

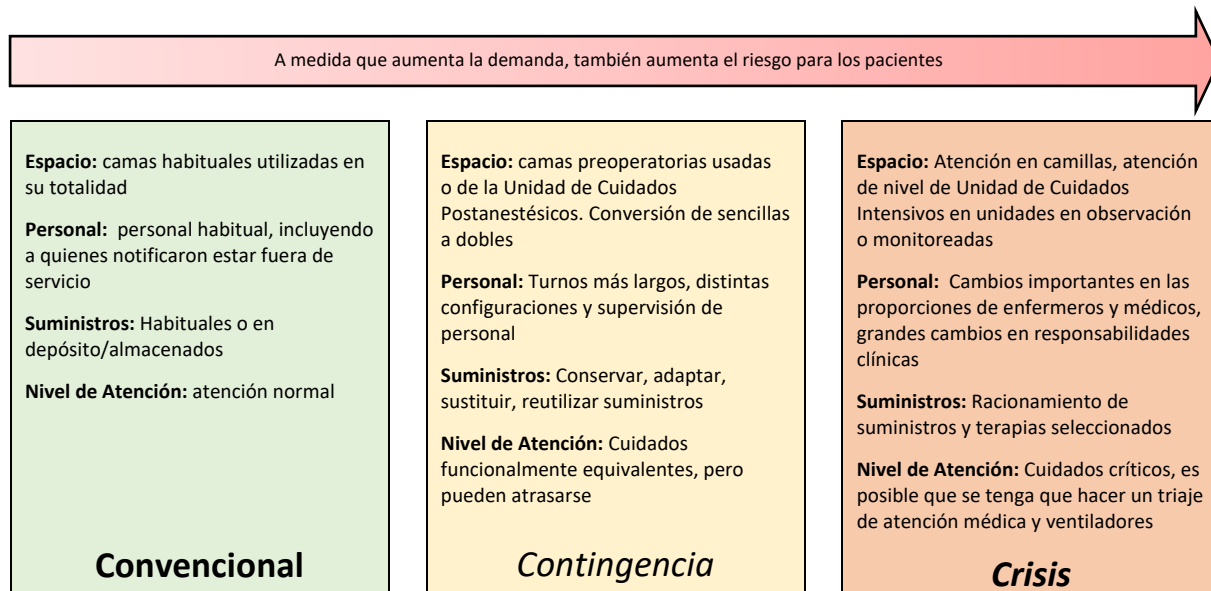
# Asignación de Recursos Limitados para Cuidados Críticos Durante la Emergencia de Salud Pública por COVID-19

El Departamento de Salud Pública de California (California Department of Public Health, CDPH) publicó las [Pautas Continuas de Cuidados ante Crisis de California](#) por la pandemia de SARS CoV-2 para guiar a los hospitales y centros de California en la adaptación de estrategias para incrementar el espacio, el personal y los suministros primordiales para atender a un número mayor de pacientes con COVID-19. Estas Pautas tratan varios temas, entre ellos, un esquema para los hospitales sobre cómo distribuir recursos médicos importantes cuando no hay suficientes para satisfacer las necesidades de todos los pacientes que podrían beneficiarse del tratamiento con dichos recursos.

Estas Pautas se han utilizado en hospitales y sistemas de salud en todo el estado, incluido Kaiser Permanente, para crear planes operativos para los “estándares críticos de atención” que tienen como objetivo salvar la mayor cantidad de vidas posibles durante una emergencia. Los planes operativos de Kaiser Permanente usan el proceso para la asignación de recursos de las [Pautas Continuas de Cuidados ante Crisis de California](#) y siguen las obligaciones éticas, los requisitos antidiscriminación y los procesos de apelaciones puestos en marcha en las [Pautas Continuas de Cuidados ante Crisis de California](#). Kaiser Permanente está en estrecha comunicación con funcionarios de salud pública, autoridades de otro estado y autoridades locales, así como otros centros de cuidado médico en la comunidad para coordinar la partición de recursos disponibles y proporcionar cuidados para el número incrementado de pacientes con coronavirus en nuestras comunidades.

## Preparación para el Aumento de Casos

Kaiser Permanente utiliza el siguiente esquema del CDPH para abordar la preparación para el aumento de casos con el fin de atender al número incrementado de pacientes con coronavirus en nuestros hospitales. A medida que el incremento de pacientes agota los recursos disponibles, los hospitales deben tomar más medidas para adaptar la forma en la que brindan atención de la manera más segura posible con el fin de evitar la necesidad de iniciar estándares críticos de atención y asignar recursos críticos limitados.



## **Asignación de Recursos Limitados**

El proceso de asignación de Kaiser Permanente está basado en las [Pautas Continuas de Cuidados ante Crisis de California](#), incluidos los principios éticos, los requisitos antidiscriminación, el modelo de puntuación y los procesos de apelaciones. Si la emergencia de salud actual crea una demanda de recursos de cuidados críticos (p.ej., ventiladores, camas de cuidados críticos) que sobrepase el suministro disponible, es posible que un hospital de Kaiser Permanente deba poner en práctica estas pautas y lo haría en cooperación total con funcionarios de salud estatales y locales, y de una forma que se adhiera a los métodos sugeridos por el CDPH en las Pautas del estado.

Durante las condiciones de la crisis, un Equipo de Triage ante Crisis usará el mismo esquema de asignación que creó el estado de California en sus Pautas para determinar los grupos prioritarios de todos los pacientes elegibles para recibir recursos limitados de cuidados críticos. Para los pacientes que ya reciben apoyo con un recurso limitado, la evaluación incluirá una nueva evaluación periódica de mejoría o agravamiento clínico. A continuación, se presenta un resumen del proceso que los hospitales de Kaiser Permanente seguirían para asignar recursos limitados en caso de que fuera necesario.

### **1. Esquema Ético:**

Kaiser Permanente seguirá el esquema ético de las [Pautas Continuas de Cuidados ante Crisis de California](#). Estas Pautas tratan de usar principios éticos guía en la toma de decisiones, incluidos los siguientes:

- Obligación de poner en práctica la justicia distributiva (asignación de bienes socialmente justa)
- Obligación de atender: tratar a la gente con dignidad y respeto y tomar decisiones de acuerdo con una evaluación personalizada basada en evidencia médica objetiva
- Obligación de planificar: administrar recursos y promover el valor instrumental
- Obligación de transparencia (en la planificación y en la puesta en práctica)

### **2. Creación de Equipos de Triage ante Crisis**

En Kaiser Permanente, el Administrador del Hospital y el Jefe de Personal en cada hospital designaría a los miembros de los Equipos de Triage ante Crisis. Cada equipo está dirigido por un Responsable de Triage ante Crisis que supervisaría las decisiones de asignación durante la crisis.

Por lo general, el Equipo de Triage ante Crisis estará conformado por un médico, un enfermero o terapeuta respiratorio y un miembro del comité ético del hospital o designado. También se puede incluir miembros adicionales, como un médico de cuidados paliativos, un capellán y un representante de medicina social. Los miembros del Equipo de Triage ante Crisis reciben una capacitación por adelantado para prepararlos para la labor.

### **3. Activación de Estándares de Críticos de Atención**

Cada hospital tiene un Centro de Control que monitorea la disponibilidad de los recursos necesarios para atender a los pacientes durante la pandemia. Estos Centros de Control supervisan las medidas que se toman para administrar los recursos y encontrar recursos adicionales dentro y fuera de Kaiser Permanente, incluidas las medidas de [la Lista de Verificación Previa a la Implementación de las Pautas Continuas de Cuidados ante Crisis de California del CDPH](#). Si hay más pacientes que necesiten un recurso crítico que esté disponible en el hospital y el hospital no puede proporcionar el recurso a todos los pacientes después de agotar las opciones de recursos adicionales a través del estado, los funcionarios locales u otros hospitales, es posible que la directiva del Centro de Control no tenga más opción que implementar los estándares críticos de atención y asignar recursos limitados. Kaiser Permanente notificará al gobierno estatal y local, así como a los departamentos de salud pública y colaborará con ellos para intentar restablecer estos recursos tan pronto como sea posible.

#### 4. Proceso de Asignación de Recursos Limitados para Cuidados Críticos

Solo bajo condiciones de crisis, Kaiser Permanente seguiría sus planes operativos para implementar la evaluación clínica y el proceso de toma de decisiones en las [Pautas Continuas de Cuidados ante Crisis de California](#). El esquema se aplicaría a todos los pacientes con enfermedades o lesiones críticas, no solo a aquellos con COVID-19. Este proceso involucra varias medidas:

- Calcular la puntuación de la Evaluación de Falla Orgánica Secuencial (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA) o SOFA modificada (mSOFA) de cada paciente y asignar un grupo prioritario.
- Determinar todos los días cuántos grupos prioritarios podrán recibir intervenciones de cuidados críticos.
- Volver a evaluar a los pacientes que ya reciben el recurso limitado para evaluar si deberían continuar con el tratamiento.
- Resolver los “empates” dentro de los grupos prioritarios cuando sea necesario.

#### Cálculo de la puntuación de SOFA o mSOFA de cada paciente y asignación a un grupo prioritario

La puntuación de SOFA o mSOFA de cada paciente se calcula como lo describen las [Pautas Continuas de Cuidados ante Crisis de California](#) y se basa en los factores clínicos de la tabla que se muestra a continuación. Los pacientes que tienen más probabilidad de sobrevivir con cuidados intensivos tienen prioridad por encima de los pacientes que tienen menos probabilidad de sobrevivir con cuidados intensivos. Las puntuaciones más bajas indican un mayor beneficio previsto gracias a los cuidados críticos. El sistema de puntuación no usa como factor la edad, raza, incapacidad (incluidas las incapacidades relacionadas con el peso y afecciones médicas crónicas), sexo, orientación sexual, identidad de género, etnicidad (incluidos el país de origen y la lengua hablada), capacidad de pago, peso o talla, estatus socioeconómico, estatus de seguro, autoestima percibida, calidad de vida percibida, estatus migratorio, estatus penitenciario, falta de vivienda ni uso pasado o futuro de recursos. Se evaluará a los pacientes al menos una vez al día para revisar cualquier cambio en su estatus de prioridad.

**Tabla 1. Puntuación de SOFA Escala de SOFA\*\***

Variable	0	1	2	3	4
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> mmHg	> 400	≤400	≤300	≤200	≤100
Plaquetas, x 10 <sup>3</sup> /μL (x 10 <sup>6</sup> /L)	>150 (>150)	≤150 (≤150)	≤100 (≤100)	≤50 (≤50)	≤20 (≤20)
Bilirrubina, mg/dL (μmol /L)	<1.2 (<20)	1.2-1.9 (20-32)	2.0-5.9 (33-100)	6.0-11.9 (101-203)	>12 (>203)
Hipotensión	Ninguna	PAM < 70 mmHg	Dop≤5	Dop > 5 Epi≤0.1 Norepi ≤ 0.1	Dop > 15, Epi > 0.1 Norepi > 0.1
Escala de Coma de Glasgow (GCS) *	15	13-14	10-12	6-9	<6
Creatinina, mg/dL (μmol /L)	<1.2 (<106)	1.2-1.9 (106-168)	2.0-3.4 (169 – 300)	3.5 -4.9 (301- 433)	<5 (>434)

#### Puntuación de la Evaluación de Falla Orgánica Secuencial (SOFA) Escala de SOFA

Dosis de dopamina [Dop], epinefrina [Epi], norepinefrina [Norepi] en ug/kg/min SI unidades en corchetes

Adaptación de: Ferreira FI, Bota DP, Bross A, Melot C, Vincent JL. Evaluación serial de la puntuación de SOFA para predecir el resultado en pacientes gravemente enfermos. JAMA 2001; 286(14): 1754-1758.

\*La Escala de Coma de Glasgow (Glasgow Coma Score, GCS) no debería agregar puntos a la puntuación de SOFA cuando un paciente no puede articular palabras inteligibles, incluso si esta condición se debe a una incapacidad preexistente del habla o a ventilación crónica. Los profesionales clínicos de salud deberían usar el juicio clínico para ajustar las puntuaciones de SOFA a la baja cuando sea apropiado explicar los niveles base de referencia crónicos de deficiencia fisiológica funcional no causada por COVID-19, incluyendo cualquier elevación temporal de una escala o elemento de puntuación causado por la incapacidad del paciente de acceder a un aparato o tratamiento de estabilización que usa normalmente (por ejemplo, una unidad de Presión Positiva Continua de las Vías Respiratorias [Continuous Positive Airway Pressure, CPAP], o Presión Positiva de las Vías Respiratorias de dos Niveles [Bilevel Positive Airway Pressure, BiPAP], diálisis, o medicamentos específicos).

\*\*Es posible usar la SOFA modificada u otra base de puntuación de supervivencia objetiva, validada y no discriminatoria, incluido un sistema de puntuación de COVID específico y validado si alguno se pone a disponibilidad, siempre que el sistema no use como factor la edad, incapacidad u otras características enlistadas en los Puntos Clave.

Como se muestra en la Tabla 2 de las [Pautas Continuas de Cuidados ante Crisis de California](#), los grupos prioritarios se asignan de acuerdo con la puntuación de SOFA o mSOFA de cada paciente, donde el grupo 1 tiene la mayor prioridad y el grupo 4 y la menor para recibir el recurso crítico limitado.

**Tabla 2. Grupo prioritario basado en la puntuación de SOFA**

Principio	Especificaciones	Grupo prioritario			
		1	2	3	4
<b>Estatus Clínica General Actual</b>	Pronóstico de supervivencia aguda (puntuación de SOFA, mSOFA u otra puntuación de gravedad de enfermedad#)	Puntuación de SOFA < 6 O mSOFA < 6	Puntuación de SOFA 6-8 O mSOFA 6-8	Puntuación de SOFA 9-11 O mSOFA 9-11	Puntuación de SOFA ≥ 12 O mSOFA ≥ 12

#SOFA= Evaluación de Falla Orgánica Secuencial (Sequential Organ Failure Assessment); tome en cuenta que una medida diferente y no discriminatoria de fisiología aguda que predice la mortalidad en hospitales podría usarse en lugar de la SOFA, siempre que el sistema no use como factor la edad, incapacidad u otras características enlistadas en Puntos Clave, pero debería dividirse de forma similar en 4 rangos.

\*Las puntuaciones varían de 1 a 4 y a las personas con la puntuación más baja se les daría la mayor prioridad para recibir camas y servicios de cuidados críticos.

Clasificación de pacientes con base en el grupo prioritario			
Grupo Prioritario 1 Mayor Prioridad	Grupo Prioritario 2 Prioridad Intermedia	Grupo Prioritario 3 Prioridad Baja	Grupo Prioritario 4 Menor Prioridad
Prioridad para recibir prueba de recursos limitados por encima de todos los demás grupos.	Recibe prueba de recursos limitados si hay recursos disponibles después de la asignación al Grupo Prioritario 1.	Recibe prueba de recursos limitados si hay recursos disponibles después de la asignación a los Grupos Prioritarios 1 y 2.	Recibe prueba de recursos limitados si hay recursos disponibles después de la asignación a los Grupos Prioritarios 1, 2 y 3.

### Decisiones sobre cuántos grupos prioritarios pueden recibir el recurso limitado.

De acuerdo con el método de las [Pautas Continuas de Cuidados ante Crisis de California](#), los directores y responsables de triaje de los Hospitales de Kaiser Permanente tomarían decisiones al menos dos veces al día sobre qué grupos prioritarios podrán recibir recursos críticos limitados, empezando con el grupo de mayor prioridad. Para tomar estas decisiones, nuestros hospitales evaluarían la disponibilidad de los recursos críticos limitados y los números previstos de pacientes que necesitan esos recursos. A medida que las condiciones mejoren, los pacientes con menor prioridad recibirían intervenciones de cuidados críticos.

### Resolver los “empates” entre pacientes dentro de los grupos prioritarios.

Kaiser Permanente sigue el proceso de las [Pautas Continuas de Cuidados ante Crisis de California](#) para resolver los "empates" entre pacientes dentro de los grupos prioritarios cuando no hay suficientes recursos de cuidados críticos para todos los pacientes de ese grupo. En ese caso, se considerarían todas las afecciones médicas subyacentes y condiciones crónicas avanzadas que limiten el beneficio a corto plazo del tratamiento y la supervivencia. Los pacientes que tengan mayor probabilidad de supervivencia a corto plazo tienen prioridad por encima de aquellos que no son propensos a sobrevivir en un plazo cercano, incluso si sobreviven a la enfermedad crítica aguda. Factores como la edad, la incapacidad o cualquiera de las características de

las [Pautas Continuas de Cuidados ante Crisis de California](#) que no son factores en la puntuación TAMPOCO tienen peso para definir a los individuos propensos a morir en un plazo cercano.

Como se describe en las [Pautas Continuas de Cuidados ante Crisis de California](#), si después de considerar varias comorbilidades aún hay empates dentro de un grupo prioritario, se usaría una lotería (es decir, una asignación al azar) para deshacer el empate.

### **Comunicar las Decisiones de Asignación**

El Equipo de Triage ante Crisis primero informará al médico adjunto del paciente sobre la decisión de asignación y, luego, se informará al paciente y sus familiares o representante(s).

### **5. Proceso de Apelaciones para las Decisiones de Asignación**

Kaiser Permanente sigue el mismo proceso de apelaciones de las [Pautas Continuas de Cuidados ante Crisis de California](#) en el caso de que un paciente, familiar o representante autorizado del paciente o un profesional de atención médica esté en desacuerdo con la decisión de asignación de un individuo. Se usarían diferentes mecanismos de apelaciones para la decisión inicial de asignar o no asignar un recurso limitado entre los individuos y la decisión de retirarle un recurso limitado a un paciente que ya lo recibe. Para la decisión inicial de asignación, se permite que las apelaciones impugnen el cálculo de la puntuación o el uso o la falta de uso de un desempate por parte del Equipo de Triage ante Crisis. En ese caso, el Equipo de Triage ante Crisis verificará la asignación al grupo prioritario al recalcular la puntuación de SOFA o mSOFA y, en caso de que haya un desacuerdo relacionado con el uso de un desempate, analizará si se debería haber usado o no un desempate únicamente con base en la metodología de asignación.

Las decisiones de retirarle un recurso crítico limitado a un paciente que ya lo recibe son más complejas que las decisiones de asignación inicial y se dispone de un proceso de apelación más detallado. Si un paciente o miembro de la familia/representante desea apelar una decisión de retirar un recurso limitado:

- La apelación se llevaría de inmediato a un Comité de Análisis de Triage ante Crisis (Crisis Triage Review Committee, CTRC) independiente del Equipo de Triage ante Crisis. Las personas que apelen la decisión de asignación explicarían su desacuerdo con la decisión. Una apelación puede no estar basada únicamente en una objeción al esquema de asignación en general.
- Cualquier decisión de triaje basada en factores inapropiados bajo las [Pautas Continuas de Cuidados ante Crisis de California](#) (como la edad o incapacidad) debería revocarse y volver a determinarse usando solo la evaluación clínica relevante y personalizada.
- El Equipo de Triage ante Crisis explicaría los fundamentos para la decisión de asignación que se tomó.
- El proceso de apelaciones debe ocurrir lo suficientemente rápido para que el proceso de apelaciones no perjudique a los pacientes que están esperando el recurso limitado.
- Cuando se proponga una decisión de reasignación para un paciente sin capacidad de tomar una decisión médica y el hospital no haya podido comunicarse con un encargado de tomar decisiones por el paciente, el comité de revisión analizará la decisión antes de quitar el recurso.
- La decisión del comité de revisión para un hospital determinado será inapelable.