







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

Relacionados con la ORGANIZACIÓN/ RECURSO (disponibilidad y alternativas)		Relacionados con las CARACTERÍSTICAS de la PERSONA / SITUACIÓN GLOBAL		Relacionados con la ÉTICA de las DECISIONES	
FACTOR	RECOMENDACIÓN	FACTOR	RECOMENDACIÓN	FACTOR	RECOMENDACIÓN
 PLAN DE CONTINGENCIA TERRITORIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponer de un plan de contingencia de emergencia que planifique la distribución de pacientes entre áreas geográficas. ▪ Priorizar la solidaridad entre centros para maximizar el bien común por encima del individual, valorando la posibilidad de transferencia o derivación a otro centro con posibilidades. ▪ Valorar la posibilidad de ampliar la capacidad de las UCIs locales, facilitando ingresos en otras áreas habilitadas para esta epidemia con recursos adecuados. 	 VALORACIÓN DE LA PERSONA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar el paciente de forma global, y no la enfermedad de forma aislada. No tomar el estado de salud como único parámetro para valorar su calidad de vida. ▪ En el caso de personas mayores, esto implica tener en cuenta su situación global o “edad biológica”. <i>La Valoración Geriátrica Integral, las escalas clínicas de fragilidad o los índices de fragilidad pueden ser de ayuda para tal fin.</i> ▪ Conocer los valores y preferencias de la persona, preguntando por si dispone de un documento de voluntades anticipadas o existe un plan de cuidados anticipados 	 OUTCOMES	<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. ▪ Aún así, es importante enfatizar que la edad cronológica (en años) en ningún caso debería ser el único elemento a considerar en las estrategias de asignación.
 OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar aquellos procedimientos que faciliten el destete de ventilación mecánica y agilizar los circuitos de traslados a planta ▪ Optimizar la dotación de personal asistencial en la medida de lo posible ▪ Minimizar los ingresos condicionados a pruebas terapéuticas. ▪ No ingresar pacientes que han dejado escritas voluntades anticipadas donde se rechazan medidas invasivas (o que disponen de Plan de Cuidados Anticipados donde se consensuan medidas de adecuación terapéutica) ▪ Valorar la agrupación a este tipo de pacientes en áreas específicas dentro de la UCI 	 PRIORIZACIÓN DE LAS PERSONAS según sus características y situación actual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se propone utilizar la Clasificación de las personas según el modelo de 4 prioridades clásico de la UCI (<i>ver cuadro de la siguiente página</i>)* ▪ 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. 	 TRIAJE basado en la JUSTICIA DISTRIBUTIVA	<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"> Ante la limitación de recursos es imprescindible consensuar una serie de criterios -técnicos y éticos-comunes. Es probable que los criterios se deban modificar en función de la situación global. Ello puede requerir de la creación de un comité de expertos territorial / hospitalario, con profesionales asistenciales y comités de bioética locales 	 <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 (<i>se pueden utilizar herramientas tipo SOFA,...</i>), plantear una desintensificación terapéutica (evitación de futilidad), priorizando medidas paliativas. En este caso, será pertinente derivar al paciente a un área de menor complejidad, garantizando una adecuada atención paliativa (incluyendo soporte emocional y el control sintomático). 	 <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 avanzada, etc.) Valorar cuidadosamente el beneficio de ingreso de pacientes con expectativa de vida inferior a 1-2 años (<i>utilizando herramientas como el NECPAL o similar</i>)
 <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 de sus familias (incluyendo soporte emocional y el control sintomático) 			 <p>TRANSPARENCIA Y CONFIANZA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se debe comunicar a pacientes /familiares la extraordinariedad de la situación y la justificación de las medidas propuestas. Estas decisiones deben ser consensuadas en la medida de lo posible, y públicamente defendibles
 <p>SOPORTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> Planificar acciones para dar soporte a los familiares y a los profesionales, dado el impacto emocional/ <i>distress</i> moral de las decisiones éticas e incertidumbre Es recomendable realizar el proceso de toma de decisiones de forma compartida entre el equipo interdisciplinario -y siempre que sea posible, con el paciente y familia- 				

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	
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/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:

