



LOS PROFESIONALES DEL ENFERMO CRÍTICO

**RECOMENDACIONES ÉTICAS PARA LA TOMA DE
DECISIONES EN LA SITUACIÓN EXCEPCIONAL DE
CRISIS POR PANDEMIA COVID-19 EN LAS
UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.
(SEMICYUC)**

Autores:

Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC.

Coordinadora:

Olga Rubio Sanchíz

Listado:

*Ángel Estella García
María Cruz Martín Delgado
Iñaki Saralegui Reta
Lluís Cabré Pericas
Lluís Zapata Fenor*

*Jordi Amblás,
Cátedra Cuidados Paliativos UVic.*

Junta Directiva de la SEMICYUC:

Presidente:

Ricard Ferrer Roca

Vicepresidente:

Álvaro Castellanos Ortega

Secretario:

Josep Trenado Álvarez

Vicesecretaria:

Virginia Fraile Gutiérrez

Tesorero:

Alberto Hernández Tejedor

Presidente del Comité Científico:

Manuel Herrera Gutiérrez

Vicepresidenta del Comité Científico:

Paula Ramírez Gallego

Vocal Representante de los Grupos de Trabajo:

María Ángeles Ballesteros Sanz

Vocal Representante de las Sociedades Autonómicas y Territoriales:

Pedro Rascado Sedes

Vocal Representante de los Médicos en Formación:

Leire López de la Oliva Calvo

Presidenta Anterior:

María Cruz Martín Delgado

INTRODUCCIÓN

Una pandemia global, como la del SRAS-COVID-19, puede abrumar la capacidad de las instalaciones ambulatorias, los departamentos de emergencias, los hospitales y los servicios de medicina intensiva (SMI). Impacta en los recursos disponibles, tanto a nivel de estructuras, de equipamientos y de profesionales, con graves consecuencias en los resultados de los pacientes, de sus familias, de los propios profesionales sanitarios y de la sociedad en general.

Se produce, temporalmente, un **desequilibrio entre las necesidades clínicas y la disponibilidad efectiva** de los recursos sanitarios.

Esta situación excepcional se debe manejar como las **situaciones de “medicina de catástrofe”**, aplicando una **atención de crisis** excepcional **basada en la justicia distributiva** y en la asignación adecuada de los recursos sanitarios.

Los principios de los estándares de **atención de crisis** aseguran que existen **procesos justos para tomar decisiones clínicamente informadas** sobre la **escasa asignación de recursos** durante una epidemia.

Se debe partir de un marco de **planificación basado en criterios científicos sólidos, en principios éticos**, en el **estado de derecho**, en la **importancia de participación del proveedor** y en la **comunidad**, y los pasos que permitan la **prestación equitativa, y justa, de servicios** médicos a aquellos que los necesiten.

Los sistemas y proveedores de atención médica deben estar preparados para **obtener el mayor beneficio de los recursos limitados y mitigar los daños** a las personas, al sistema de atención médica y la sociedad. Las planificaciones de atención sanitaria deberán desarrollar **estrategias proactivas escalonadas**, utilizando la información clínica disponible y basándose en sus planes de capacidad existentes, para **optimizar el uso de los recursos** en caso de que el brote actual se extienda y genere demandas inusualmente elevadas de recursos.

Ante una pandemia es prioritario el **“deber de planificar”**. La falta de planificación en situaciones de escasez de recursos puede llevar a la aplicación inapropiada de la situación de crisis, al desperdicio de recursos, a la pérdida inadvertida de vidas, a la pérdida de confianza y a decisiones innecesarias de triaje / racionamiento.

La **planificación proactiva**, en la que **los líderes anticipan y toman medidas** para abordar los peores escenarios, es el **primer eslabón de la cadena para reducir la morbilidad, la mortalidad y otros efectos indeseables** de un desastre emergente.

El gran dilema ético con esta pandemia es cómo proteger a las **personas vulnerables** mientras se permite la mayor cantidad posible de vida normal y actividad económica. Son especialmente vulnerables en la pandemia las personas enfermas, los profesionales sanitarios, las personas sin recursos...

Principios claves en gestión de situaciones de atención en crisis:

- Justicia.
- Deber de cuidar.
- Deber de administrar recursos.
- Transparencia.
- Consistencia.
- Proporcionalidad.
- Responsabilidad.

JUSTIFICACIÓN ÉTICA EN LA TOMA DE DECISIONES, ANTE LA SITUACIÓN DE CRISIS SANITARIA EXCEPCIONAL, DEBIDA A LA PANDEMIA COVID-19

En una situación de pandemia prevalece el deber **de planificar**, el **principio de justicia distributiva** y la **maximización del beneficio global**. Se debe tener consciencia de la **justa asignación de la distribución de recursos** sanitarios limitados.

La infección por coronavirus, causante de COVID-19, produce cuadros clínicos de diferente gravedad, evolucionando en los casos más graves a cuadros de insuficiencia respiratoria aguda con distrés respiratorio que precisan del ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) y de ventilación mecánica.

El distrés respiratorio es una situación clínica de gravedad, con **elevada mortalidad y con posibles secuelas** para los pacientes que la padecen, lo que implica que **solo algunos pacientes se van a beneficiar** de los recursos especializados. Y es en estos pacientes en los que será útil, y se debe indicar, la ventilación mecánica.

Por otro lado, la situación pandémica puede conllevar un **desequilibrio entre las necesidades de ventilación mecánica y los recursos** disponibles en la fase más avanzada. Es imprescindible establecer **un triaje al ingreso**, basado en **privilegiar la “mayor esperanza de vida”**, y unos criterios de ingreso claros **y de descarga de la UCI**, basados en un **principio de proporcionalidad y de justicia distributiva**, para maximizar el beneficio del mayor número posible de personas.

Esta situación excepcional, en la que podemos vernos obligados a aplicar sistemas de triaje en situaciones de emergencia, obliga a que la asignación de recursos deba tener en cuenta priorizar el máximo beneficio de todos los pacientes frente a su orden de llegada. Ello puede ocasionar distrés moral y cuidados percibidos como inapropiados en los profesionales que se vean implicados en estas decisiones.

En la asignación de recursos durante la toma de decisiones, se deben aplicar **criterios de idoneidad** y tener en cuenta factores como, por ejemplo, la edad, la comorbilidad, la gravedad de la enfermedad, el compromiso de otros órganos y la reversibilidad.

Está implícito que la aplicación de un **criterio de racionamiento** es justificable cuando se han empleado ya todos los esfuerzos de **planificación y de asignación de recursos**. El deber de planificación sanitaria, previamente, debe contemplar **aumentar la disponibilidad de los recursos** y evaluar la posibilidad de **transferencia a otros centros** con capacidad para atender la nueva demanda. La aplicación de los criterios de triaje en este contexto está justificada solo después de haber hecho **todos los esfuerzos posibles** para aumentar la disponibilidad de los

recursos, en particular de las camas de **cuidados intensivos**. Por ello es prioritario realizar una estrategia que permita encontrar, lo más eficazmente posible, los recursos necesarios, de forma que su escasez produzca el mínimo impacto. Se deben revisar diariamente los recursos disponibles, no solo los públicos de la propia comunidad autónoma, sino también los privados, los militares y los de provincias cercanas.

Es importante recordar que la **modificación temporal y excepcional de los criterios** de ingreso debe ser compartida por todos los intervinientes en el proceso.

Los pacientes, a quienes se les **apliquen estos criterios**, deben recibir información sobre lo extraordinario de la situación, así como de las medidas adoptadas, tanto por obligación deontológica como por **deber de transparencia y del mantenimiento de la confianza** en el sistema sanitario.

Los **objetivos principales de estas recomendaciones**, en conclusión, son:

- 1-. Apoyar a los profesionales en la toma de decisiones difíciles, facilitando criterios colegiados que permitan compartir la responsabilidad en situaciones que implican una gran carga emocional.
- 2-. Explicitar unos **criterios de idoneidad de asignación de recursos** en una situación de excepcionalidad y escasez.

CRITERIOS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN SITUACIÓN DE EXCEPCIONALIDAD RESPECTO AL INGRESO Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

A la hora de tomar decisiones sobre ingreso, o no ingreso, en la UCI y sobre la justa distribución de asignación de los recursos, deberemos tener en cuenta una serie de factores:

- Debe existir un **plan de contingencia de emergencia** que **planifique la distribución de los pacientes entre áreas geográficas**.
- Valorar siempre la **posibilidad de transferencia o derivación** a otro centro con recursos disponibles, siempre y cuando el paciente cumpla los **criterios de reversibilidad e indicación de ingreso en UCI**.
- En caso de no poder transferir el paciente, valorar la posibilidad **de ampliar la capacidad de las UCI locales**, facilitando **ingresos en otras áreas habilitadas** para esta epidemia con los recursos adecuados.
- En el caso de desproporción entre la demanda y las posibilidades, es lícito establecer **un triaje de ingreso** entre los pacientes, basado en el **principio de justicia distributiva, evitando seguir el criterio habitual de “el primero en llegar es el primero en recibir asistencia”**.
- Los **protocolos de triaje** consisten en un sistema de reglas que se aplican en el marco de situaciones de recursos escasos para ayudar a **tomar decisiones de forma justa y transparente**.
- Deben prevalecer, en estos casos, los principios **de justicia distributiva** de los recursos.
- Es prioritaria la **protección del personal sanitario** para evitar mermar los recursos necesarios para atender a los pacientes durante la pandemia.
- Es **prioritaria la solidaridad entre centros** para maximizar el bien común por encima del bien individual.

NECESIDAD DE TRIAJE DE PACIENTES CON SARS PARA INGRESAR EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ante una posible situación de aumento de la demanda de dispositivos de medicina intensiva, que sobrepase la oferta, se tornará imprescindible un triaje de los pacientes. Para poder realizarlo, debe existir una estrecha colaboración con los otros servicios que puedan estar implicados en la atención inicial de los pacientes (urgencias, medicina interna, neumología), así como con los servicios de emergencias extrahospitalarias. Clásicamente los criterios de ingreso en UCI se pueden dividir en un modelo de 4 prioridades:

Pacientes con Prioridad 1

Serán pacientes críticos e inestables. Necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva, depuración renal continua...).

Pacientes con Prioridad 2

Pacientes que precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. Son pacientes que no estarán ventilados de forma invasiva, pero con altos requerimientos de oxigenoterapia con PaO_2/FiO_2 menor de 200 o menor de 300 con fracaso de otro órgano.

Pacientes con Prioridad 3

Se trata de pacientes inestables y críticos que tienen pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos como, por ejemplo, no intubar y/o no intentar la reanimación cardiopulmonar.

Pacientes con Prioridad 4

Pacientes cuyo ingreso no está generalmente indicado debido a un beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo. Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente su muerte.

En una situación de falta de recursos se priorizarán los ingresos en UCI de pacientes con Prioridad 1 en aquellos hospitales que dispongan de dispositivos de cuidados intermedios, dejando estos últimos para los pacientes con Prioridad 2.

Los pacientes de Prioridades 3 y 4, en casos de crisis, no ingresarán en unidades de cuidados intensivos.

Esquema de decisión de ingresos en UCI en situación de crisis:

Pacientes con Prioridad 1	Pacientes con Prioridad 2
Críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva, depuración renal continua...).	Precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. No ventilación mecánica invasiva. Oxigenoterapia alto flujo o VMNI por $PaO_2/FiO_2 < 200$ o < 300 con fracaso de otro órgano.
Ingreso en UCI	Ingreso en cuidados Intermedios/Semicríticos*
Pacientes con Prioridad 3	Pacientes con Prioridad 4
Inestables y críticos, pero con pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos, como por ejemplo no intubar y/o no intentar RCP.	Su ingreso no está generalmente indicado: Beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo. Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente su muerte.
No ingreso en UCI	

*Considerando la opción del ingreso de pacientes con prioridad 2 en otras áreas asistenciales como cuidados intermedios en caso de disponer de estos y no estar saturados por pacientes con prioridad 1.

RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA SITUACION EXCEPCIONAL DE PANDEMIA COVID-19

Recomendaciones Generales a tener en cuenta en la toma de decisiones en la asignación de recursos limitados:

1. Siempre debe existir **un beneficio grande esperable y reversibilidad**.
2. Ante un paciente con indicación de ventilación mecánica, y sin disponibilidad de recursos óptimos, valorar la **posibilidad de distribuir los pacientes entre las UCI** disponibles.
3. En situaciones en las que los recursos necesarios superen los disponibles deberán aplicarse **criterios de triaje** de ingreso en la UCI.
4. Aplicar **criterios estrictos de ingreso en UCI** basados en maximizar el beneficio del bien común.
5. Fomentar aquellos **procedimientos que faciliten el destete de ventilación mecánica según medicina basada en la evidencia y agilizar los circuitos de traslados a planta y centros de derivación**, para poder liberar recursos para otros pacientes.
6. En caso de **complicaciones**, o prevista mala evolución tanto **clínica como funcional**, plantear la **retirada terapéutica** sin dilación por futilidad e iniciar la **aplicación de medidas paliativas**.
7. Es situación de **adecuación terapéutica, retirada de medidas y/o mala evolución** es adecuado **derivar al paciente a un área de menor complejidad** para establecer el **plan de cuidados paliativos**.
8. Consultar al servicio de Cuidados Paliativos para procurar la continuidad de cuidados de los pacientes en los que se haya acordado la limitación de tratamientos y aliviar su sufrimiento, incluyendo la sedación paliativa en los casos en los que sea precisa.
9. Se debe **valorar el paciente de forma global** y no la enfermedad de forma aislada.
10. Establecer, en **todos los pacientes ingresados** en las plantas de hospitalización (ingresados por COVID-19 u otros motivos), **una planificación anticipada y documentarlo en la historia clínica**, con definición clara de si existe o no indicación de ventilación mecánica y/o ingreso en UCI y comunicarla al resto del equipo y especialidades. En la **UCI establecer ya, al ingreso, si el paciente es tributario o no de medidas invasivas y RCP**.
11. Se debe **consultar siempre si el paciente dispone de voluntades anticipadas** y seguir sus instrucciones, consultando a los representantes designados en el documento de voluntades anticipadas.

12. **Principio coste/oportunidad:** tener en cuenta que admitir un ingreso puede implicar denegar otro ingreso a otra persona que puede beneficiarse más. **Evitar el criterio “primero en llegar, primero en ingresar”.**
13. **Establecer objetivos a conseguir durante el ingreso y, si no se consiguen,** se pondrá de manifiesto la futilidad del mismo y la necesidad de retirar los soportes y se cambiará a objetivos paliativos.
14. **No ingresar a personas en las que se prevé un beneficio mínimo** como, por ejemplo, situaciones de fracaso multiorgánico establecido, riesgo de muerte calculado por escalas de gravedad elevado —cuando éstas sean fiables en su uso individual— o situaciones funcionales muy limitadas, condiciones de fragilidad, etc.
15. Ante **pacientes críticos con otras patologías críticas** que no puedan estar en otras áreas asistenciales, como reanimación o semicríticos, diferentes a la infección respiratoria por COVID-19, se debe valorar ingresar prioritariamente a quien **más se beneficie o tenga mayor expectativa de vida**, en el momento del ingreso.
16. Ante dos pacientes similares, se debe **priorizar a la persona con más años de vida ajustados a la calidad (AVAC) o QALY (Quality-Adjusted Life Year)**. Son un indicador combinado del estado de la salud que aúna cantidad y calidad de vida. Priorizar la mayor esperanza de vida con calidad.
17. En personas mayores se debe tener en cuenta la **supervivencia libre de discapacidad** por encima de la supervivencia aislada.
18. Minimizar **realizar ingresos condicionados** a pruebas terapéuticas e ingresos **de pacientes con decisiones previas de adecuación terapéutica**.
19. **Ingresos condicionados o ICU trial:** en los casos en los que no esté claro el potencial beneficio de la instauración de tratamientos invasivos se ingresarán de forma condicionada a la **evolución clínica en las primeras 48 horas**, valorando el fracaso orgánico medido por el SOFA al ingreso **y reevaluando** la evolución medida por esta escala **48 horas** después de tratamiento de soporte total. Se informará al paciente y/o a sus familiares del plan terapéutico y de la posibilidad de aplicar adecuación de medidas terapéuticas en caso de falta de respuesta.
20. No ingresar pacientes que hayan dejado escritas sus voluntades anticipadas y que **rechacen cuidados intensivos y/o ventilación mecánica**, tras corroborar con sus representantes las instrucciones que hay en el documento o con el paciente si es competente.
21. **Valorar cuidadosamente el beneficio de ingreso** de pacientes con una **expectativa de vida inferior a 2 años**, establecida mediante herramienta NECPAL o similar.









22. Tener en cuenta otros factores como, por ejemplo, **personas a cargo del paciente** para tomar decisiones **maximizando el beneficio del máximo de personas**.
23. Tener en cuenta **el valor social de la persona enferma**.
24. Contactar con el Comité de Ética Asistencial para que pueda ayudar en la prevención o resolución de conflictos de valores entre las partes implicadas (profesionales, pacientes, familiares e institución) relacionados con la toma de decisiones.



Recomendaciones Específicas a tener en cuenta en la toma de decisiones en la asignación de recursos limitados:

1. Todo paciente, **afectado de Insuficiencia respiratoria aguda (IRA)**, tiene **derecho a recibir asistencia sanitaria y se determinará la intensidad terapéutica, según criterios objetivos de idoneidad y expectativas de resolución del proceso con buena calidad de vida y funcionalidad. Solo ingresaran en UCI pacientes de prioridad 1 y 2.**
2. Todo paciente **mayor de 80 años y con comorbilidades recibirá preferentemente mascarilla de oxígeno de alta concentración, oxigenoterapia de alto flujo o ventilación mecánica no invasiva (en estos dos últimos procedimientos se considerará la relación riesgo/beneficio por la producción de aerosoles en habitaciones compartidas y la disponibilidad de vigilancia en planta de hospitalización convencional)** y se seleccionará, cuidadosa e individualmente, la indicación ventilación mecánica invasiva según indicación y evaluando riesgo/beneficios.
3. Todo paciente entre **70 y 80 años con IRA sin patología previa importante es subsidiario de tratamiento con ventilación mecánica invasiva.**
 - En los pacientes entre 70 y 80 años que presentan alguna de estas comorbilidades moderadas-graves (ICC, miocardiopatía dilatada, EPOC, cirrosis, insuficiencia renal crónica, etc.) se valorará cuidadosamente la indicación de VMI y se le tratará preferentemente con VMNI o similar según disponibilidad.
4. Cualquier paciente con **deterioro cognitivo, por demencia u otras enfermedades degenerativas, no serían subsidiarios de ventilación mecánica invasiva.**
5. En todos casos de los apartados anteriores, la VM invasiva **la retiraremos según la evolución del SOFA diario, las complicaciones acontecidas y estableciendo un juicio de futilidad caso a caso.**
6. El **criterio médico en cada paciente está por encima** de estas recomendaciones generales, siempre que sea razonado, argumentado y se consensue en la sesión clínica diaria o por el Comité de Ética asistencial.

8. Las **decisiones de adecuación terapéutica, idealmente, deben consensuarse con el paciente y/o familiares**, pero en esta situación excepcional puede ser difícil tomar decisiones ya sea vía telefónica. En estos casos, si no hay posibilidad de consensuar las decisiones, recordar que el garante de la toma de decisiones es el equipo sanitario del paciente.
9. Los soportes vitales especializados, tipo **ECMO, deben restringirse** a los pacientes que más puedan beneficiarse de ellos, siguiendo las recomendaciones de los expertos en estos procedimientos invasivos.
10. Se debe **atender a la situación de estrés moral** de los profesionales, aplicando medidas para **prevenir y tratar para el síndrome de desgaste profesional (*burnout*)** de los profesionales.
11. Debido a la política de restricción de visitas para evitar el contagio, se debe prever **la atención a familias** en las que se produce una muerte dentro del periodo de restricción de visitas.

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
 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. 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. 	 VALORACIÓN DE LA PERSONA	<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. 	 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. Es importante señalar que la edad cronológica (en años) no debería ser el único elemento a considerar en las estrategias de asignación.
 OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS	<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. 	 PRIORIZACIÓN DE LAS PERSONAS según sus características y situación actual	<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. 	 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"> 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:

