









# RECOMENDACIONES GENERALES relacionadas con las DECISIONES ÉTICAS DIFÍCILES y la ADECUACIÓN DE LA INTENSIDAD ASISTENCIAL / ingreso en las UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS en SITUACIONES EXCEPCIONALES DE CRISIS

 <b>Relacionados con la ORGANIZACIÓN/ RECURSO</b> (disponibilidad y alternativas)		 <b>Relacionados con las CARACTERÍSTICAS de la PERSONA / SITUACIÓN GLOBAL</b>		 <b>Relacionados con la ÉTICA de las DECISIONES</b>	
FACTOR	RECOMENDACIÓN	FACTOR	RECOMENDACIÓN	FACTOR	RECOMENDACIÓN
 <b>PLAN DE CONTINGENCIA TERRITORIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer de un <b>plan de contingencia</b> de emergencia que planifique la distribución de pacientes entre áreas geográficas.</li> <li>Priorizar la <b>solidaridad</b> entre centros para maximizar el bien común por encima del individual, valorando la <b>posibilidad de transferencia o derivación</b> a otro centro con posibilidades.</li> <li>Valorar la posibilidad de <b>ampliar la capacidad de las UCIs locales</b>, facilitando ingresos en otras áreas habilitadas para esta epidemia con recursos adecuados.</li> </ul>	 <b>VALORACIÓN DE LA PERSONA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Valorar el paciente de forma global</b>, y no la enfermedad de forma aislada. Para conocer la situación global, puede ser de especial utilidad contactar con su equipo de Atención Primaria.</li> <li>En el <b>caso de personas mayores</b>, la valoración implica tener en cuenta su situación global o <b>“edad biológica”</b>. <i>La Valoración Geriátrica Integral, las escalas clínicas de fragilidad o los índices de fragilidad pueden ser de ayuda para tal fin.</i></li> <li>Conocer los <b>valores y preferencias</b> de la persona, preguntando por si dispone de un <b>documento de voluntades anticipadas</b> o existe un <b>plan de cuidados anticipados</b></li> </ul>	 <b>OUTCOMES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ante las situaciones de crisis y la necesidad de estrategias de asignación, desde la ética se aboga por <b>priorizar</b>:               <ul style="list-style-type: none"> <li>la maximización de la <b>supervivencia al alta</b> hospitalaria</li> <li>la maximización del número de <b>años de vida salvados</b></li> <li>la maximización de las posibilidades de vivir de cada una de las <b>etapas de la vida</b>.</li> </ul> </li> <li>Aún así, es importante enfatizar que <b>la edad</b> cronológica (en años) <b>en ningún caso debería ser el único elemento</b> a considerar en las estrategias de asignación.</li> </ul>
 <b>OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fomentar aquellos <b>procedimientos que faciliten el destete</b> de ventilación mecánica y <b>agilizar los circuitos de traslados</b> a planta</li> <li>Optimizar la <b>dotación de personal</b> asistencial en la medida de lo posible</li> <li><b>Minimizar</b> los ingresos condicionados a pruebas terapéuticas.</li> <li>No ingresar pacientes que han dejado escritas voluntades anticipadas donde se <b>rechazan medidas invasivas</b> (o que disponen de Plan de Cuidados Anticipados donde se consensuan medidas de adecuación terapéutica)</li> <li>Valorar la agrupación a este tipo de pacientes en <b>áreas específicas</b> dentro de la UCI</li> </ul>	 <b>PRIORIZACIÓN DE LAS PERSONAS según sus características y situación actual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se propone utilizar la <b>Clasificación</b> de las personas según el <b>modelo de 4 prioridades</b> clásico de la UCI (<i>ver cuadro de la siguiente página</i>)*</li> <li><b>Se priorizará</b> los ingresos en UCI de pacientes clasificados como <b>Prioridad 1</b>, en aquellos hospitales que dispongan de dispositivos de cuidados intermedios, dejando estos últimos para los pacientes con prioridad 2.</li> <li>Se tenderá a <b>no ingresar</b> en unidades de cuidados intensivos los pacientes de <b>prioridad 3 y 4</b> en casos de crisis.</li> </ul>	 <b>TRIAJE basado en la JUSTICIA DISTRIBUTIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Principio coste /oportunidad</b>: 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>)</li> <li>Aplicar criterios estrictos de ingreso en UCI basados en <b>maximizar el beneficio del bien común</b>. Ante <b>pacientes críticos con otras patologías críticas</b> diferentes a la infección por COVID19, se debe valorar <b>ingresar</b> prioritariamente el que <b>más se beneficie</b>.</li> <li>Estos principios se deberían aplicar manera uniforme <b>a todas las personas</b> -y no de forma selectiva a los de perfil geriátrico o con patologías crónicas-.</li> </ul>

 <p><b>CONSENSO de los CRITERIOS a aplicar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ante la limitación de recursos es imprescindible <b>consensuar</b> una serie de <b>criterios -técnicos y éticos-comunes</b>. Es probable que los criterios se deban modificar en función de la situación global.</li> <li>Ello puede requerir de la creación de un <b>comité de expertos</b> territorial y/o de los respectivos ámbitos, con la participación de los comités de bioética y los profesionales asistenciales (hospitalarios y/o comunitarios)</li> </ul>	 <p><b>Adecuación de la INTENSIDAD TERAPÉUTICA según evolución</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer desde el ingreso un <b>plan de adecuación terapéutica y documentarlo</b> en la historia clínica con definición clara de si existe o no indicación de ventilación mecánica.</li> <li>En caso de <b>complicaciones</b> o mala evolución (<i>se pueden utilizar herramientas tipo SOFA,...</i>), plantear una <b>desintensificación terapéutica</b> - limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV), evitando la futilidad y priorizando medidas paliativas.</li> <li>En este caso, será pertinente el traslado a un área de menor complejidad, <b>garantizando la atención paliativa</b> (incluyendo soporte emocional y el control sintomático).</li> </ul>	 <p><b>Principio de PROPORCIONALIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No ingresar a personas en las que <b>se prevé un beneficio mínimo</b> (como situaciones de fracaso multiorgánico establecido, riesgo de muerte calculado por escalas de gravedad elevado, o situaciones funcionales muy limitadas, condiciones de fragilidad avanzada, etc.)</li> <li>Valorar cuidadosamente el beneficio de ingreso de pacientes con <b>expectativa de vida</b> inferior a 1-2 años (<i>utilizando herramientas como el NECPAL o similar</i>)</li> </ul>
 <p><b>Planificación de las ALTERNATIVAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En caso de desestimar ingreso a UCI, el sistema tiene que <b>ofrecer alternativas</b> asistenciales de calidad, que cubran las <b>necesidades básicas y esenciales</b> de las personas y de sus familias (incluyendo soporte emocional y el control sintomático)</li> </ul>			 <p><b>TRANSPARENCIA Y CONFIANZA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se debe <b>comunicar</b> a pacientes /familiares la extraordinariedad de la situación y la justificación de las medidas propuestas.</li> <li>Estas decisiones deben ser <b>consensuadas</b> en la medida de lo posible, y públicamente defendibles</li> </ul>
 <p><b>SOPORTE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planificar acciones para dar <b>soporte a los familiares y a los profesionales</b>, dado el impacto emocional/ <i>distress</i> moral de las decisiones éticas e incertidumbre</li> <li>Es recomendable realizar el proceso de <b>toma de decisiones</b> de forma <b>compartida</b> entre el equipo interdisciplinario -y siempre que sea posible, con el paciente y familia-</li> </ul>				

Basado en el documento de la SEMICYUC "RECOMENDACIONES ÉTICAS PARA TOMAR DECISIONES EN LA SITUACIÓN EXCEPCIONAL DE CRISIS POR PANDEMIA COVID-19 EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS". Elaboración del framework: Olga Rubio, Montse Esquerda y Jordi Amblàs

* MODELO DE 4 PRIORIDADES de la UCI	
<b>Prioridad 1</b>	Pacientes críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI.
<b>Prioridad 2</b>	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.
<b>Prioridad 3</b>	Pacientes inestables y críticos, con pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda.
<b>Prioridad 4</b>	Beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo o situación de enfermedad avanzada/terminal.

## BIBLIOGRAFÍA:

- White, DB, et al. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann. Intern. Med.* 2009; 150, 132–138
- Downar, J, et al. Palliating a Pandemic: 'All Patients Must Be Cared For'. *J. Pain Symptom Manage.* 2010;39, 291–295
- Thompson, et al. Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Med. Ethics*; 2006, 7
- Falvey, JR, et al. Frailty assessment in the ICU: translation to 'real-world' clinical practice'. *Anaesthesia.* 2019;74, 700–703
- Leong, I et al. The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: Opportunities for palliative care. *Palliat Med.* 2004;18, 12–18
- Saxena, A. et al. Ethics preparedness: Facilitating ethics review during outbreaks. *BMC Med. Ethic.* 2019; 20, 1–10
- Grasselli G, et al Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy. Early Experience and Forecast During an Emergency Response. *JAMA.* 2020; March 13
- Covinsky KE, et al. Health status vs quality of life in older patients: does the distinction matter? *Am J Med.* 1999 Apr;106(4):435-40.
- Sprung CL, et al. Recommendations for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster: summary report of the European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. *Intensive Care Med.* 2010 Mar;36(3):428-43
- Levin D, et al. Altered standards of care during an influenza pandemic: identifying ethical, legal, and practical principles to guide decision making. *Disaster Med Public Health Prep.* 2009 Dec;3 Suppl 2:S132-40.
- Suhonen R, et al. Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *Int J Nurs Stud.* 2018 Dec;88:25-42
- World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. *Who* 2019, 12 (2020).

## CON EL AVAL DE:

