



7 de enero de 2022

500 Summer St NE E20

Salem OR 97301

Mensajes de voz: 503-947-2340

Fax: 503-947-2341

Herramienta provisional de atención de crisis de Oregon

Principios

En caso de una crisis de salud pública, las demandas sanitarias podrían saturar la capacidad del sistema de salud disponible para brindar la atención de urgencia que todos necesitan. Con un aumento esperado de casos de ómicron por delante que abrumará aún más la capacidad del hospital, el Oregon Health Authority, OHA está brindando esta herramienta provisional de atención de crisis que los hospitales pueden utilizar para priorizar de manera equitativa la atención frente a las limitadas camas de cuidados intensivos, ventiladores y otros recursos que salvan vidas en caso de que sea necesario.

El OHA desarrolló esta herramienta de atención de crisis provisional basada en varias herramientas de priorización existentes, como las publicadas por Arizona, Massachusetts y Washington, y llevó a cabo adaptaciones de acuerdo con los [principios para promover la equidad sanitaria en situaciones con recursos limitados](#) de Oregon.¹ Estos principios incluyen la prohibición de discriminación, la equidad sanitaria, la toma de decisiones liderada por el paciente y la comunicación transparente.

Los hospitales de Oregon pueden activar los estándares de atención de crisis si sus recursos de atención crítica son muy limitados, el número de pacientes que se presentan para atención crítica excede la capacidad y no existe la opción de transferir a los pacientes a otros centros de cuidados intensivos.

Para los hospitales que ya cuenten con una herramienta de atención de crisis relacionada con los escasos recursos de atención crítica, pueden continuar utilizando la herramienta existente siempre que cumpla con los principios descritos en los [Principios para promover la equidad sanitaria en situaciones con recursos limitados](#) y no viole las leyes estatales o federales contra la discriminación, ni ninguna otra ley aplicable.

El aumento de casos de la variante ómicron no da tiempo para la participación sólida, integral y totalmente inclusiva de la comunidad y del sector de la salud que se necesita para establecer una herramienta de priorización más permanente para los hospitales de Oregon. El OHA mantiene su compromiso de continuar con urgencia nuestro trabajo paralelo para cocrear nuevas herramientas para la asignación de recursos escasos con nuestros socios comunitarios y proveedores de atención médica en Oregon, y convocaremos el nuevo Comité Asesor de Asignación de Recursos de Oregon este invierno. Este comité informará las revisiones de los principios del OHA publicados en 2020 y guiará el desarrollo de los recursos que hagan falta para posicionar la equidad sanitaria en el centro de los procesos y las decisiones cuando los recursos del sistema de atención médica sean limitados.

¹ <https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/ls3513.pdf>

Esta herramienta provisional aún no es perfecta y aborda de manera inadecuada la inequidad en la salud, incluso cuando incorpora mejor los principios de equidad en la salud y no discriminación de Oregon en decisiones de priorización difíciles.

Las barreras que presenta el sistema de salud para las comunidades tribales y de color, y las personas con discapacidades, sumadas a la experiencia desproporcionada de afecciones de salud crónicas o subyacentes, se vinculan con desigualdades básicas en el acceso a la atención médica necesaria y libre de prejuicios, a una vivienda digna y segura, a una alimentación y nutrición adecuada, etc. El trabajo por delante del Comité Asesor de Asignación de Recursos de Oregon debe enfocarse específicamente en cómo mejoramos la asignación equitativa de recursos escasos, en donde se reconozca al mismo tiempo las desigualdades fundamentales que comienzan antes del proceso de priorización en el momento de una crisis.

Conceptos: Continuidad de la atención

Según lo descrito por el Instituto de Medicina en 2013², la necesidad de aumentar la capacidad de atención médica en un caso de desastre se produce a lo largo de un continuo basado en la demanda de servicios de atención de la salud y los recursos disponibles. Estos conceptos incluyen lo siguiente:

- **Capacidad convencional.** Los espacios, el personal y los suministros que se utilizan para brindar atención son consistentes con las prácticas diarias dentro de los hospitales. Los espacios y las prácticas de atención clínica que se utilizan en respuesta a la pandemia son adecuados para apoyar una atención clínica equivalente a la atención habitual del paciente.
- **Capacidad de contingencia.** Los espacios, el personal y los suministros utilizados no son consistentes con las prácticas diarias, pero apoyan la atención que es funcionalmente equivalente a las prácticas habituales de atención al paciente. Las alteraciones en el uso de los espacios o prácticas de atención clínica se pueden utilizar temporalmente o de manera más sostenida durante la pandemia (cuando las demandas de casos exceden los recursos de la comunidad).
- **Capacidad de crisis.** La activación de la capacidad de crisis constituye un ajuste significativo a los estándares de atención. Existe una situación de crisis cuando los recursos de cuidados intensivos son severamente limitados, el número de pacientes que se presentan para cuidados intensivos excede la capacidad y no hay opción para trasladarse a otros centros de cuidados intensivos.

Suposiciones

En el caso de una escasez inminente, el OHA trabajará con los hospitales de Oregon para hacer todo lo posible por maximizar la capacidad de todo el sistema de atención médica para brindar la atención necesaria a tantos pacientes como sea posible. Esto se logrará mediante esfuerzos de coordinación para equilibrar la carga de los pacientes en todas las instituciones y la redirección de los recursos críticos a las áreas más afectadas. Se espera que haya una

² Instituto de Medicina 2013. *Crisis Standards of Care: A Toolkit for Indicators and Triggers (Estándares de atención de crisis: un kit de herramientas para indicadores y desencadenantes)*. Washington, D.C.: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/18338>.

coordinación entre los socios de respuesta en todos los niveles (centro, local, regional, estatal y federal) para satisfacer mejor las necesidades de emergencia médica.

Los hospitales de Oregon pueden activar los estándares de atención de crisis si sus recursos de atención crítica son muy limitados, el número de pacientes que se presentan para atención crítica excede la capacidad y no existe la opción de transferir a los pacientes a otros centros de cuidados intensivos.

Antes de la implementación de las recomendaciones de priorización incluidas en este documento, se cumplirán los siguientes supuestos:

- Cada hospital tomará todas las medidas posibles con el fin de ampliar la capacidad para brindar recursos de atención crítica, incluso mediante (a) la acumulación de suministros; (b) el retraso de la atención que no sea de urgencia; (c) la preparación del espacio, el personal y otros recursos que normalmente no se utilizan para la prestación de cuidados críticos para brindar cuidados críticos.
- Cada hospital se habrá coordinado con el OHA, los hospitales de recursos regionales y otros socios de respuesta locales y estatales y los habrá alertado sobre la situación actual.
- Los estándares de atención de crisis (Crisis standards of care, CSC) solo se activan en circunstancias extraordinarias cuando los recursos de atención crítica son muy limitados, el número de pacientes que se presentan para atención crítica excede la capacidad y no existe la opción de transferirlos a otros centros de cuidados intensivos.

Cuando un hospital ha cumplido con todos los supuestos anteriores con respecto a la necesidad de los CSC y se han agotado todas las demás opciones, los hospitales pueden y deben activar una herramienta de atención de crisis para priorizar los recursos de atención crítica. Los hospitales deben informar al OHA que se han activado los CSC y deben hacer público que se están utilizando herramientas de crisis y hacer que esta herramienta que están utilizando esté disponible a pedido.

El público necesitará tener acceso a información actualizada, precisa y transparente sobre el uso de los CSC, así como también debe tener acceso a cualquier instrucción relevante sobre cómo se puede buscar mejor acceso a la atención durante el caso de desastre.

Debe evaluarse continuamente la necesidad de utilizar una herramienta de atención de crisis de manera continua y la priorización debe suspenderse de inmediato una vez que los recursos críticos ya no sean escasos.

Guía para la atención de crisis: Introducción

Si los recursos son suficientes, se ofrecerán terapias a todos los pacientes que puedan beneficiarse potencialmente de estas. Si los recursos son insuficientes, todos los pacientes serán evaluados de manera personalizada de acuerdo a los datos médicos objetivos más adecuados que se tengan a disposición.

- Las decisiones sobre la atención médica deben basarse en la probabilidad de sobrevivir que un paciente tiene una vez que recibe el alta hospitalaria.

- No se le negará la atención a nadie en función de los estereotipos, las suposiciones sobre la calidad de vida de cualquier individuo o la opinión sobre el “valor” de un individuo basado en la presencia o ausencia de discapacidades.

Puede que el uso de los recursos médicos o sociales pasados o futuros que haga un individuo no sea un factor en las decisiones sobre la atención médica. Se deben llevar a cabo modificaciones razonables siempre que cumpla con cualquier criterio de calificación de priorización para tener en cuenta a las personas con discapacidades subyacentes. También se pueden requerir otras modificaciones razonables necesarias para garantizar la igualdad de acceso al tratamiento para los pacientes con discapacidades.

Todos los pacientes, independientemente de la disponibilidad de recursos, serán tratados con respeto, cuidado y compasión. Las decisiones de priorización se tomarán sin tener en cuenta las consideraciones moral o científicamente irrelevantes, como el estado socioeconómico, la raza, la etnia, la identidad de género, la orientación sexual, el origen nacional, el estado de inmigración, la orientación religiosa, el estado parental, la capacidad para pagar, la cobertura del seguro, la discapacidad, la condición de veterano, la información genética, la calidad de vida percibida, la intensidad/duración de los recursos, el valor social percibido o únicamente en función de la edad.

Las decisiones de priorización no pueden utilizar criterios de exclusión categóricos basados en ninguno de los factores enumerados anteriormente. Más bien, las decisiones deben determinarse mediante una evaluación individual de acuerdo a los datos médicos objetivos más adecuados. Como parte de cualquier evaluación, se deben proporcionar modificaciones razonables, artículos y servicios auxiliares y servicios de interpretación de idiomas cuando sea necesario para garantizar el acceso a la atención médica.

Si el tiempo lo permite, los hospitales que han alcanzado niveles de capacidad de contingencia o crisis y enfrentan escasez de recursos (camas de hospital, camas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ventiladores, máquinas de diálisis, etc.) deben trabajar con otros centros para ver si estos recursos están disponibles en otros lugares. Si el tiempo no lo permite o si otros centros cuentan con pocos recursos críticos, se deben utilizar los protocolos de priorización como los que se describen en este documento.

Preferencias de atención al paciente

Antes y durante la implementación de los CSC, se deben hacer todos los esfuerzos para determinar los objetivos de atención y preferencias de tratamiento del paciente. Es imperativo saber si las intervenciones agresivas como la hospitalización, la admisión en la UCI o la ventilación mecánica cumplen con las preferencias del paciente.

Si un paciente tiene la capacidad para tomar decisiones y se niega a un tratamiento de soporte vital, o ya informó su deseo de negarse este, se deberá respetar dicha decisión en la medida de lo posible, dadas las decisiones de priorización que deben tomarse. Los pacientes y sus familias no deben ser empujados ni presionados para que acepten retirar, retener o suspender los tratamientos de soporte vital. A todos los pacientes hospitalizados se les debe preguntar si tienen directivas anticipadas relacionadas a los documentos de atención médica, órdenes portátiles de tratamiento de soporte vital (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST)³, cuáles son sus objetivos de atención, y se les debe recomendar enfáticamente

³ <https://oregonpolst.org>

designar a un representante que tome decisiones (por ejemplo, un representante de atención médica o una persona que tenga un poder legal de tiempo indefinido para la atención médica) si no lo ha hecho anteriormente.

El apoyo para la toma de decisiones se utilizará para pacientes con capacidad limitada o baja para tomar sus propias decisiones sobre su salud. Esto permitirá que los pacientes con discapacidad identifiquen personas de apoyo que ayuden a la persona con discapacidad a comprender, considerar y comunicar decisiones, lo que le brinda al paciente con discapacidad las herramientas para tomar sus propias decisiones informadas.⁴

Los proveedores deben tener cuidado de no presionar a los pacientes o sus familias a que tomen decisiones de planificación de la atención avanzada debido a las percepciones de la calidad de vida o el valor relativo, ni exigir que los pacientes acepten una decisión de planificación de la atención avanzada en particular para continuar recibiendo los servicios del centro. Si los documentos de planificación de la atención avanzada están vigentes y disponibles, el proveedor de atención médica debe verificar que los objetivos de atención del paciente y las preferencias de tratamiento sigan siendo los mismos. Las órdenes médicas y los documentos de planificación de la atención avanzada deben actualizarse si los deseos de tratamiento del paciente han cambiado.

Equipo de priorización de los CSC

El hospital debe designar un equipo de priorización de los CSC con el fin de implementar las determinaciones de asignación de recursos de cuidados intensivos. Aquellos que actúan como representantes del equipo de priorización no deben cuidar al paciente que se está evaluando, a no ser que esta se vuelva una condición imposible de cumplir dada la capacidad de personal del hospital. El personal de priorización debe abstenerse de participar en las determinaciones de priorización para los pacientes que están tratando ellos mismos, a menos que no exista otra opción. Cuando sea posible, se recomienda que el equipo de priorización de los CSC de un hospital esté compuesto por las siguientes personas:

- Dos o tres médicos de alto nivel con experiencia en priorización (por ejemplo, en cuidados intensivos, medicina de emergencia, cirugía de trauma, etc.). Esto debe incluir al menos un médico y un personal de enfermería. Estos profesionales de la salud deben tener una licencia y participar activamente en su campo.
- Un especialista en ética médica con experiencia y capacitación como consultor de ética en la atención médica.
- Un experto en diversidad, equidad e inclusión.
- Un asistente administrativo para registrar todas las decisiones del equipo de priorización y mantener los registros y documentos necesarios.

Con el fin de mitigar mejor el sesgo implícito, en la mayor medida posible, cada hospital debe tener un grupo de oficiales de priorización y un equipo de priorización que refleje adecuadamente la diversidad de la población de pacientes atendida por el hospital en términos de datos demográficos como la raza, la etnia, la discapacidad, el idioma preferido, la orientación sexual y la identidad de género. Se debe hacer todo lo posible para formar un

⁴ SB 1606/OAR 333-505-0033

equipo que refleje la diversidad de la comunidad y la población a la que atiende el hospital. La diversidad entre los oficiales de priorización tiene como objetivo promover la equidad en la salud y mitigar la perpetuación de las disparidades de salud en la asignación de recursos.

Los miembros del equipo de priorización de un hospital que tengan la responsabilidad de determinar la asignación de recursos escasos también deben estar capacitados en cuanto al sesgo implícito y el antirracismo. Si el personal que cuenta con esta capacitación no está disponible de inmediato, se debe capacitar a los miembros del equipo de priorización lo antes posible.

Proceso de clasificación para la asignación de recursos de cuidados intensivos

Cuando se implementen los CSC, los proveedores asignarán calificaciones de prioridad para todos los pacientes que requieran ser atendidos en una UCI (por ejemplo, pacientes con hipotensión, que requieran soporte ventilatorio, que tengan otras necesidades compatibles con la atención en una UCI). Estos protocolos de priorización deben aplicarse a todas las personas, incluidos los pacientes con COVID-19 y sin COVID-19, independientemente de la edad, el estado de discapacidad u otros factores externos. Todas las personas deben incluirse y evaluarse en el mismo grupo de priorización de personas que requieren tratamiento en entornos de cuidados intensivos.

- Las evaluaciones deben individualizarse para cada paciente de acuerdo a los datos médicos objetivos más adecuados y relevantes que se tengan a disposición. A la hora de considerar el diagnóstico, la consideración relevante se refiere al episodio agudo y la restauración a la situación inicial del paciente y no debe incluir consideraciones sobre la posibilidad de supervivencia a largo plazo del paciente o la intensidad de los recursos/duración de la necesidad.
- En el raro caso de que las tablas de referencia proporcionadas no capturen un elemento importante para determinar el diagnóstico, los proveedores pueden considerar elementos adicionales en los casos en que la priorización (las calificaciones) sea igual o no pueda determinarse debido a la falta de datos clínicos.
- Después de presentar la información clínica pertinente a los criterios de priorización únicamente, los proveedores de tratamiento serán rechazados y los oficiales de priorización tomarán una decisión con respecto a la asignación de recursos escasos; por ejemplo, iniciar, continuar o suspender un recurso escaso en particular. Los proveedores de tratamiento no tomarán decisiones para retener o retirar las intervenciones de soporte vital en situaciones de CSC siempre que haya un oficial de priorización independiente o un consultor de ética disponible o a menos que lo permita el Estatuto Revisado de Oregon (Oregon Revised Statute, ORS) 127.635.
- Los proveedores de tratamiento pueden tomar decisiones para retener o retirar el soporte vital en función de los objetivos de las conversaciones relacionadas a la atención a través de la toma de decisiones compartida con el paciente y la familia. Esto cumple con la práctica convencional.

Calificaciones de prioridad

Las calificaciones de prioridad se calculan para los adultos mediante un sistema de puntos basado en el puntaje para la Evaluación de Fallo Orgánico Secuencial (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA) o para la Evaluación de Fallo Orgánico Secuencial modificada (Modified Sequential Organ Failure Assessment, mSOFA) para evaluar la supervivencia luego del alta hospitalaria según lo determinado de acuerdo a los datos médicos objetivos más adecuados que se tengan a disposición. Se deben realizar modificaciones para las personas con enfermedad renal crónica como se describe a continuación.

Para los pacientes pediátricos, se debe utilizar una herramienta de diagnóstico apropiada para la edad (por ejemplo, la calificación pediátrica logística de disfunción orgánica, versión 2 [Pediatric Logistic Organ Dysfunction-2, PELOD-2] para niños, la Calificación de Fisiología Aguda Neonatal-II/Extensión Perinatal II [Score for Neonatal Acute Physiology and SNAP Perinatal Extension, SNAPPE-II] para recién nacidos a término y la Herramienta de resultados del instituto Nacional de la Salud Infantil y Desarrollo Humano para partos extremadamente prematuros [National Institute of Child Health and Development Outcomes Tool for extremely preterm births, NICHD-OT] para recién nacidos prematuros). Consulte la sección de consideraciones pediátricas a continuación.

También se deben realizar modificaciones razonables a cualquier instrumento de evaluación cuando sea necesario para garantizar que la calificación de prioridad final sea precisa para su uso con pacientes con discapacidades subyacentes, y que las características inherentes de la discapacidad que no están relacionadas con el riesgo de mortalidad a corto plazo no empeoren la calificación del paciente. El uso de una rúbrica de calificación pediátrica específica, como el PELOD-2, puede ser una modificación razonable para pacientes con una discapacidad (por ejemplo, sordera, limitaciones cognitivas o de movilidad).

Todos los pacientes serán elegibles para recibir camas y servicios de cuidados críticos independientemente de su calificación de prioridad, pero los recursos de cuidados críticos disponibles se asignarán de acuerdo con la calificación de prioridad, de modo que la disponibilidad de estos servicios determinará cuántos pacientes recibirán cuidados críticos.

Pasos para calcular las calificaciones de prioridad

Paso 1: Determinar el pronóstico de supervivencia hospitalaria:

- a. Evaluar el grado de disfunción de los órganos según lo medido o informado por SOFA, mSOFA (Tabla A) o la herramienta de pronóstico apropiada para la edad (por ejemplo, PELOD-2 para niños, SNAPPE-II para recién nacidos a término y NICHD-OT para recién nacidos prematuros). También puede considerar otras herramientas validadas para circunstancias especiales según corresponda, por ejemplo, la calificación de prioridad en función del mecanismo, la escala de coma de Glasgow, la edad y la presión arterial para predecir la mortalidad en pacientes con traumatismos (Mechanism, Glasgow Coma Scale, age, and arterial pressure triage score to predict mortality in trauma patients, MGAP).
- b. Ajustar la calificación de la mSOFA o SOFA para pacientes con enfermedad renal crónica (ver más abajo).
- c. Evaluar la necesidad de modificaciones razonables para las personas con discapacidades subyacentes (consulte a continuación).

Paso 2: Asignar una calificación de prioridad según el pronóstico de supervivencia hospitalaria:

- d. Aplique la calificación de prioridad de acuerdo con la Tabla **B** y a los datos médicos objetivos más adecuados que se tengan a disposición.
- a. **PAUSE** y revise la calificación para determinar la coherencia clínica y los posibles sesgos; fomentar la participación del equipo multidisciplinario de priorización durante esta revisión.
- b. Si parte de la información que se usa normalmente para determinar el pronóstico de supervivencia hospitalaria no está disponible de inmediato, se requerirá juicio clínico o se harán modificaciones razonables a las herramientas de evaluación.
- c. Considere los signos clínicos que indican que el paciente se encuentra en la fase de muerte definitiva.
- d. Si la calificación de prioridad basada en herramientas de pronóstico como mSOFA/SOFA no es clínicamente consistente, ajuste la calificación según sea necesario, con información del equipo multidisciplinario de priorización y teniendo en cuenta los posibles sesgos.

Paso 3: Confirmar y comunicar la calificación de prioridad. Los pacientes con los puntos más bajos recibirán la máxima prioridad para recibir recursos de cuidados críticos.

Paso 4. Si un paciente cumple con los criterios de admisión a la UCI pero recibe una prioridad más baja debido a los escasos recursos de cuidados críticos, el paciente será incluido en una lista de espera de la UCI y será admitido en el piso para recibir atención continua. A medida que los recursos estén disponibles, se volverá a evaluar su situación clínica y se volverá a clasificar su priorización según los criterios descritos en los pasos 1 a 3.

Consulte el Diagrama 1 para ver una ilustración del algoritmo de los CSC.

Tabla A: Herramienta de evaluación de fallo orgánico secuencial modificada (mSOFA)

Sistema de órganos	0	1	2	3	4
Respiratorio SpO ₂ /FiO ₂	>400	≤400	≤315	≤235	≤150
Hígado	Sin ictericia o ictericia escleral			ictericia o ictericia escleral	
Cardiovascular, hipotensión	Sin hipotensión	Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA) <70 mm Hg	dopamina ≤5 o dobutamina cualquier dosis	dopamina >5 epinefrina ≤0.1 noradrenalina ≤0.1	dopamina >15 epinefrina >0.1 noradrenalina >0.1
Sistema nervioso central, escala de coma de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal, Creatinina mg/dL	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9	>5.0

Tabla B. Diagnóstico de supervivencia hospitalaria mediante calificación de la mSOFA

Puntos				
1	2	3	4	5
mSOFA <6 o >80 % de supervivencia prevista	mSOFA 6-9 o 60-80 % de supervivencia prevista	mSOFA 10-12 o 40-60 % de supervivencia prevista	mSOFA >12 o 20-40 % de supervivencia prevista	fase de muerte definitiva o <20 % de supervivencia prevista

Los pacientes con los puntos más bajos recibirán la máxima prioridad para recibir recursos de cuidados críticos.

Ajuste a SOFA/mSOFA para pacientes con enfermedad renal crónica.

El uso de la calificación SOFA/mSOFA tiene el potencial de agravar las desigualdades estructurales existentes en la salud.⁵ Por ejemplo, el uso de la calificación SOFA/mSOFA tendrá un tremendo impacto negativo en los pacientes con enfermedad renal crónica, que son, en desproporción, personas de color y quienes a su vez han sido impactados desproporcionadamente por el COVID-19. En un esfuerzo por mitigar este efecto, **a cualquier paciente que se sepa que tiene una enfermedad renal crónica se le asignará no más de 2 puntos en la calificación SOFA o mSOFA para niveles elevados de creatinina.**

Adaptaciones razonables con el uso de SOFA/mSOFA en pacientes con discapacidades.

La escala de coma de Glasgow, una herramienta para medir la gravedad de la lesión cerebral aguda en la SOFA/mSOFA, agrega puntos a la clasificación de la SOFA mSOFA cuando un paciente no puede articular palabras inteligibles, incluso si esta condición se debe a una discapacidad del habla preexistente o ventilación crónica. Las personas con discapacidades que experimentan niveles iniciales de discapacidad antes del episodio de atención aguda deben recibir adaptaciones razonables en el proceso de calificación con el fin de no aumentar las calificaciones de la SOFA/mSOFA para los fines de este protocolo, a menos que se crea que esas condiciones tienen un impacto directo y sustancial en la probabilidad de supervivencia de la enfermedad aguda con tratamiento del individuo.

Además, a los pacientes con discapacidades de comunicación o dominio limitado del inglés se les debe ofrecer acceso completo a servicios de intérpretes de atención médica calificados y certificados y, si se indica, tecnología de asistencia u otras adaptaciones razonables para completar la evaluación de manera apropiada y objetiva. Para algunos pacientes con discapacidades de comunicación significativas, un hospital debe asegurarse de que sus personas de apoyo identificadas u otros miembros del equipo de atención del paciente (por ejemplo, un miembro de la familia o un asistente de atención al paciente personal [Patient care assistant, PCA]) estén presentes junto a la cama con la capacitación de seguridad adecuada y

⁵ Schmidt H, Roberts DE, Eneanya ND. Rationing, racism and justice: advancing the debate around 'colourblind' COVID-19 ventilator allocation (Racionamiento, racismo y justicia: avanzamos en el debate sobre la asignación de ventiladores para pacientes con COVID-19 “sin tener en cuenta su color”) [publicado en línea antes de la impresión, 6 de enero de 2021]. J Med Ethics. 2021; medethics-2020-106856. doi:10.1136/medethics-2020-106856

el equipo de protección personal (personal protective equipment, PPE), según requerido por la ley de Oregon.

Evaluaciones personalizadas

Si bien los sistemas de calificación fisiológica como la SOFA y mSOFA están diseñados para predecir los resultados de ciertos grupos, cada decisión de calificación debe basarse en una evaluación personalizada de la naturaleza y gravedad de la enfermedad o lesión aguda, incluida un historial detallado, un examen físico y el uso adecuado de estudios auxiliares y consulta clínica que no incluya la exclusión automática de pacientes con condiciones de salud crónicas pero estables.

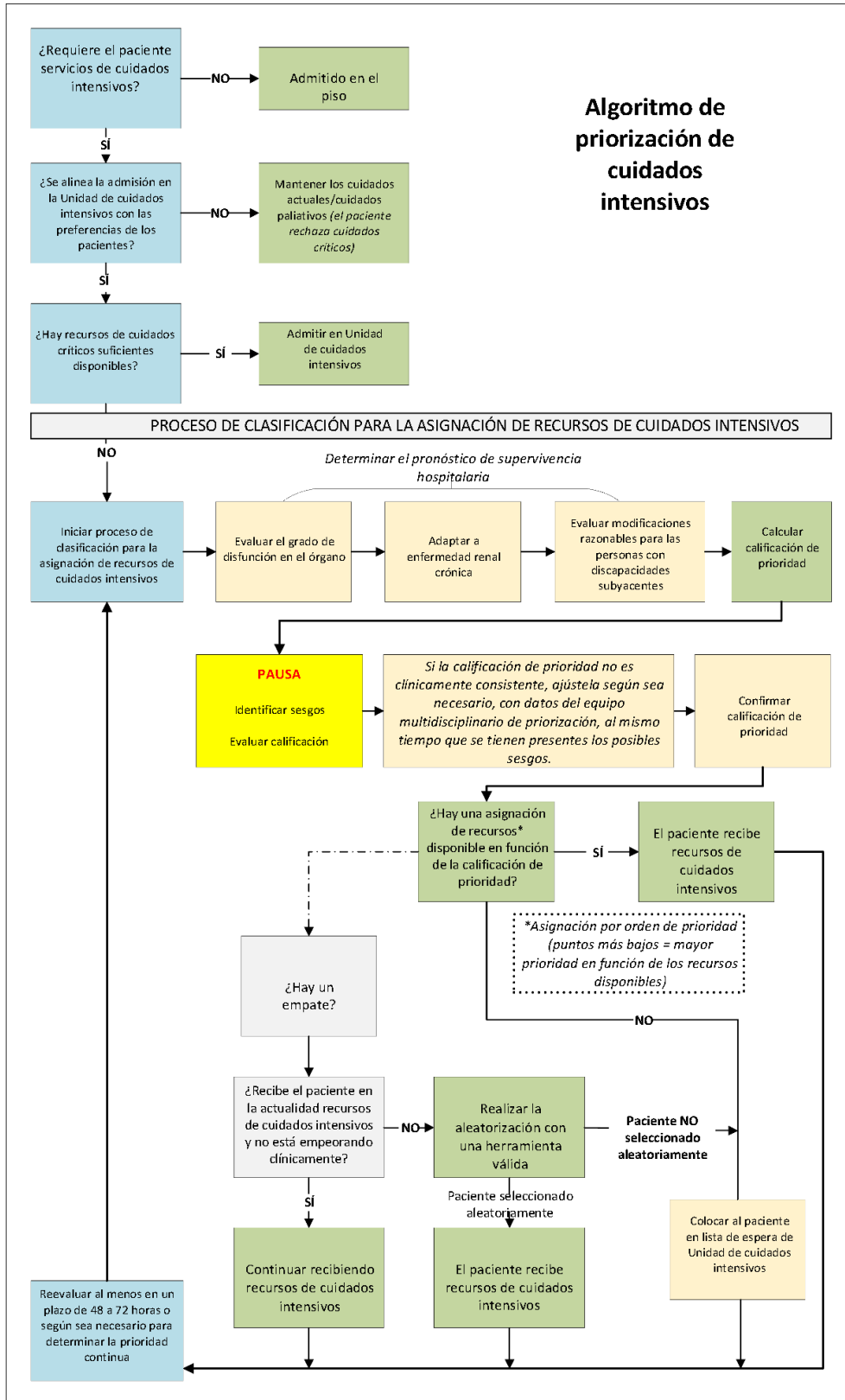
Antes de continuar con este proceso de clasificación, es importante tener en cuenta que hay algunas personas que probablemente experimentarán la muerte inmediata o casi inmediata a pesar de la terapia agresiva, de modo que durante la atención convencional los médicos no brindan servicios de atención crítica (por ejemplo, hemorragias intracraneales masivas no susceptible de intervención quirúrgica, shock intratable a pesar del tratamiento). Durante una emergencia de salud pública, los profesionales de la salud deben seguir haciendo esos mismos juicios sobre la idoneidad médica de los servicios de cuidados intensivos a través los criterios que utilizan durante la atención convencional.

Nota sobre pacientes con ventilación crónica

Cuando se admite a un paciente con ventilación crónica que utiliza su propio ventilador (no hospitalario), seguirá recibiendo ventilación a través ese ventilador que se considera propiedad personal. Mientras reciban ventilación a través de su ventilador personal, los pacientes estarán exentos del proceso de priorización cuando los ventiladores sean el recurso escaso que requieran ser priorizados. Bajo ninguna circunstancia se “reasignará” el ventilador personal de un paciente a otro paciente. Lo mismo ocurre con otros equipos médicos duraderos que utiliza el paciente y que no pertenecen al hospital.

Sin embargo, si el estado respiratorio de un paciente con ventilación crónica cambia y necesita recibir ventilación a través de un nuevo ventilador proporcionado por el hospital, el paciente será incluido para evaluación y asignación de recursos si existe un protocolo de priorización para los CSC. Si esto ocurre, el ventilador personal de ese paciente seguirá siendo propiedad personal y no estará sujeto a reasignación involuntaria.

Diagrama 1. Algoritmo de priorización de cuidados intensivos



Proceso de resolución de igualdad de prioridad (desempate)

Una vez que se ha clasificado a los pacientes según su calificación de prioridad, aún podría surgir una situación en la que dos o más pacientes con las mismas calificaciones de prioridad necesiten recursos limitados.

Si uno de los pacientes con una calificación de prioridad igual ya está recibiendo el recurso, el recurso debe permanecer con el paciente siempre que el paciente no esté empeorando clínicamente.

En otros casos de un empate de prioridad final para el mismo recurso escaso, la asignación debe realizarse de forma aleatoria con una herramienta válida.

Nota: El OHA es consciente de que otros estados y algunos hospitales de Oregon consideran factores adicionales durante las situaciones de priorización o desempate, incluidos, entre otros, el estado de embarazo y el índice de privación de zona de un paciente.⁶ El OHA ha optado por no recomendar específicamente estos factores hasta que puedan ser discutidos más a fondo en un proceso más inclusivo como parte de las deliberaciones del Comité Asesor de Asignación de Recursos de Oregon.

Las decisiones de tratamiento no deben incluir la consideración de supervivencia a largo plazo, los juicios de calidad de vida, el uso pasado o futuro de recursos médicos o sociales, la intensidad de recursos o la duración de la necesidad de recursos.

Priorización continua

Las calificaciones de prioridad deben recalcularse a intervalos regulares (es decir, al menos cada 48 a 72 horas). Esto no significa necesariamente que la atención al paciente vaya a cambiar; esto es para permitir que los médicos que están tratando a los pacientes y los oficiales de priorización estén al tanto del estado de cada paciente y para que el Comando de Incidentes del hospital esté al tanto de los recursos locales en relación con la demanda.

1. Si un paciente individual que recibe recursos escasos desarrolla una afección que afectaría drásticamente su calificación de prioridad, se puede redeterminar la prioridad de ese paciente individual.
2. No se reasignará a un paciente una calificación de prioridad más baja simplemente porque continúe necesitando un recurso escaso, como un ventilador. Siempre que el curso clínico no empeore de manera drástica (por ejemplo, el desarrollo de una complicación devastadora) y el médico que lo trata considere que el uso continuo del recurso escaso está médicamente indicado, el recurso no se reasignará. El médico que trata al paciente no puede invalidar al oficial de priorización. La información clínica emergente sobre las infecciones por COVID-19 indica que algunos pacientes requieren ventilación prolongada; la información nueva podría cambiar los tratamientos o las terapias actuales para esta infección nueva e incompletamente caracterizada. Este documento no pretende interferir con esa necesidad o con el juicio clínico con respecto al tratamiento en curso.
3. En intervalos regulares, los casos deben ser revisados sistemáticamente por un oficial de priorización o un equipo que no sea el que tomó la decisión original para garantizar la coherencia, la imparcialidad y el cumplimiento del proceso.

⁶ <https://www.neighborhoodatlas.medicine.wisc.edu/>

Solicitud para reevaluar casos de pacientes

Cualquier médico, por su propia cuenta o por solicitud del paciente, la familia o el defensor del paciente, puede presentar una solicitud para que se reevalúe la determinación de la priorización del paciente de los CSC. Las solicitudes deben limitarse a preocupaciones sobre si la calificación de prioridad de un paciente individual es precisa. La solicitud de reevaluación debe presentarse por escrito.

Para revisar el caso, se debe designar a uno o más oficiales de priorización que no estén involucrados en la decisión original o a un equipo de apelaciones separado. Dependiendo de la urgencia del evento médico (es decir, si no hubo un aviso o este fue prolongado), se entiende que este proceso puede ser retrospectivo. Sin embargo, si el evento es más prolongado y los posibles resultados del paciente pueden verse afectados, entonces se deben implementar procesos que permitan una decisión lo suficientemente rápida.

Las decisiones finales para cualquier solicitud de reevaluación de un caso de paciente específico deben estar por escrito, con fecha y hora correspondiente, e incluir toda la documentación de respaldo.

Recopilación de datos

Para evaluar retrospectivamente el potencial de que este proceso de priorización pueda agravar las inequidades en salud y con el fin de informar actualizaciones futuras, el hospital debe recopilar los siguientes datos para cualquier paciente que se someta a consideración y priorización para la asignación de recursos escasos. Cabe destacar que los datos demográficos no deben compartirse con el equipo de calificación para evitar posibles sesgos en la toma de decisiones sobre la asignación de recursos. Estos datos deben recopilarse por separado a través de procesos administrativos.

Datos que se deben incluir para la recopilación:

- Número de historial médico del paciente.
- Nombre y ubicación del hospital.
- Fecha de nacimiento
- La orientación sexual y la identidad de género del paciente, si se conocen.
- Datos sobre la raza, el grupo étnico, el idioma y la discapacidad del paciente (de acuerdo con los requisitos de la Recopilación sobre la raza, el grupo étnico, idioma y discapacidad [Race, Ethnicity, Language, Disability data collection, REALD]⁷).
- Si en el momento de ingresar al hospital, el paciente estaba usando un ventilador personal u otro equipo o recursos de tratamiento médico personal.
- Dirección del hogar, si no tiene un hogar o si se desconoce.
- Las preferencias de atención del paciente, documentadas en una directiva avanzada, órdenes portátiles de tratamiento de soporte vital (POLST) o comunicadas por un representante de atención médica, una persona de apoyo o un miembro de la familia.

⁷ <https://www.oregon.gov/oha/PH/DISEASES/CONDITIONS/COMMUNICABLEDISEASE/REPORTINGCOMMUNICABLEDISEASE/Pages/REAL-D-Collection-Toolkit.aspx>

- Priorización y resultado clínico

Comunicación transparente

La transparencia y una comunicación eficaz y clara con el público y los pacientes siempre es importante pero especialmente ahora durante una crisis de salud pública. El acceso a la información de atención médica necesaria salva vidas y las personas no pueden verse perjudicadas al momento de recibir información sobre salud comprensible y oportuna debido a su idioma, cultura o acceso a la tecnología y otros apoyos.

La transparencia exige que el público esté informado cuando los estándares de atención de crisis se activan. El público debe contar con información actualizada y transparente sobre los planes del sistema de salud para la atención de crisis, que incluye cómo los recursos se asignarán de manera diferente a los estándares convencionales de atención, y cuándo se activan los CSC.

Dentro del sistema de atención médica, se debe comunicar de manera transparente y oportuna a todos los pacientes o a las personas autorizadas a tomar decisiones en su nombre cuando el hospital se enfrente a limitaciones de recursos, incluida la naturaleza de las limitaciones y cómo se decidirá la asignación de los recursos. Toda decisión relacionada con la asignación de recursos (p. ej. la elegibilidad para utilizar un respirador o recibir un nivel de atención de la unidad de cuidados intensivos) debe comunicarse claramente a los pacientes o a la persona autorizada, y documentarse. Los hospitales deben proporcionar a todos los pacientes información sobre cómo comunicarse con el coordinador de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA) o el defensor de pacientes del hospital.

Toda comunicación emitida durante una emergencia de salud pública debe realizarse de una manera que responda culturalmente y sea lingüísticamente accesible, y que satisfaga las necesidades de las personas con discapacidades intelectuales, de desarrollo y de otro tipo. Esto puede incluir, entre otros, brindar una comunicación eficaz mediante intérpretes calificados, ofrecer mensajes de emergencia en un lenguaje sencillo y en los idiomas utilizados de manera más frecuente, usar múltiples formatos como audio, letra grande, y subtítulado, proporcionar acceso a las personas de apoyo que el paciente elija que pueden garantizar una comunicación eficaz, y garantizar sitios web que brinden información de emergencia accesible para personas con discapacidades según lo exigen las leyes de derechos civiles federales.

Consideraciones pediátricas

La priorización de recursos escasos para pacientes pediátricos es un proceso similar al de priorización para adultos. El equipo de priorización debe incluir médicos con experiencia en atención pediátrica de acuerdo con la ética clínica.

Una modificación razonable del PELOD-2 o los instrumentos clínicos pediátricos similares puede ser una adaptación necesaria para los pacientes pediátricos con una discapacidad. Para pacientes con discapacidades del habla preexistentes o discapacidades que afectan la motricidad, esto puede resultar en una calificación de PELOD-2 más alta incluso en casos en los que la discapacidad del paciente no es relevante para el riesgo de mortalidad a corto plazo. En tales circunstancias, se deben realizar modificaciones razonables al PELOD-2 o los instrumentos clínicos similares a dichas herramientas para garantizar que las características inherentes de la discapacidad que no están relacionadas con el riesgo de mortalidad a corto plazo no empeoren la calificación del paciente.

El proceso de priorización, la priorización en curso, la revisión y las apelaciones son similares a los de los adultos. Una vez que un paciente está en la UCI, debe ser reevaluado regularmente (como los adultos) para determinar la necesidad continua de atención en la UCI o cualquier condición que se desarrolle y que afecte drásticamente su calificación de prioridad.

Si los pacientes pediátricos requieren el mismo recurso y tienen la misma calificación de prioridad, la asignación debe realizarse de forma aleatoria con una herramienta válida.

Siglas

COVID-19: Enfermedad del coronavirus 2019

CSC: Estándares de atención en caso de crisis

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

MGAP: Calificación de prioridad en función del mecanismo, la escala de coma de Glasgow, la edad y la presión arterial para predecir la mortalidad en pacientes con traumatismos

mSOFA: Herramienta de evaluación de fallo orgánico secuencial modificada

NICHD-OT: Herramienta de resultados del instituto Nacional de la Salud Infantil y Desarrollo Humano para partos extremadamente prematuros

OHA: Oregon Health Authority

Asistente para el cuidado personal (Personal Care Attendant, PCA): Asistente de atención al paciente

PELOD-2: Calificación pediátrica logística de disfunción orgánica, versión 2

POLST: Orden portátil de tratamiento de soporte vital

PPE: Equipo de protección personal

REALD: Recopilación sobre la raza, grupo étnico, idioma y discapacidad

SNAPPE-II: Calificación de Fisiología Aguda Neonatal y extensión perinatal

SOFA: Herramienta de evaluación de fallo orgánico secuencial

Agradecimientos

El OHA desea agradecer a los estados cuyas pautas de los CSC y herramientas de priorización fueron útiles a la hora de informar el enfoque del OHA. Los enlaces a las pautas y herramientas se encuentran a continuación:

Arizona: <https://www.azdhs.gov/covid19/documents/healthcare-providers-sdmac/covid-19-addendum.pdf>

Massachusetts: <https://www.centerforpublicrep.org/wp-content/uploads/crisis-standards-of-care-guidance-10-20-2020.pdf>.

Washington: <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/821-151-CSC-TT-guidebook.PDF>.

Accesibilidad a los documentos: para las personas con discapacidades o personas que hablan un idioma que no es inglés, el OHA puede proporcionar información en formatos alternativos, como traducciones, letra grande o braille. Comuníquese con la Unidad de comunicaciones del COVID-19 al 1-971-673-2411, TTY: 711, o por correo electrónico a COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us