LA ADECUACIÓN ASISTENCIAL Y LA ÉTICA DE LAS DECISIONES ANTE SITUACIONES EXCEPCIONALES DE CRISIS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS:

 Relacionados con el RECURSO (disponibilidad y alternativas)		 Relacionados con las CARACTERÍSTICAS PERSONA / SITUACIÓN GLOBAL		 Relacionados con la ÉTICA DE LAS DECISIONES	
FACTOR	RECOMENDACIÓN	FACTOR	RECOMENDACIÓN	FACTOR	RECOMENDACIÓN
 <p>PLAN DE CONTINGENCIA TERRITORIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> Disponer de un plan de contingencia de emergencia que planifique la distribución de pacientes entre áreas geográficas. Valorar la posibilidad de transferencia o derivación a otro centro con posibilidades, siempre y cuando el paciente cumpla los criterios de reversibilidad e idoneidad de ingreso en UCI. Valorar la posibilidad de ampliar la capacidad de las UCI locales, facilitando ingresos en otras áreas habilitadas para esta epidemia con recursos adecuados. Es prioritario la solidaridad entre centros para maximizar el bien común por encima del bien individual. 	 <p>VALORACIÓN DE LA PERSONA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Valorar el paciente de forma global, y no la enfermedad de forma aislada. En el caso de personas mayores, esto implica tener en cuenta otros aspectos más allá de la “edad cronológica”, relacionados con su “edad biológica” (grado de fragilidad, multimorbilidad...). Conocer los valores y preferencias de la persona, consultando siempre si dispone de un documento de voluntades anticipadas o existe un plan de cuidados anticipados, y seguir sus instrucciones. 	 <p>OUTCOMES</p>	<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. Es importante señalar que la edad cronológica (en años) no debería ser el único elemento a considerar en las estrategias de asignación.
 <p>OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Minimizar los ingresos condicionados a pruebas terapéuticas y los ingresos de pacientes con decisiones previas de adecuación de la intensidad terapéutica. Fomentar aquellos procedimientos que faciliten el destete de ventilación mecánica según medicina basada en la evidencia y agilizar los circuitos de traslados a planta, centros de derivación, para poder liberar recursos para otros pacientes. No ingresar pacientes que han dejado escritas voluntades anticipadas que rechazan cuidados intensivos y ventilación mecánica. 	 <p>PRIORIZACIÓN DE LAS PERSONAS según sus características y situación actual</p>	<ul style="list-style-type: none"> Clasificación de las personas según el modelo de 4 prioridades clásico de la UCI* 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. 	 <p>Triaje basado en la JUSTICIA DISTRIBUTIVA</p>	<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 COVID-19 se debe valorar ingresar prioritariamente el que más se beneficie. Estos principios se deberían 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"> La modificación temporal y excepcional de los criterios de ingreso debe ser compartida por todos los intervinientes en el proceso. 	 <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 plantear una des-intensificación terapéutica sin dilación por futilidad e iniciar medidas paliativas. En este caso, es pertinente derivar al paciente a un área de menor complejidad, garantizando un plan de atención paliativa. 	 <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, etc. Valorar cuidadosamente el beneficio de ingreso de pacientes con expectativa de vida inferior a 1-2 años, establecida mediante herramienta NECPAL o similar.
<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 sus familias (incluyendo soporte psicoemocional y el control sintomático). 		<p>TRANSPARENCIA Y CONFIANZA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se debe comunicar a pacientes /familiares lo extraordinario de la situación y la justificación de las medidas propuestas. 	

* Modelo de 4 prioridades clásico 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.

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.* 150, 132–138 (2009).
- Downar, J, et al. Palliating a Pandemic: ‘All Patients Must Be Cared For’. *J. Pain Symptom Manage.* 39, 291–295 (2010).
- Organisation, W. H. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. *World Heal. Organ.* 62 (2016).
- Thompson, , et al. Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Med. Ethics* 7, (2006).
- Falvey, JR, et al. Frailty assessment in the ICU: translation to ‘real-world’ clinical practice’. *Anaesthesia* 74, 700–703 (2019).
- Leong, I, et al. The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: Opportunities for palliative care. *Palliat. Med.* 18, 12–18 (2004).
- Saxena, A. et al. Ethics preparedness: Facilitating ethics review during outbreaks - Recommendations from an expert panel. *BMC Med. Ethics* 20, 1–10 (2019). Grasselli G, et al Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy.
- Early Experience and Forecast During an Emergency Response. *JAMA.* March 13, (2020).

CON EL AVAL DE:

