

RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE ÉTICA PARA LA ASISTENCIA SANITARIA (CEAS) PARA LA TOMA DE DECISIONES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

1. ¿Cuál es el problema?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU y Europa (CDC/ ECDC) han aconsejado a los sistemas de salud de todo el mundo que se preparen para la pandemia de COVID-19.

En situaciones de emergencia sanitaria, se produce temporalmente un desequilibrio entre las necesidades clínicas y la disponibilidad efectiva de los recursos sanitarios suficientes.

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

A menudo en las emergencias de salud pública aparecen decisiones éticas sobre la asignación de recursos limitados o escasos, especialmente en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Esto puede tener un impacto catastrófico, tanto o más que la propia enfermedad, al que no estamos acostumbrados en las sociedades del primer mundo. Las previsiones estimadas para las próximas semanas apuntan a un aumento del número de casos de insuficiencia respiratoria grave que generará un desequilibrio entre las necesidades clínicas reales de la población y la disponibilidad efectiva de recursos de soporte vital avanzado.

Esta pandemia obliga a considerar cuáles han de ser los criterios clínico-éticos que guíen las decisiones de los profesionales sanitarios a la hora de valorar a todos aquellos pacientes que pudieran requerir de un manejo de ventilación mecánica invasiva (VMI) en una UCI.

La responsabilidad de las decisiones no deben recaer exclusivamente en los profesionales que atienden a los pacientes sino que deben estar basadas en criterios lo más objetivos posibles que permitan fundamentar estas decisiones. Es **responsabilidad de toda la comunidad científica, pero también de la comunidad moral, el no dejar a los facultativos especialistas solos** ante esta decisión. De esta forma, no se asignaran los recursos al primero que llega, si no al que más se va a beneficiar del mismo. Es decir, tendremos **pacientes que en momentos de recursos suficientes, estaría indicado que entraran en una UCI y que ahora no lo podrán hacer por no disponibilidad de los mismos**.

El presente documento, elaborado desde el CEAS del Hospital Universitario La Paz, tiene el objetivo de ayudar a los clínicos a tomar decisiones que puedan respetar al máximo tanto el objetivo de beneficio y cuidado de cada paciente, y de cada familia, en particular como los intereses del conjunto de la sociedad en esta situación de excepcionalidad.

2. ¿Quiénes son los grupos de pacientes más vulnerables?

Uno de los grandes problemas éticos que se activan en estas situaciones es cómo proteger a las personas vulnerables mientras se permite la mayor cantidad posible de vida normal y actividad económica.

Personas vulnerables en la pandemia COV19

- Personas enfermas con antecedentes crónicos de salud
- Personas mayores
- Profesionales sanitarios
- Personas sin recursos / en situación de calle

3. ¿Cuáles son los criterios éticos que han de guiar la toma de decisiones?

Excepcionalidad: Las decisiones en situaciones como la pandemia por coronavirus se suelen desplazar con facilidad hacia cursos extremos de acción. Sin embargo, es fundamental intentar desarrollar cursos intermedios que pueden incluir decisiones “por pasos”, criterios más desarrollados, consenso entre varios facultativos o traslado a otros centros con menor sobrecarga. Dicho de otro modo, las **excepciones** tienen como mínimo dos condiciones: **han de estar justificadas y han de ser siempre el último recurso.**

Responsabilidad: Las decisiones deben estar basadas en **criterios de prudencia durante toda la crisis.** Básicamente, eso significa una reflexión de cada caso particular que no esté exclusivamente marcada por criterios genéricos. Se sabe que la prolongación de las crisis en el tiempo genera un cansancio que, de algún modo, “normaliza” lo que siempre ha de ser excepcional.

Inclusividad: El compartir la toma de decisiones en grupos amplios de la sociedad (comunidad científica, administración, comités de ética, pacientes y familias, etc.) puede conllevar la aparición de nuevos cursos de acción intermedios.

Transparencia: Los criterios en la toma de decisiones deben ser transparentes, públicos y divulgados en un plan de comunicación. El proceso de realizar un uso racional de recursos incumbe a toda la sociedad, no solo a los clínicos.

Sensibilidad: Es importante garantizar que **se revisarán los criterios éticos** para la decisiones a medida que surja nueva información sobre la evolución de la pandemia del COVID-19. Estas recomendaciones no deben ser tomadas como criterios rígidos y deben ser interpretadas en cada caso concreto.

Confianza: La transparencia y la racionalidad de los criterios favorecen la confianza en el proceso de toma de decisiones en la población general, en los profesionales sanitarios y en los propios pacientes afectados

Equidad: Los criterios para la toma de decisiones durante la pandemia deben ser aplicables a todos los pacientes que puedan requerir cuidados intensivos, no solo a los pacientes con COVID-19. Además, la equidad exige que la distribución de recursos escasos **no castigue a las poblaciones socialmente más vulnerables** que tengan menor capacidad para exigir sus derechos.

Mayor beneficio para el mayor número de pacientes: Con las recomendaciones se pretende beneficiar al mayor número posible de pacientes. Se buscarán, por tanto, los criterios clínicos que permitan establecer cómo se puede obtener el mayor beneficio para el mayor número de pacientes en el marco del mejor cuidado posible para todos ellos.

4. Recomendaciones éticas para toma de decisiones sobre criterios de selección para tratamiento en UCI de pacientes con COVID-19

4.1. Consideraciones generales

El grupo de trabajo ha optado por una estrategia donde se priorizan, por un lado, los **criterios de justicia y de igualdad de oportunidades** para que “casos iguales sean tratados de manera igual” y, por otro lado, el tratar de conseguir el **máximo beneficio** en términos de número de pacientes y de tiempo de supervivencia en condiciones adecuadas.

Una consideración fundamental para una adecuada reflexión sobre cualquier paciente con COVID-19 es prever desde el diagnóstico la toma de decisiones en caso de agravamiento de la enfermedad. Estas decisiones están contempladas, de hecho, en la práctica clínica cuando los pacientes son ingresados en plantas con posibilidades o no de acceso a UCI. Sin embargo, resulta esencial **fundamentarlas en la historia clínica** desde el primer momento, de manera que el propio proceso de cada paciente implique una reflexión continua en la toma de decisiones por los diferentes médicos que han de tratarle (urgencias, planta y, en su caso, UCI). En las argumentaciones se debe tener en cuenta:

- **Optimizar las opciones de éxito terapéutico y maximizar el número de pacientes con acceso a los recursos de VMI** son las prioridades. Estos criterios derivan del principio utilitarista de buscar el mayor beneficio para el mayor número de pacientes y se traducen en la identificación de aquellos pacientes con mayores posibilidades de beneficio derivado del tratamiento en **términos de años de vida ganados en las mejores condiciones de salud posibles**.
- La toma de decisiones sobre la posible derivación a UCI en caso de empeoramiento deberá ser **documentada y argumentada en la historia**

clínica. Se debería reflejar una reflexión individualizada en función de las características clínicas del paciente incluyendo, al menos, una valoración funcional, cognitiva y social.

- Es necesario **incorporar los valores del paciente y familiares en la toma de decisiones, si bien la decisión de no iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) o VMI debe ser una decisión primariamente clínica** en las circunstancias actuales de excepcionalidad. En la práctica, esto debe significar que, al menos, en la toma de decisiones desarrollada en la historia clínica conste lo que se ha hablado con el paciente.

Sugerimos algunas preguntas para abordar creencias y **valores vitales**, que además pueden suponer una discusión sobre el paciente sobre el probable mal pronóstico de la enfermedad. Las respuestas pueden apoyar la toma de decisiones y deberían figurar en la valoración:

- *¿Cuáles son sus proyectos de futuro?, ¿Se siente a gusto con lo que ha hecho en su vida?*
- *¿Cómo ve el camino por delante si esta enfermedad le coloca en una situación de mayor dependencia?, ¿Cómo de importante es la calidad de vida para usted?, ¿Con qué relaciona esta calidad de vida?*
- *¿Cómo se ve de fuerzas para enfrentarse a técnicas de soporte vital?*
- *¿Es religioso?, ¿Desde su mundo espiritual, como vive esta enfermedad?*

- **Valoración precoz** de los **pacientes candidatos de UCI** para evitar tomar las decisiones de manera precipitada y bajo criterios de urgencia. Esta valoración debe realizarse de una forma menos profunda (basada en criterios más genéricos) en el Servicio de Urgencia pero de una forma detallada en los pacientes en Planta.
- La **comunicación de la indicación clínica**, tanto al paciente como a los allegados implicados, debe ser transmitida como un **proceso** (no como un acto único) bajo los criterios de comunicación terapéutica y garantizando el apoyo emocional. En cualquier caso, siempre debe explicarse que **la no indicación del tratamiento en UCI no implica que no se continúen haciendo todos los esfuerzos de tratamiento específico y de soporte del paciente.**
- Necesidad de actuar precozmente en pacientes que sean **de dudoso ingreso** en UCI para establecer un proceso de **planificación compartida de la atención en sus plantas de ingreso.**
- Las personas **no tributarias de medidas intensivas** deber recibir una atención **paliativa de calidad** siguiendo los protocolos internos del hospital realizados por el equipo de cuidados paliativos y el servicio de salud mental ante la pandemia del COVID-19.

4.2. Consideraciones específicas

Se propone una **toma de decisiones que se efectúe “por pasos”**, de manera que, por un lado, implique a varios profesionales de diferentes niveles de atención en la decisión y que, por otro lado, permita que las decisiones sean en lo posible fruto de un proceso más que de un solo momento clínico. Esto se conseguirá en la medida en que esa toma de decisiones quede relatada en la historia clínica del paciente y conste también la información a paciente y familiares. De esta forma garantizamos que hemos reflexionado sobre cada caso más de una vez.

En todos los niveles es fundamental establecer un **procedimiento de comunicación-deliberación con el paciente** y, de no ser posible, con su familia.

- Nivel 1: URGENCIA. En esta primera valoración, los pacientes que por su situación clínica puedan implicar un periodo largo de consumo de recursos de VMI en la UCI serán trasladados a plantas COVID-19-NO UCI. Debe insistirse (y comunicarse) que la edad no es un criterio estricto sino que la decisión depende más de ***criterios de morbilidad previa*** incluyendo la situación funcional, cognitiva y social del paciente. No obstante, debe entenderse (y explicarse) que ***los pacientes de mayor edad con COVID-19 en situaciones de insuficiencia respiratoria muy grave no se benefician del ingreso en UCI por su baja reserva funcional y sus graves secuelas.***

Un ejemplo de texto que se podría incluir en la historia clínica para justificar ingreso en plantas no UCI sería: **“Dadas las características del paciente y su pronóstico su ingreso en UCI en la situación actual de catástrofe sanitaria es potencialmente inapropiado”**

- Nivel 2: PLANTA COVID-19-NO UCI / COVID19-SI UCI. En esta segunda valoración el paciente será evaluado con criterios más razonados y se incluirá la ***historia de valores y aspectos biográficos***. Todos estos elementos, así como las conversaciones con paciente y familia, deben figurar en la historia clínica.

El criterio de no ingreso en UCI no debe basarse en un solo factor (como la edad) sino en una perspectiva global del paciente en el contexto de escasez de recursos y pandemia actual. Las decisiones más conflictivas deben tomarse en el equipo asistencial y consignarse en la historia clínica haciendo referencia a la implicación de diferentes profesionales.

Un ejemplo de texto que se podría incluir en la historia clínica para justificar no criterios UCI sería: **“Dadas los antecedentes, las características clínicas del paciente y su pronóstico en la situación actual de catástrofe sanitaria se ha acordado en el equipo terapéutico, y se ha informado a paciente y familiares, que el ingreso en UCI sería potencialmente inapropiado”**

- Nivel 3: CRITERIOS DUDOSOS / TOMA DE DECISIONES URGENTES: La decisión final debería basarse en la estrategia definida para cada paciente. Los casos dudosos deberán ser comentados lo antes posible con el especialista de UCI. Finalmente, ante ***situaciones de excepcionalidad se debe optar por una decisión consensuada entre varios especialistas. En esta toma de decisiones***

podría intervenir el CEAS del hospital si fuera necesario (remitir breve informe y teléfono de contacto al correo: ceas.hulp@salud.madrid.org). **La decisión debe contar preferentemente con la opinión del médico de Planta, el de UCI y, siempre que sea posible, un tercer especialista. Todo el proceso debe figurar en la historia clínica.**

En cada uno de estos tres momentos de decisión se realizará una llamada a la familia para informar de la situación del paciente y del plan de acción previsto. En el caso de no ser competente el paciente para tomar decisiones, el abordaje con la familia no será únicamente informativo, sino también **deliberativo**.

En cualquier momento de este proceso, si se aprecia **descompensación emocional** significativa en paciente y/o familia, **se derivará** a los profesionales de salud mental del hospital, según el protocolo previsto.

Finalizado el proceso asistencial, en el caso de que hubiera fallecido el paciente, se transmitirá el dato a los profesionales de salud mental del hospital para que pueda trabajar la **prevención de duelo complicado**, tanto en el momento del fallecimiento como en el seguimiento o derivación oportunos. Esto será central en el caso de las familias que no hayan podido acompañar a y/o despedirse del ser querido fallecido.

Asimismo, se establecerán mecanismos de **apoyo psicológico continuado a los profesionales de las UCIs**, a los que realicen habitualmente la toma de decisiones, así como a los que participen en el **Comité de apoyo para la toma de decisiones** por las más que previsibles implicación emocional y estrés moral que se pueden acumular en los mencionados procesos de toma de decisiones.

5. Implicación del CEAS en la toma de decisiones y recomendaciones sobre otras posibles líneas de actuación

- La toma de decisiones debe implicar a los diferentes niveles asistenciales, de forma que no sea tomada exclusivamente por un facultativo. El CEAS está dispuesto a participar en un posible **Comité de apoyo para la toma de decisiones** (UCI, CEAS, anestesiología y reanimación, infecciosas, salud mental etc.) que se reúna diariamente para dar apoyo a los equipos de la UCI en los casos que revistan mayor complejidad. El trabajo de ese Comité ayudaría a ir **perfilando y consensuando criterios** y, asimismo, ayudaría a los clínicos a disminuir la incertidumbre en la toma de decisiones.
- El ámbito de la decisión, en último término, ha de contemplar una dimensión al menos **autonómica**, pues los niveles de saturación pueden ser diferentes de un hospital a otro. Se impone la necesidad de coordinar recursos a nivel de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) y también a nivel **nacional**. La vida y la muerte no deberían depender de en qué barrio o en qué Comunidad Autónoma se tenga la residencia. Desde el criterio de solidaridad se impone un

acuerdo para poder utilizar camas de otras comunidades autónomas cercanas que no tengan tanta presión asistencial.

- Se sugiere la existencia de un **Comité de Expertos a nivel de la CAM**, que consensue en el menor tiempo posible y con contraste científico, los criterios clínicos de gravedad y pronósticos. Estos criterios deben estar sustentados en valores éticos para garantizar una prudente priorización de pacientes.
- Apoyo, desde el punto de vista de las variables éticas, en los procesos y **protocolos de comunicación sanitaria y comunicación clínica** que garanticen el cuidado en materia de información y comunicación con la ciudadanía.
- El Servicio de Salud Mental ofrece apoyo en el proceso de atención al final de la vida y duelo de las familias. Este apoyo debería ser difundido entre los familiares de los pacientes – Ver Protocolo HULP de Atención en Últimos Días de Vida COVID-19
- El Servicio de Salud Mental ofrece apoyo a profesionales sanitarios con posibles síntomas de estrés agudo y otros cuadros de sufrimiento derivados del estrés moral. Este apoyo debería ser difundido entre los trabajadores del hospital.

6. Equipo responsable del documento.

Miembros del CEAS del HULP, de composición multidisciplinar¹ y procedentes de distintos Servicios² del Hospital.

Relatora: Dra. Helena García-Llana

Fecha: 27 de Marzo de 2020

7. Bibliografía

- Christian MD, et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. CMAJ, November 21, 2006 175(11)
- Comité de Ética Asistencial. Recomendaciones de triaje en la atención a pacientes críticos durante la pandemia del COVID19. Hospital Clínico San Carlos. 16/03/2020
- Hick JL. Duty to Plan: Health Care, Crisis Standards of Care, and Novel Coronavirus SARS-CoV-2. Perspectives | Expert Voices in Health & Health Care, March 5, 2020
- Kain T, Fowler R. Preparing intensive care for the next pandemic influenza. Crit Care. 2019; 23:337
- Lautrette, Alexandre et al. A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. N Engl J Med 2007; 356:469-478.
- Daugherty Biddison EL et al. Too Many Patients.A Framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters. Contemporary Reviews in Critical Care Medicine 2019; 155(4):848-854.
- Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19 [published online ahead of print, 2020 Mar 23]. *N Engl J Med*. 2020;10.1056/NEJMs2005114.

¹ Profesionales de la medicina, enfermería, fisioterapia, psicología, investigación, del derecho, de la asistencia pastoral y espiritual y miembros legos.

² Endocrinología, Cuidados Paliativos, Urgencias, Nefrología, Medicina de Familia, Oftalmología, Urología y Trabajo Social.

- Levin, Tommer et al. End-of-life communication in the intensive care unit. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010 Jul-Aug; 32(4):433-42.
- de la Oliva P, Cambra-Lasaosa FJ, Quintana-Díaz M, et al. Admission, discharge and triage guidelines for paediatric intensive care units in Spain. *Guías de ingreso, alta y triage para las unidades de cuidados intensivos pediátricos en España. Med Intensiva*. 2018;42(4):235–246.
- Recomendaciones de triage durante la epidemia de coronavirus causante de COVID-19 para decisiones sobre el inicio de maniobras de reanimación cardiopulmonar y de medidas de soporte vital avanzado. Hospital Universitario Fundación Alcorcón 16/03/2020
- Sociedad Italiana de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Terapia Intensiva. Raccomandazioni di ética clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. 06.03.2020. Accesible en: <http://www.siaarti.it/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI.aspx>
- Servicio de interconsulta de ética clínica. Hospital La Princesa. Propuesta de protocolo de triage para decisiones sobre el inicio de maniobras de reanimación cardiopulmonar y de medidas de soporte vital avanzado durante la epidemia de COVID19. CEAS y grupo de trabajo *ad hoc*, 13/03/2020.
- Unidad de Bioética Clínica Hospital Universitario Infanta Elena. Consideraciones éticas del Departamento de Bioética Clínica del Hospital Universitario Infanta Elena acerca del manejo de pacientes que puedan precisar asistencia en unidades de cuidados intensivos.
- Unidad de Cuidados Paliativos y Servicio de Salud Mental del Hospital Universitario La Paz. Protocolo de atención a pacientes en situación de gravedad o últimos días y éxitus en la crisis del COVID-19. Marzo 2020. V.02
- Vergano M, Bertolini G, Giannini A, Gristina G, Livigni S, Mistraretti, Petrini F. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional resource-limited circumstances. Italian Society of Anesthesia, Analgesia, Resuscitation and Intensive Care (SIAARTI), Published online March 16, 2020.
- White et al. Who Should Receive Life Support During a Public Health Emergency? Using Ethical Principles to Improve Allocation Decisions. *Ann Intern Med*. 2009 January 20; 150(2): 132–138.
- Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study [published online ahead of print, 2020 Feb 24] [published correction appears in *Lancet Respir Med*. 2020 Feb 28;:]. *Lancet Respir Med*. 2020;S2213-2600(20)30079-5.

Anexo: Guión ético-comunicativo de abordaje con pacientes COVID-19

Situación 1. Primer encuentro.

Objetivo: desbloqueo comunicativo y vinculación personalizada con el paciente

Procedimiento:

1. **Presentación personalizada:** decir el nombre del paciente y presentarse uno mismo. Mirar a los ojos, mostrando calidez.

“Hola XXX, soy el Dr. XXXX y soy el responsable de atenderle durante este turno. Encantado en saludarle.”

2. **Acogida:** crear un mínimo espacio para conectar emocionalmente con el paciente

- * *“Somos conscientes de que estamos ante una situación novedosa y un tanto complicada con el coronavirus, no obstante,*
- * *quiero decirle que a pesar de tener que llevar esta especie de traje de buzo,*
- * *nos gustaría estar lo más cercanos a usted y a lo que pudiera necesitar”.*

3. **Pregunta abierta y focalizada:** para poder explorar la perspectiva del paciente y generar un proceso de desbloqueo comunicativo.

“En ese sentido, me gustaría preguntarle en estos momentos qué es lo que más le preocupa con respecto a su estancia en el hospital. ¿Hay algo que le esté rondando especialmente por la cabeza ahora mismo?. Conocer sus preocupaciones y cómo se siente al respecto, nos ayudará a atenderle de una manera mejor.

4. **Escucha activa y humilde:** mirar a los ojos. Escuchar para comprender. Asentir con la cabeza, según va hablando el paciente.

5. **Respuesta de validación, garantía de soporte y cierre:** dar valor o legitimar, con gestos y/o palabras, la perspectiva de la otra persona. Mostrar apoyo durante el proceso independientemente de los resultados.

“Le agradezco sus palabras. Es muy importante para nosotros saber qué le preocupa (y cómo se siente). Vamos a tenerlo en consideración en la medida que podamos. Lo que sí le garantizo es que vamos a intentar estar pendientes de usted y de todo ello”

Situación 2. Comunicación de la Mala Noticia de No Ingreso en la UCI en paciente ya hospitalizado que tenía expectativa de ingreso en la misma.

Objetivo: Comunicar la mala noticia de manera empática y congruente aportando garantía de soporte.

Procedimiento:

1. **Exploración del conocimiento / impresión del paciente sobre la situación:** necesario partir de lo que ya conoce o supone, aunque otro día le hayamos informado. No toda información queda registrada, por la razón que sea.

"D. XXX me gustaría valorar con usted de nuevo la situación, para ver cómo seguir tomando decisiones.

A partir de todo lo que le hemos ido contando y de cómo se está usted encontrando, ¿en qué momento cree que nos encontramos en torno a la enfermedad?.

2. **Exploración de hasta dónde quiere saber:** aunque la expectativa sea la UCI no siempre quieren saber la progresión de la enfermedad o el aumento de gravedad, pero suelen asociar UCI a las tecnologías más avanzada que realmente puede salvarle.

"Siempre me gusta preguntarle a mis pacientes si quieren que les informe detalladamente de cómo están evolucionando las cosas. Algunos me dicen que sí prefieren entrar en detalle y otros me comentan que simplemente les cuente qué se tiene pensado hacer, sin más, que más información les agobia. Usted, concretamente, ¿qué preferiría?

(En el caso de que nos dijera que quiere detalle sobre lo que está pasando y/o que él entiende que debe ingresar en la UCI, para poner todos los medios para salvarle)

3. **Utilizar el "warning shot" o aviso inicial de que estamos ante una situación especialmente preocupante:** ayuda a conectar la atención en la centralidad del asunto.

"Me temo que las cosas no están yendo como todos desearíamos".

(Estar atentos a la reacción de la persona ante estas palabras; posiblemente nos indicará de algún modo que sigamos. Si tenemos dudas, plantearle:

"¿Le parece que continuemos charlando sobre esto o prefiere que lo dejemos para otro momento?"

(En el caso de que quisiera que siguiéramos)

4. **Transmitir la mala noticia, de manera comprensible.**

"Lo hemos estado valorando en el equipo y creemos que, en función de su estado actual (y de las enfermedades previas), no se beneficiaría del ingreso en la UCI y, en todo caso, le dejaría graves secuelas. Creemos que es preferible intentar otras alternativas, aunque inevitablemente estamos en una situación complicada..."

(Dejar silencio y observar las reacciones...).

5. **Explorar cómo se siente después de la información y por qué. Ayudará a identificar sus preocupaciones inmediatas.**

"Me hago cargo que no es fácil hablar de estas cosas. No sé qué está pensando o sintiendo en estos momentos. Me ayudará a saber qué le preocupa"

6. **Explicar el plan de trabajo, con realismo y con garantía de soporte.** Se trata de planificar el seguimiento, con pautas lo más concretas posibles y, en la medida de lo posible, vinculadas a aquello que le pueda preocupar más intensamente.

"En cualquier caso, vamos a seguir trabajando y valorando día a día cómo van las cosas y qué ir haciendo. La idea es ir a (o quedarse en) la planta XXX. Seguiremos observando la evolución, con el tratamiento de XXXX y, a la par, estaremos muy atentos a controlar los síntomas para que tenga el menor malestar posible"

7. **Derivación a Salud Mental, según protocolo.**

8. Siempre explicitar la **actitud de disponibilidad** para poder hablar en cualquier otro momento y de aclarar lo comentado.