

# 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 PERSONA / SITUACIÓN GLOBAL		 Relacionados con la ÉTICA DE LAS DECISIONES	
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 geográfica.</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> <li>▪</li> </ul>	 <b>VALORACIÓN 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.</li> <li>▪ En el <b>caso de personas mayores</b>, esto implica tener en cuenta otros aspectos más allá de la <b>“edad cronológica”</b>, relacionados con su <b>“edad biológica”</b> (grado de fragilidad, multimorbilidad,...)</li> <li>▪ Conocer los <b>valores y preferencias</b> de la persona, consultando siempre si dispone de un <b>documento de voluntades anticipadas</b> o existe un <b>plan de cuidados anticipados</b>, y seguir sus instrucciones.</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>▪ Es importante señalar que <b>la edad cronológica</b> (en años) <b>no 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, centros de derivación.</li> <li>▪ Optimizar la <b>dotación de personal</b> asistencial</li> <li>▪ <b>Minimizar</b> los ingresos condicionados a pruebas terapéuticas.</li> <li>▪ No ingresar pacientes que han dejado escritas <b>voluntades anticipadas</b> que rechazan cuidados intensivos y ventilación mecánica.</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</b> según sus características y situación actual	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Clasificación</b> de las personas según el <b>modelo de 4 prioridades</b> clásico de la UCI*</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>.</li> <li>▪ Ante <b>pacientes críticos con otras patologías críticas</b> diferentes a la infección por COVID-19 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>Elo puede requerir de la creación de un <b>comité de expertos</b> territorial / hospitalario, con profesionales asistenciales (incluyendo los profesionales del ámbito de la bioética).</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 plantear una <b>des-intensificación terapéutica</b> sin dilación por futilidad e iniciar <b>medidas paliativas</b>. En este caso, es pertinente derivar al paciente a un área de menor complejidad, <b>garantizando un plan de atención paliativa</b>.</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, etc.</li> <li>Valorar cuidadosamente el beneficio de ingreso de pacientes con <b>expectativa de vida</b> inferior a 1-2 años, establecida mediante herramienta NECPAL o similar</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 sus familias (incluyendo soporte psicoemocional 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>

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". Idea/Diseño: Olga Rubio 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.

## 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:

**SeMicyuc**