

Marco de actuación con bases éticas que coadyuve en la toma de decisión sobre los dilemas que se presentan en la atención de pacientes críticos afectados por COVID-19 en contextos de escasez, limitación de recursos y alta demanda de insumos y atención médica.

RECOMENDACIONES PARA LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS

CRITERIOS DE INGRESO/EGRESO A TERAPIA INTENSIVA

**Unidad Terapia Intensiva
Hospital Pedro Moguillansky. Cipolletti.
Argentina . 2020**

RECOMENDACIONES PARA LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS,

CRITERIOS DE INGRESO/EGRESO A TERAPIA INTENSIVA

El 11 de marzo de 2020, la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha declarado a la enfermedad epidémica COVID-19 como pandemia. Lo masivo del fenómeno a nivel mundial, y por un periodo sostenido (aunque extraordinario), clama a los sistemas sanitarios de cada región, brindar a su población, respuestas de atención seguras, efectivas y basadas en evidencia. Las cantidades de recursos sanitarios que hubieran sido suficientes, no mediando epidemia, resultan escasos frente a este escenario masivo de enfermedad, que atraviesa por distintos estados de gravedad, reposando la carga decisoria sobre el efector sanitario.

Propósito

El objetivo, es proporcionar a los trabajadores de la salud e instituciones sanitarias un marco de actuación con bases éticas que coadyuve en la toma de decisión sobre los dilemas que se presentan en la atención de pacientes críticos afectados por COVID-19 en contextos de escasez, limitación de recursos y de alta demanda de insumos y atención médica.

La información disponible indica que aproximadamente 80% de las personas infectadas desarrollarán síntomas leves y no requerirán asistencia hospitalaria, mientras que 15% precisará cuidados intermedios o en salas generales y el 5% restante requerirá de asistencia en unidades de cuidados críticos.

La asignación de recursos se sustenta en base a consideraciones bioéticas enraizadas en los Derechos Humanos y sustentadas en el valor de la dignidad de la persona humana y principios sustanciales como la solidaridad, la justicia y la equidad.

El fin de esta presentación consiste en acompañar y sostener las decisiones técnicas y científicas que tomen los distintos especialistas en la atención del paciente crítico. Se trata de orientaciones de naturaleza ética que, si bien no desplazan la responsabilidad individual y profesional, asumen un rol esencial a la hora de la toma de decisiones drásticas, aligerando el agobio o sufrimiento moral de los trabajadores de salud en esa primera línea de atención.

Esta necesidad, de establecer criterios éticos de asignación surgen a partir de la escasez de recursos, la heterogeneidad de la composición social y la disparidad de intereses que suelen exacerbarse en condiciones de superación de los recursos disponibles como en brotes de enfermedades y pandemias.

En cuanto a la escasez de recursos y dadas las características que presenta la pandemia por COVID-19, el principal criterio para la asignación es la transparencia. Se debe conocer y comunicar cuán escasos son los recursos

disponibles, para lo que es preciso realizar un oportuno diagnóstico y una adecuada planificación. Se deberían realizar las siguientes previsiones:

- a) Ponderar lo más precisamente posible el devenir y progreso futuro de la pandemia a nivel nacional, regional y local.
- b) Describir y precisar los recursos disponibles: recursos humanos en general: cantidad de profesionales del equipo de salud (médicos, enfermeros, kinesiólogos) entrenados para trabajar en área de terapia intensiva, cantidad de camas disponibles en UTI, cantidad de respiradores.
- c) Elaborar planes de reorganización y adecuación de servicios y del personal para incrementar la capacidad de respuesta institucional a la demanda.
- d) Conocer la incidencia de la demanda sobre el total de los recursos disponibles y alternativas, que se dejan sin cobertura.

En esta etapa inicial, tanto la valorización y optimización de los recursos disponibles, como la estimación del avance de la pandemia, son indispensables y muy necesarios para el establecimiento ulterior de criterios de asignación.

CRITERIOS DE ABSTENCIÓN, ASIGNACIÓN Y RETIRO DE LA ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA (ARM).

1. Los criterios vinculados a la asignación de ARM deben ser claros, transparentes, preestablecidos y de acceso público.

El establecimiento de prioridades de uso para la ventilación mecánica debe ser conocido por todos, en particular por la comunidad, por la población afectada y sus allegados. Ello redundará en el aumento y consolidación de la confianza pública en los equipos asistenciales, además de generar un alivio en la conciencia moral de los trabajadores de la salud de la primera línea de atención.

2. Los criterios de asignación para ARM también deben ser objetivos, técnicos, neutrales y verificables.

En situaciones pandémicas debería evitarse la improvisación y la arbitrariedad en la atención de la emergencia, sobre todo en la asignación del uso de ARM. Para ello es sustancial tener criterios objetivos, de naturaleza técnica, neutrales y verificables.

Desde el punto de vista ético se deben utilizar distintos scores y puntuaciones, preferentemente aquellos que contengan las características descriptas, además de contar con facilidad en el cálculo y apreciación independiente para evitar pruebas que puedan retrasar la evaluación. Por último, deberán reflejar lo más cabalmente la prognosis de recuperabilidad.

El propósito en la elección deber estar orientado al beneficio clínico, considerando el pronóstico, la presencia de enfermedades subyacentes y concomitantes, como así también la duración previsible en la utilización del recurso, criterio sometido a la evidencia que va proponiendo la constante evolución dinámica de la pandemia por COVID-19.

3. Los criterios deben reflejar el más alto nivel de consenso posible entre todos los trabajadores de la salud.

La homogeneización de los criterios de asignación, limitación y retiro de ARM deben surgir del consenso de todas las partes y actores involucrados. Ello brindará consistencia y universalidad, despejando posibilidades de improvisación y ejecución de errores insalvables.

4. Cada institución debe valorar la posibilidad de generar un consenso propio en base a su realidad local, con participación de sectores involucrados (intensivistas, clínicos y emergentólogos, además del comité de bioética), para poder realizar normativas institucionales que superen las pautas individuales de cada servicio involucrado, a fin de que todo el equipo de salud de la misma institución maneje los mismos códigos.

5. Las personas que integren el grupo de asignación (triaje) deben ser especialistas con experiencia en cuidados críticos y clínico

La decisión de "NO INGRESO A UTI" debe ser una decisión y una comunicación conjuntas de los servicios involucrados.

El grupo de trabajadores de la salud que integre el grupo de asignación, triaje, debe conformarse con aquellos agentes que representen las distintas especialidades involucradas (terapia intensiva, clínica médica, emergentología), con experiencia acreditada en cuidados críticos y asistencia respiratoria. Ninguno debería pertenecer al equipo tratante del paciente. La evaluación debe realizarse con la información clínica disponible de forma anónima, con protección de la identidad del paciente, salvo información personal relevante como la edad.

Es importante que el equipo tratante conozca la metodología para la toma de la decisión y que reconozca que debe aceptar la decisión porque es la mejor que se puede tomar en ese caso particular. Lo ideal es tener consenso, y que la decisión de los médicos sea conocida por el comité de bioética, el cual dará su opinión sobre la situación presentada. Se informará luego en conjunto a la familia del paciente la decisión tomada, informando y aclarando los motivos de tal postura, basados en el apoyo científico de las mismas (trabajos de investigación y scores).

6. La edad como criterio autónomo no debe ser un criterio de abstención y/o retiro de ARM.

La edad, en particular en adultos mayores, no debe constituirse como un criterio de asignación autónomo. Deberá valorarse con las condiciones clínicas del candidato al recurso. Este concepto está contemplado además en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores que fue ratificada por la República Argentina por la Ley 27360.

Si bien las complicaciones graves son poco frecuentes en esta pandemia, en particular, en el caso de niñas, niños y adolescentes la edad opera como un criterio de prioridad, basado en la promoción del más alto interés del niño, principio consagrado en la Convención Internacional de Derechos del Niño.

7. Las decisiones anticipadas o presentes del paciente, o en su defecto de la familia y allegados deben tenerse presentes, salvo que su implementación derive en supuestos de manifiesta obstinación y futilidad.

Previamente a la evaluación del equipo de asignación, debe consultarse al paciente, o a sus allegados, si existe alguna directiva anticipada. En caso positivo, debería reactualizarse su contenido ya que en general la planificación de decisiones anticipadas se realiza en contextos donde, en general, no existían previsiones vinculadas a situaciones pandémicas

8. Los trabajadores de la salud podrán ofrecer decisiones informadas vinculadas al retiro del soporte vital.

La experiencia de trabajadores en ámbitos de cuidados intensivos da cuenta que existen distintas situaciones en las que las decisiones son tomadas sin el consentimiento del paciente o allegados. Se han descrito situaciones de agudeza de la situación clínica (parada cardiocirculatoria, shock, entre otras), procesos de toma de decisión impostergable (reanimación, intubación, implante marcapaso transitorio, entre otras) o por valoración irrecurrible de futilidad.

En esas apremiantes circunstancias que impone la pandemia las decisiones informadas serían superadoras del proceso de consentimiento informado tradicional ya que es el profesional tratante quien asume la responsabilidad plena de la decisión, en lugar del propio paciente o allegado.

9. La asignación deberá ser aleatoria cuando los pacientes candidatos tengan la misma evaluación clínica y pronóstico.

En aquellos casos en que los pacientes tengan el mismo pronóstico y probabilidad de recuperación, en base al puntaje y score para la asignación del uso de ARM, la alternativa moralmente neutra es la asignación aleatoria, es decir debe instaurarse un proceso de elección por azar

10. Los criterios de asignación de ARM aún en contextos de pandemia por COVID-19 se aplican a todos aquellos pacientes que reúnan los criterios, se encuentren o no infectados por COVID-19.

11. Criterios de asignación basados en discriminación positiva promueven la priorización de niños, adolescentes, personas gestantes y personal de salud en el acceso y uso de ARM.

12. Los criterios de abstención y retiro de la ARM deberán fundamentarse en hechos y evaluaciones consistentes con la irreversibilidad funcional e irrecuperabilidad sistémica

Las pautas y recomendaciones de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) sobre abstención y retiro del soporte vital en la atención del paciente crítico mantienen plena vigencia. En síntesis, podrían detallarse las siguientes circunstancias donde sería mandatorio el retiro:

12.1. Cuando no existan evidencias de haber obtenido la efectividad buscada (ausencia de respuesta en la sustitución del órgano o función) o existan eventos que permitieran presumir que tampoco se obtendría en el futuro.

12.2. Cuando sólo se trate de mantener y prolongar un cuadro de inconciencia permanente e irreversible.

12.3. Cuando el sufrimiento sea inevitable y desproporcionado al beneficio médico.

12.4. Cuando la presencia de irreversibilidad manifiesta del cuadro clínico, por la sucesiva claudicación de órganos vitales, induzca a estimar que la utilización de más y mayores procedimientos no atenderán a los mejores intereses del paciente.

En el proceso de retiro del soporte debe preverse situaciones en donde pueda prolongarse la agonía. Para ello deben implementarse protocolos que aseguren la debida comunicación a las familias y allegados, acciones de mitigación del sufrimiento y aseguramiento del confort y previsión de las áreas de derivación del paciente, mediante la intervención del equipo de cuidados paliativos.

13. En casos de divergencia entre el equipo de Triage y los médicos tratantes es recomendable la intervención expedita del Comité de Bioética.

14. Ordenes de No Reanimación/Resucitación. Las órdenes de no reanimación/resucitación (ONR) no son una práctica extendida en nuestro medio. Así todo, en el ingreso a las UTIs debería requerirse a pacientes y/o allegados si desean formular algún tipo de ONR.

Frente a la ausencia de ORN, los equipos asistenciales deberán valorar y ponderar caso por caso los potenciales beneficios frente a los riesgos de adquisición de la infección del operador que ejecuta la maniobra. No deberían plantearse de modo general abstenciones de ONR en todos los casos de atención de pacientes infectados por COVID-19.

Atención Paliativa.

Las instituciones que atiendan pacientes críticos afectados por COVID-19 deben contar con servicios de Atención Paliativa, con personal especializado y provisión continua de elementos y medicamentos que garanticen el desempeño de los cuidados paliativos de acuerdo con los estándares de la especialidad.

La función de los equipos de cuidados paliativos es fundamental durante el transcurso de la epidemia, en especial en la atención integral y continua de aquellos pacientes no ingresados o externados de las UTIs.

En todos los casos en donde se limite el esfuerzo terapéutico a un paciente en función de su pronóstico deberá asegurarse la debida comunicación a las familias y allegados, acciones de mitigación del sufrimiento, aseguramiento del confort y previsión de las áreas de derivación del paciente, mediante la intervención del equipo de cuidados paliativos

Luego de realizado el proceso de triaje y habiéndose definido aquellos pacientes que no son candidatos para recibir medidas de sostén vital y cuidados intensivos se postula que es fundamental que no sean abandonados y se les proporcione una atención adecuada desde los Cuidados Paliativos. En este sentido, es conveniente adecuar espacios para pacientes con corta expectativa de vida, para evitar sobrecargar a los trabajadores de atención médica de primera línea que padecerán el estrés de ver que sus pacientes fallecen con síntomas no controlados y no podrán actuar a veces con la pericia conveniente.

Se requiere de un sistema de triaje para identificar a los pacientes con mayor necesidad de atención especializada. Se consideran de mayor riesgo a:

1. Pacientes con necesidades complejas de control de síntomas.
2. Pacientes en seguimiento o manejo por un especialista en cuidados paliativos.
3. Pacientes cuyos síntomas no se hayan controlado adecuadamente mediante protocolos estandarizados.
4. Pacientes gravemente enfermos que no sean candidatos a tratamientos invasivos debido al sistema de triaje.

Si bien desde cuidados paliativos se valoran la empatía, la contención y el soporte espiritual como parte de un abordaje holístico, en el caso de la pandemia por COVID-19 la telemedicina sirve para cuidar al personal y además poder llegar a más persona optimizando el recurso. Aún el encuentro con familiares podría ser exposición a personas infectadas asintomáticas. Por otro lado, si se piensa en extremar las medidas de cuidados para el equipo de paliativos, se estarían utilizando elementos de protección personal (elementos escasos) que deben priorizarse para quienes asisten a los pacientes graves. Debería poder garantizarse a todos el acceso a estos dispositivos y la facilitación de su uso considerando que muchos pacientes serán adultos mayores y no todos dominan las tecnologías o las tienen a su alcance.

Desde una perspectiva ética se puede asumir como criterios:

1. Protección contra daños. Una pandemia y un sistema de clasificación pueden generar angustia física y emocional significativa. Tenemos la obligación de proteger a quienes sufren los efectos de la pandemia y el sistema de clasificación.

2. Proporcionalidad. La administración de los recursos en cuidados paliativos debe reflejar las necesidades de la comunidad y proporcionar cuidados paliativos de alta calidad a los necesitados. Los medicamentos, equipos, camas y los especialistas no deben "acumularse" cuando otros en la comunidad los necesitan.

3. Deber de brindar atención. Los cuidados paliativos son un componente crítico de cualquier plan de clasificación pandémica, y los profesionales de cuidados paliativos tenemos la obligación de brindar atención y aliviar el sufrimiento. Siempre debemos equilibrar este deber con las obligaciones en competencia para proteger nuestra propia salud y la de nuestras familias.

4. Reciprocidad. Deberíamos enfocar mayores recursos paliativos en pacientes que asumen una mayor carga en el sistema de clasificación, como los pacientes críticos que no son candidatos para recibir terapia de soporte vital. Estos pacientes (y sus familias) corren un gran riesgo de sentirse abandonados por el sistema de atención de salud y deben recibir atención orientada a objetivos terapéuticos de confort por un equipo interdisciplinario en cuidados paliativos.

5. Equidad. Debemos asegurarnos de que los cuidados paliativos de alta calidad estén disponibles para todos los pacientes que puedan necesitarlos, independientemente de su ubicación.

CRITERIOS DE INGRESO/ EGRESO EN TERAPIA INTENSIVA

El ingreso a terapia intensiva se evalúa aún fuera de la situación actual de pandemia con scores, estado clínico del paciente, y la presencia o no de comorbilidades, dado que tiene una mortalidad que ronda el 27-30%.

Hay 2 miradas:

- Los adultos mayores y las comorbilidades
- Los escasos recursos en cuidados críticos

Los adultos mayores y las comorbilidades

Existen múltiples consideraciones éticas a la hora de definir las acciones de soporte vital avanzado o su suspensión; la toma de decisiones es multimodal; requiere de un protocolo que debe ser monitorizado y revisado de forma continua (evolución del número de casos y gravedad, recursos técnicos, y humanos

disponibles, camas etc.), siempre teniendo en cuenta la alta mortalidad de la estadía en terapia intensiva independientemente de la causa de ingreso.

Las evaluaciones comprenderán los siguientes dominios:

- Comorbilidades: ÍNDICE DE CHARLSSON
- Performance Status: KARNOVSKY
- Expectativa de vida: PROFOUND

Los escasos recursos en cuidados críticos

La asignación de camas de cuidado crítico es una opción compleja y muy delicada, también debido al hecho de que un aumento excesivo de las camas intensivas extraordinarias no garantizaría una atención adecuada para pacientes individuales y distraería recursos, atención y energía a los pacientes restantes ingresados en Cuidados Intensivos.

• Buscando la maximización de los beneficios para el mayor número de personas para la asignación de camas intensivas se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

1. Presencia de comorbilidad y estado funcional del paciente
2. Expectativa medica razonable de beneficio
3. Criterios de definición de pacientes paliativos
4. Existencia de directivas anticipadas

• Para los pacientes para quienes el acceso a un tratamiento intensivo se considera "inapropiado", la decisión de establecer un límite de atención debe ser comunicada y documentada

• En el proceso de toma de decisiones, si surgen situaciones de dificultad e incertidumbre particulares, puede ser útil tener una segunda opinión.

• En la medida de lo posible, estos criterios deben ser discutidos y definidos para cada paciente tempranamente. Cualquier instrucción de limitar el esfuerzo terapéutico debe estar presente en el registro médico

• La sedación paliativa para manejo de los síntomas (disnea) es una obligación en aquellos pacientes no pasibles de tratamiento invasivo.

• Diariamente debe reevaluarse la adecuación del tratamiento, los objetivos de atención y la proporcionalidad de la atención.

• La decisión de limitar los cuidados intensivos debe discutirse y compartirse de la manera más colegiada posible del equipo tratante y, en la medida de lo posible, en diálogo con el paciente (y los miembros de la familia).

Se sugiere que cada institución fije los criterios a adoptar y los vaya modificando en base a la dinámica de desarrollo de la pandemia y del desequilibrio demanda/recursos.

Debe existir una estrecha colaboración entre la UTI y los otros servicios que puedan estar implicados en la atención inicial de los pacientes (urgencias, clínica médica), así como con los servicios de emergencias extrahospitalarias.

FASES DE RESPUESTA A LA PANDEMIA COVID-19

La fase de respuesta asistencial a la crisis epidémica del COVID-19 ha de permitir adecuar el nivel asistencial a la complejidad del paciente y asegurar la sectorización del hospital.

De la misma manera, debe adecuar la disposición de profesionales que garanticen los cuidados y tratamientos que los pacientes precisen.

FASE 0. PREPARACIÓN

- Actividad asistencial que no precisa de la interrupción de la actividad habitual, programada o urgente, tanto ambulatoria como intrahospitalaria.
- Elaboración/actualización de los protocolos asistenciales sobre el coronavirus COVID-19
- Estudio de la capacidad instalada dentro del hospital que permita disponer de un mapa de disponibilidad de camas UT. En paralelo es conveniente realizar un mapa de disponibilidad de expansión de camas/boxes de críticos (p.ej: salas de hospitalización que dispongan de monitorización, quirófanos...)
- Difusión en el hospital del plan de contingencia para enfermos críticos, e integración con el plan de contingencia general de cada centro; es importante realizar previamente también el mapa de disponibilidad de camas de hospitalización con presión negativa y/o aislamiento, así como la capacidad de sectorización.
- Este proceso se tiene que realizar también en urgencias.
- Establecer la política de altas precoces.
- Previsión de equipamiento utilizable y mapa de distribución de éste. Completar todo el equipamiento necesario teniendo en cuenta las previsiones de ingresos estimadas durante la pandemia
- Adecuación organizativa y en lo posible arquitectónica para adaptarse a la atención de este tipo de pacientes: opción de conversión de boxes abiertos en cerrados, activación de circuitos de presión negativa etc.

- Asegurar el suministro y disponer en almacén del material específico para el aislamiento de los pacientes y el tratamiento respiratorio (sistemas de aspiración cerrados, filtros antivirales...) así como de los equipos de protección individual
- Información y formación del personal asistencial de las Unidades de terapia Intensivos (UTI) (intensivistas, personal de enfermería y Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE)) en el cuidado y tratamiento del paciente crítico con COVID-19. Información y formación al personal asistencial y de soporte (limpieza) en las medidas de protección individual. De la misma manera, conviene formar la plantilla de reserva de los colectivos especificados.
- La formación ha de incluir simulación para verificar la correcta utilización de las medidas de bioseguridad.

FASE 1. INICIO DE LA PANDEMIA

- Apertura de las camas cerradas de UTI y/o reconversión de las camas de intermedios.
- Cancelación de toda la cirugía electiva excepto aquella considerada preferente, cancelando incluso ésta que requiera ingreso en UCI cuando se prevea o se alcance la ocupación completa.
- Transformación y acondicionamiento de espacios adicionales (unidades de cuidados intermedios, unidad de reanimación posanestésica (URPA)) como camas de UTI, a cargo de intensivistas y soporte de personal especializado de estas zonas/camas de expansión
- Habilitación de mecanismos de descarga precoz de la UTI a las unidades de cuidados intermedios (preferentemente a cargo de intensivistas) y resto de áreas de hospitalización, adecuadamente equipadas y personal con formación adecuada en el manejo de enfermos complejos y pluripatológicos (internistas), de forma coordinada con los intensivistas; por ello hay que formar a profesionales de estos ámbitos en medidas de protección personal.
- Mantener la ratio enfermera/paciente para el resto de las patologías
- Continuar con la información y formación del personal asistencial de la UTI (intensivistas, personal de enfermería, kinesiólogos) en el cuidado y tratamiento del paciente crítico con COVID-19. Información y formación al personal asistencial y de soporte (limpieza) en las medidas de protección individual. De la misma manera formación de la plantilla de reserva de los colectivos especificados.
- La formación ha de incluir simulación para verificar la correcta utilización de las medidas de bioseguridad.

- Creación de equipos de trabajo sectorizados, muy importante en caso de pérdida de bioseguridad, lo que permite establecer equipos de primera línea y segunda línea para garantizar la asistencia

FASE 2. SATURACIÓN DE LA UTI

- Cancelación de vacaciones y permisos del personal de la UTI (médicos, personal de enfermería y TCAE)
- Suspensión de toda la actividad electiva (cirugía, pruebas diagnósticas, consultas) en el hospital
- Se ha de valorar el descanso del personal de primera línea, lo que implica organizar el trabajo en turnos
- Mantener todos los estándares asistenciales
- Sectorizar los pacientes con COVID -19 tanto en críticos como en el resto del centro hospitalario
- Criterios de ingreso en UCI estrictos, guiados por escalas objetivas (SOFA), aplicando si es necesario los protocolos de limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) con el soporte del Comité de Ética asistencial (CEA) en caso necesario.

Fase 3. COLAPSO UCI Y HOSPITAL

- Reclutamiento de todo el personal de reserva disponible
- Uso de todas las camas disponibles en el hospital de UTI, para atender prioritariamente a los pacientes que tengan una mayor probabilidad de recuperación
- En esta fase se ha de establecer el principio de priorizar el beneficio global al particular, tomando las decisiones que se deriven.
- Relación enfermera/paciente dentro y fuera de la UCI en función de la disponibilidad, a discreción de los responsables sanitarios, adecuando la experiencia según FDM, es decir un experto controla lo que otros no tanto hacen
- Los estándares asistenciales pueden disminuir
- Soporte psicológico del personal sanitario y la población atendida

Fase 4. CONTROL DE LA CRISIS EPIDEMICA

- Siguiendo las recomendaciones de las autoridades sanitarias, reorganización de la actividad tan pronto como se recupere la situación.
- Realizar seguimiento continuo del estudio de casos de pacientes, contactos y afectación de los profesionales.
- Finalizar con un documento de análisis de la gestión global de crisis epidémica identificando la idoneidad de las decisiones y acciones realizadas, así como los ámbitos de mejora.
- Agradecer a todo el personal el esfuerzo realizado.

PLAN DE CONTINGENCIA PARA FASE II DE LA PANDEMIA

Clásicamente los criterios de ingreso en UTI 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, hemodiálisis, Requisito de soporte hemodinámico con agentes vasoactivos)

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 PaO₂/FiO₂ 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 UTI de pacientes con Prioridad 1. Los pacientes con prioridad 2, al no contar con

área de terapia intermedia, quedarán en sector de clínica médica, con evaluación conjunta con médico intensivista

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

CRITERIOS GENERALES DE EXCLUSIÓN:

1. PACIENTES CON MAL PRONÓSTICO A PESAR DE ADMISIÓN A UTI
2. TRISS CON MORTALIDAD PREDICHA DEL 80%
3. QUEMADURAS SEVERAS EN PACIENTES QUE CUMPLAN 2 CRITERIOS DE LOS SIGUIENTES: >60 AÑOS, 40% DE LA SUPERFICIE CORPORAL TOTAL AFECTADA O LESIÓN POR INHALACIÓN.
4. PARO CARDIORRESPIRATORIO (PCR) NO PRESENCIADO, RITMO NO DESFIBRILABLE O RECURRENTE O UN SEGUNDO PCR EN MENOS DE 72H DEL PRIMERO.
5. DETERIORO COGNITIVO SEVERO.
6. ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR AVANZADA SIN POSIBILIDAD DE TRATAMIENTO.
7. ENFERMEDAD MALIGNA METASTÁSICA CON MAL PRONÓSTICO DE SOBREVIVENCIA A CORTO PLAZO CON METASTÁSICA CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES: ECOG: ≥ 2 , ENFERMEDAD PROGRESIVA O ESTABLE BAJO TRATAMIENTO, RIESGO DE MORTALIDAD $> 50\%$ EN 1 AÑO, TRATAMIENTO EXPERIMENTAL.
8. PACIENTE CON INMUNODEPRESIÓN AVANZADA E IRREVERSIBLE.
9. EVENTO NEUROLÓGICO SEVERO E IRREVERSIBLE (HEMORRAGIA INTRACEREBRAL CON PUNTAJE ICH MODIFICADO DE 3-7, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA CON GLASGOW < 12 , ACCIDENTE CEREBROVASCULAR CON NIHSS ≥ 22
10. ENFERMEDAD NEUROLÓGICA DEGENERATIVA AVANZADA
11. DEMENCIA SEVERA, BRONCOASPIRACIÓN RECURRENTE
12. INSUFICIENCIA ORGÁNICA EN ESTADO AVANZADO O FINAL: O INSUFICIENCIA CARDÍACA NYHA CLASE III O IV O EPOC CON FEV1 $<25\%$, HIPERTENSIÓN PULMONAR SECUNDARIA, FIBROSIS QUÍSTICA CON FEV1 $<30\%$ POST BRONCODILATADOR, FIBROSIS PULMONAR CON TLC $<60\%$, EPOC GOLD 4 O CON FEV1 $<25\%$ O COPD PULMONALE, ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ETAPA V (KDIGO), HIPERTENSIÓN PULMONAR PRIMARIA CON NYHS CLASE III O IV, NECESIDAD DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA A LARGO PLAZO, O FRACASO HEPÁTICO CON CHILD-PUGH SCORE >7 O CIRUGÍA ELECTIVA PALIATIVA.

TRIAJE DURANTE LA ESTANCIA EN LA UTI

Los pacientes en la UTI deben ser evaluados regularmente (al menos cada 48 horas) y por varios profesionales. Si no hay mejora, o un deterioro, en el estado de salud, se debe decidir si el tratamiento continuará o si se debe cambiar el objetivo de este, readecuándose recursos de UTI. Esto también se aplica a todos los demás pacientes (no COVID-19).

ALTA DE UTI	PERMANECE EN UTI POR BUENA RESPUESTA	EN	MALA EVOLUCIÓN/READECUACIÓN DE RECURSOS
Paciente que logra desvinculación de ARM	Si estabilización, mejora de la oxigenación, ó de la disfunción de órganos con estabilización ó mejora de la hemodinamia	hay de la de con ó la	PCR con mal status neurológico post retorno a la circulación espontánea Shock irreversible SOFA en deterioro Sin mejoría en el estado respiratorio o hemodinámico Sin evidencia de respuesta terapéutica

PLAN DE CONTINGENCIA FASE III DE LA PANDEMIA

En el siguiente cuadro se muestra el criterio elegido como guía para la priorización de los pacientes basado en la presencia de fallas orgánicas. Las personas con el puntaje acumulado más bajo recibirían la máxima prioridad para recibir ventilación mecánica y servicios de cuidados críticos. Se debe discriminar positivamente a niños, adolescentes, gestantes y personal de salud.

		PUNTO 1	PUNTO 2	PUNTO 3	PUNTO 4
SALVA LA MAYORÍA DE LAS VIDAS	Pronóstico para supervivencia a corto plazo (Score SOFA)	SOFA < 9	SOFA 9-11	SOFA 12-14	SOFA > 14
SALVA LA MAYOR CANTIDAD DE AÑOS DE VIDA	Pronóstico para supervivencia a largo plazo (evaluación médica de condiciones de comorbilidad)	SIN COMORBILIDAD QUE LIMITE LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO	ASA II	ASA III	ASA IV
PRINCIPIO DEL CICLO DE LA VIDA*	Priorizar a quienes han tenido menos oportunidad de vivir a través de las etapas de la vida (edad en años)	EDAD 0– 49 AÑOS	EDAD 50 – 69 AÑOS	EDAD 70 -84 AÑOS.	EDAD > 85 AÑOS

- *ESTE CRITERIO SE UTILIZARÁ EN CASO DE IGUALDAD DE PUNTAJE EN LA SUMA DE LAS DOS PRIMERAS LÍNEAS

Bibliografía

Guías y Consensos Elaborados por Miembros de la Sociedad Científica.
Sociedad Argentina de Terapia Intensiva . (SATI)

Guías y recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Intensiva,
Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)