



LOS PROFESIONALES DEL ENFERMO CRÍTICO

BORRADOR

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

Autores:

Olga Rubio (Coordinadora nacional grupo Bioética SEMICYUC)

Ángel Estella (Grupo Bioética)

Mari Cruz Martín (Grupo Bioética).

Iñaki Saralegui (Grupo Bioética)

Lluís Cabré (Grupo Bioética Semicyuc)

Lluís Zapata (Grupo Bioética Semicyuc)

Jordi Amblàs (Cátedra Cuidados Paliativos UVIC)

INTRODUCCIÓN

Una pandemia global importante, como la del SRAS-COVID-19, puede abrumar la capacidad de las instalaciones ambulatorias, los departamentos de emergencias, los hospitales y las Unidades de Cuidados Intensivos, lo que lleva a la **escasez de personal, espacio y suministros**, con graves consecuencias para los resultados de los pacientes.

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 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, principios éticos, el estado de derecho, la importancia de participación del proveedor y la comunidad**, y los pasos que permiten 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, el 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 severas 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, desperdicio de recursos, pérdida inadvertida de vidas, pérdida de confianza y 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.

Principios claves en gestión de situaciones de atención en crisis:

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

PERSONAS VULNERABLES EN UNA PANDEMIA

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.

Personas vulnerables en la pandemia COVID-19:

- Personas enfermas.
- Profesionales sanitarios.
- Personas sin recursos.

JUSTIFICACIÓN ETICA 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 COVID-19 produce una situación de distrés respiratorio, en algunos pacientes, que requieren ingreso en la UCI y necesidad 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 epidémica hace que exista un **desequilibrio entre las necesidades de ventilación mecánica y los recursos** por la excepcionalidad de la epidemia. Es por ello que 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.

Esto a los profesionales les va a generar **un distrés moral**, al tener que aplicar el **triaje de máxima emergencia** en esta situación de excepcionalidad, no asignando recursos al primero que llega, sino al que más se va a beneficiar del mismo.

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.

Es 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.

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

A los pacientes a los cuales se **les apliquen estos criterios**, se les debe comunicar lo extraordinario de la situación, así como de las medidas adoptadas, por una cuestión de **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, eximiendo a los clínicos de una parte de la responsabilidad** al tomar decisiones que pueden llegar a ser emotivamente graves.
- 2-. **Explicitar unos criterios de idoneidad de asignación de recursos** en una situación de excepcionalidad y escasez de los mismos.

CRITERIOS PARA TOMAR 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 posibilidades, 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 **principio de justicia distributiva**, **evitando seguir el criterio habitual de “el primero en llegar es el primero en recibir asistencia”**.
- Los **protocolos de triaje** se implementan en el marco de un sistema basado en reglas en 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** que atiende a estos pacientes, 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 un aumento de la demanda de dispositivos de medicina intensiva, que sobrepase la oferta, se tornará imprescindible un triaje de los pacientes. Para poder realizar dicho triaje, debe existir una estrecha colaboración con los otros servicios que pueden 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 $PaFiO_2 < 200$ o < 300 con fracaso de otro órgano.

Pacientes con Prioridad 3

Se trata de pacientes inestables y críticos pero 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: 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 PaFiO 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 la muerte.
No Ingreso en UCI	

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. Ante una demanda elevada con recursos limitados es de ayuda establecer y aplicar un **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, 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, ingreso en UCI y comunicarla al resto del equipo y especialidades. **En 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, 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 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 semi críticos, diferentes a la infección respiratoria por COVID-19, se debe valorar ingresar prioritariamente a quien **más se beneficie, o que tenga mayor expectativa de vida**, en el momento del ingreso.
16. Ante dos pacientes similares, se debe **priorizar a la persona con más QUALY**. QUALY es una medida del estado de salud que estima tanto la **calidad, como la cantidad de vida prevista. 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 48 horas** después de tratamiento de soporte total la evolución medida por esta escala. Se informará al paciente y/o 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 el paciente si es competente, o con sus representantes, las instrucciones que hay en el documento.
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 ingresarán 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** y se seleccionará, cuidadosa e individualmente, la indicación ventilación mecánica invasiva según indicación y evaluando riesgo/beneficios.
3. Todo paciente entre **70-80 años con IRA sin patología previa importante son subsidiarios de tratamiento con ventilación mecánica invasiva.**
 - Pacientes entre 70-80 años si presentan alguna de estas comorbilidades (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 serán 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 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 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:

