	DOCUMENT	CODI	DATA	REV	- 1 -
	Procediment d'actuació COVID-19. Pla de Contingència Consideracions Bioètiques en relació a l'atenció a UCI i recomanacions pandèmia COVID	xx-xx-000	30/03/2020	V1	Pàg. 1 de 8
	Propera revisió: mes 20xx				

**PROCEDIMENT D'ACTUACIÓ COVID-19.
 CONSIDERACIONS BIOÈTIQUES EN RELACIÓ A L'ATENCIÓ EN LA
 UCI I RECOMANACIONS EN L'ACTUAL PANDÈMIA PER LA COVID
 19**

ELABORAT PER:	REVISAT PER:	APROVAT PER:
Nom i cognoms. Descripció professional	Nom i cognoms. Descripció professional	Òrgan d'aprovació
COMITÈ ÈTICA ASSISTENCIAL CONSORCI CORPORACIÓ PARC TAULI DE SABADELL	COMITÈ DE CRISI	COMITÈ DE CRISI

1 JUSTIFICACIÓ

Degut a la pandèmia per la infecció del SARS-CoV-2 hi ha un increment molt important de persones amb COVID 19 que necessiten atenció hospitalària i de Cures Intensives. Fins a un 20 % de les persones infectades desenvolupen una pneumònia amb insuficiència respiratòria, i d'aquests fins a un 40 % poden desenvolupar un quadre greu amb hipoxèmia severa que necessiti suport ventilatori invasiu o no invasiu. Donat que es tracta d'una "nova malaltia", el coneixement dels factors de risc encara estan poc consolidats¹. En el global de la població estudiada es veu que la mortalitat s'acumula per sobre dels 60 anys i amb comorbiditats cardiorespiratòries, diabetis i càncer (sense precisar tipus ni grau d'aquestes comorbiditats)².

Sembla ser que les pneumònies per COVID 19 responen millor que altres ARDS als tractaments de suport ventilatori administrat a les UCIS (millor compliance pulmonar, millor resposta a PEEP mitjana-alta i cicles de decúbit pron).

Per tant, **moltes persones amb COVID 19 poden necessitar ser ateses a les unitats de cures intensives en un curt període de temps**. El nombre de llits amb suport ventilatori invasiu o no invasiu és limitat, com tots els recursos sanitaris disponibles en la nostra societat. Aquest és un escenari on els criteris per rebre atenció a les UCI hauran de contemplar la pròpia **disponibilitat d'aquest recurs assistencial**.

En aquesta situació, **el centre de la decisió és la probabilitat objectiva de benefici del tractament intensiu**.

Malgrat que aquest pla de contingència i aquestes consideracions bioètiques es produeixen en un context concret de pandèmia per la COVID 19, les recomanacions més avall exposades són **aplicables a totes les persones amb risc de mort imminent i potencial indicació de ser ateses en una UCI**.

2 PROBLEMA ÈTIC

Donada la **situació de pandèmia per COVID19**, que provoca un desequilibri entre pacients potencialment tractables i recursos disponibles, fet que **impossibilita oferir el recurs d'UCI a totes les persones en qui estaria indicat, cal determinar els criteris que haurien de garantir l'ús més apropiat d'aquest recurs**.

¹ Murthy S, Gomersall CD, Fowler RA. Care for Critically Ill Patients With COVID-19. JAMA. Published online March 11, 2020. doi:10.1001/jama.2020.3633

² <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000168/prognosis>. Consultada el 17-3-2020.

És a dir, els criteris que han de permetre **fer la millor selecció de** quina és la persona a qui s'assignarà el llit de UCI (**s'iniciarà UCI**) i en quina persona ja no està indicada la teràpia intensiva (**es retirarà UCI**). Amb tota seguretat, les decisions derivades d'aquests criteris, produiran un **impacte emocional en els pacients, els seus familiars i els professionals implicats**. Disposar d'unes recomanacions pot alleugerir aquest impacte.

CRITERIS ÈTICS

La ètica sempre ens ha de permetre garantir la presa de decisions més correctes o bones i fugir de les incorrectes o dolentes. En la bioètica clínica, és inevitable que la decisió contingui algun grau d'incertesa, que no pot bloquejar la obligació de actuar.

Es indispensable considerar les decisions como "un procés" i no com "un acte sense passat, present o futur", encara que el procés sembli tan ràpid que la decisió només és mostra o aparenta ser una acció única.

En aquest problema, el **judici de decisió correcta** ha de tenir en compte els següents criteris:

1. La decisió d'ingressar en la UCI ha de ser **beneficiosa pel pacient** en termes de **supervivència** i de **comorbiditats** present, futura i la seva repercussió en l'estat integral de la persona malalta, fonamentalment en les dimensions mentals, funcionals i socials (morbidity estimada post UCI).
2. Apel·lant a la distribució justa de recursos en l'actual situació de pandèmia, es **moralment correcte establir criteris** per obtenir el més gran benefici per la majoria de persones.
3. No és un criteri moralment correcte fer servir l'ordre d'arribada per l'assignació del recurs llit d'UCI.
4. Els professionals responsables dels pacients tenen la responsabilitat i obligació moral d'establir **prioritats** per ingressar un pacient basades únicament en la probabilitat d'assolir el **màxim grau de supervivència i la menor morbiditat estimada post UCI**.
5. Aquesta prioritització estarà basada en el **coneixement de la evidència científica** i per tant només es aplicable pels professionals de la salut que disposen d'aquest coneixement.
6. La prioritització como decisió unilateral dels professionals de la salut es fonamenta en la confiança que les persones depositem en aquests professionals, que hauran d'actuar de forma prudent i honesta sempre, intentant prendre decisions

reflexionades i fent servir el coneixement científic actualitzat en el màxim grau possible.

7. La indicació d'ingrés o no a UCI, es farà en funció dels criteris que apareixen més endavant. **El pacient o representant pot rebutjar l'ingrés però no oposar-se a la indicació de no ingrés.** Això últim no exigeix al professional de donar una informació adequada que justifiqui la decisió.
8. És indispensable i moralment obligatòria **l'atenció psicològica als familiars i als professionals implicats**, doncs patiran un impacte emocional, i per tant un dany probablement molt considerable, tant de forma immediata com tardana.
9. No existeix diferència moral entre **no iniciar i retirar un tractament** si hi ha prou justificació. Tot i això és habitual que hi hagi major estrès ètic en cas de la retirada.

RECOMANACIONS GENERALS

Aquestes recomanacions ofereixen un marc general de **com fer-ho** i s'hauran de tenir en compte per prendre decisions raonades:

1. És indispensable que els responsables del CCSPT hagin fet **tots els esforços possibles** per posar a disposició de les persones malaltes el major nombre de llits d'UCI, tenint en compte fins i tot, el trasllat de pacients a altres centres hospitalaris.
2. És indispensable que aquestes recomanacions puguin ser **explicades de forma transparent** als pacients amb possible "indicació d'atenció a la UCI" i als seus familiars.
3. **No és aconsellable fer servir la edat** com única variable per prendre una decisió d'atenció a la UCI, tot i que les dades disponibles fins ara mostren que a més edat pitjor pronòstic en general.
4. Sempre que sigui possible la decisió d'ingrés s'ha de basar en:
 - a. **La discussió sobre el benefici** de ser atès a la UCI i els riscos que comporta, **amb el pacient** que mantingui la capacitat d'obrar suficient que li permeti participar en un procés de consentiment informat i avaluació de la futilitat de ser atès a la UCI³. En cas de no capacitat, la discussió amb el representant o la **consulta de les voluntats prèvies (DVA o PDA)**, si existeixen, son indispensables.

³ Jenny Way, Anthony L Back, J Randall Curtis. Withdrawing life support and resolution of conflict with families BMJ 2002;325:1342-5 "If the medical futility rationale is part of physicians' decision making processes, it should be clearly defined and supported by published data. Any determination of futility should be discussed with the patient or family members. In most cases, patients or families will agree and may appreciate not having to choose to forego a treatment that is not indicated. However, if patients or families do not agree, the American Medical Association recommends a process be initiated to reconcile differences and that care be continued until reconciliation is achieved."

- b. El professional responsable haurà de fer una avaluació del benefici esperat del tractament a la UCI **no només en la supervivència sinó també en la comorbiditat present, futura i la seva repercussió en l'estat integral de la persona malalta, fonamentalment en les dimensions mentals, funcionals i socials.**
 - c. En aquesta avaluació és rellevant **comptar amb altres professionals**, sempre que sigui possible, com poden ser el metge responsable a urgències o a la planta d'hospitalització, el metge de capçalera, així com la resta dels professionals assistencials que estiguin implicats.
5. El professional o professionals responsables d'una persona amb risc de mort propera per qualsevol malaltia es plantejarà **dues preguntes**:
 - a. ¿Aquesta persona malalta **pot beneficiar-se** de l'atenció a la UCI? Ha de respondre el professional competent en Medicina Intensiva.
 - b. ¿Davant dos persones amb la resposta SI, i un únic llit d'UCI, **com cal escollir** qui el farà servir? Han de respondre al menys dos professionals, un d'ells amb competències en Medicina Intensiva. Caldrà **estimar de forma el més clara possible la probabilitat individual de sobreviure i de millorar en la comorbiditat fent servir l'atenció a la UCI**. Aquesta estimació de probabilitat es l'element nuclear per decidir davant el dilema proposat. En llenguatge bioètic, la decisió final determinarà, **"el grau de futilitat fisiològica⁴ de l'atenció a la UCI"**, i permetrà optar pel **pacient que tingui la menor futilitat**.
6. Fer servir el principi "el primer que arriba, el primer que rep atenció" no és un criteri correcte en aquest dilema.
7. La incertesa, en aquesta decisió com en qualsevol altre procés assistencial, existirà sempre. No existeix forma d'anular-la. Així doncs, l'avaluació de la supervivència i les conseqüències en la qualitat de vida també seran incertes. La **participació de més d'un professional** en la decisió final ha de garantir un procés suficientment reflexionat i permetre escollir qui serà atès i qui no a la UCI.
8. La decisió inicial d'admetre o no un pacient a la UCI o bé de retirar la indicació de ser atès a la UCI ha de ser sempre **revaluada si apareixen noves dades** a tenir en compte.
9. En els pacients ingressats, i abans de plantejar-se l'atenció a la UCI, és molt recomanable haver fet el més aviat possible una **planificació de decisions anticipades** especificant la indicació o no indicació d'ingrés a la UCI si aparegués una complicació amb risc vital.

⁴ És refereix bàsicament a la futilitat fisiològica basada en la evidència científica actual i per tant susceptible de canvis futurs.

10. En els pacients que no rebran tractament a la UCI i desenvolupin una insuficiència respiratòria irreversible amb mort propera caldrà implementar la sedació pal·liativa.
11. **Quan sigui necessari segons els professionals responsables, el CEA**, be mitjançant la figura dels consultors o en decisió col·legiada de tots els membres, pot participar en la decisió de qui es beneficiaria més de l'atenció a la UCI emetent un dictamen inequívoc que podrà ser seguit o no pels professionals responsables del pacient.


CRITERIS ESPECÍFICS PER PRENDRE DECISIONS


Aquests són els criteris específics RECOMANATS en pacients amb infecció per COVID19 i possible indicació per rebre atenció a la UCI o espai similar en aquesta situació de pandèmia:







1. Mai ingressar a qui ha deixat constància de **"no ingressar en UCI"** en document de Voluntats Anticipades o Planificació de Decisions Anticipades ben registrades amb participació del pacient/família.
2. Per la indicació inicial de "possible ingrés a UCI", es faran servir els criteris de prioritats proposats per la SEMICYUC, concretament els pacients amb prioritat 1 i 2. (veure annex 1: *Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID19 en las unidades de cuidados intensivos (SEMICYUC)*).
3. És moralment correcte que l'assignació per rebre **atenció a la UCI** hagi de tenir en compte la comorbiditat, la supervivència i els anys de vida ajustats a la qualitat (*Quality-Adjusted Life Year*) segons la evidència científica disponible.
4. És moralment correcte considerar que l'atenció a la UCI **no estaria indicada** en pacients de qualsevol edat i deteriorament cognitiu ben diagnosticat en fases avançades i terminals (compatibles amb GDS-Global Deterioration Scale 6 i 7), i insuficiència respiratòria per COVID19, basats en les recomanacions actuals de tractament en persones amb demències.
5. És moralment correcte que en els pacients que ingressin a la UCI, quedi clar amb el pacient o el representant que els criteris de mantenir el tractament a la UCI seran **revisats de forma continuada**, i per tant, serà possible la retirada del tractament a la UCI segons aquesta valoració, seguint un criteri de futilitat basat en la evidència científica disponible.
6. Sempre és millor una decisió presa per **més d'un professional**, que tindran en compte aquests criteris recomanats amb responsabilitat i prudència.
7. La **participació del CEA** (consultor si cal quelcom ràpid, o d'altra manera) en una decisió específica especialment complexa o difícil pot ajudar a garantir que tingui en compte tots els elements rellevants per a aquesta.

Annex 1.

RECOMENDACIONES GENERALES relacionadas con las DECISIONES ÉTICAS DIFÍCILES y la ADECUACIÓN DE LA INTENSIDAD ASISTENCIAL / ingreso en las UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS en SITUACIONES EXCEPCIONALES DE CRISIS

Relacionados con la ORGANIZACIÓN/ RECURSO (disponibilidad y alternativas)		Relacionados con las CARACTERÍSTICAS de la PERSONA / SITUACIÓN GLOBAL		Relacionados con la ÉTICA de las DECISIONES	
FACTOR	RECOMENDACIÓN	FACTOR	RECOMENDACIÓN	FACTOR	RECOMENDACIÓN
 PLAN DE CONTINGENCIA TERRITORIAL	<ul style="list-style-type: none"> Disponer de un plan de contingencia de emergencia que planifique la distribución de pacientes entre áreas geográficas. Priorizar la solidaridad entre centros para maximizar el bien común por encima del individual, valorando la posibilidad de transferencia o derivación a otro centro con posibilidades. Valorar la posibilidad de ampliar la capacidad de las UCIs locales, facilitando ingresos en otras áreas habilitadas para esta epidemia con recursos adecuados. 	 VALORACIÓN DE LA PERSONA	<ul style="list-style-type: none"> Valorar el paciente de forma global, y no la enfermedad de forma aislada. Para conocer la situación global, puede ser de especial utilidad contactar con su equipo de Atención Primaria. En el caso de personas mayores, la valoración implica tener en cuenta su situación global o "edad biológica". La <i>Valoración Geriátrica Integral, las escalas clínicas de fragilidad o los índices de fragilidad pueden ser de ayuda para tal fin.</i> Conocer los valores y preferencias de la persona, preguntando por si dispone de un documento de voluntades anticipadas o existe un plan de cuidados anticipados 	 OUTCOMES	<ul style="list-style-type: none"> Ante las situaciones de crisis y la necesidad de estrategias de asignación, desde la ética se aboga por priorizar: <ul style="list-style-type: none"> la maximización de la supervivencia al alta hospitalaria la maximización del número de años de vida salvados la maximización de las posibilidades de vivir de cada una de las etapas de la vida. Aún así, es importante enfatizar que la edad cronológica (en años) en ningún caso debería ser el único elemento a considerar en las estrategias de asignación.
 OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar aquellos procedimientos que faciliten el destete de ventilación mecánica y agilizar los circuitos de traslados a planta Optimizar la dotación de personal asistencial en la medida de lo posible Minimizar los ingresos condicionados a pruebas terapéuticas. No ingresar pacientes que han dejado escritas voluntades anticipadas dónde se rechazan medidas invasivas (o que disponen de Plan de Cuidados Anticipados dónde se consensuan medidas de adecuación terapéutica) Valorar la agrupación a este tipo de pacientes en áreas específicas dentro de la UCI 	 PRIORIZACIÓN DE LAS PERSONAS según sus características y situación actual	<ul style="list-style-type: none"> Se propone utilizar la Clasificación de las personas según el modelo de 4 prioridades clásico de la UCI (<i>ver cuadro de la siguiente página</i>)* Se priorizará los ingresos en UCI de pacientes clasificados como Prioridad 1, en aquellos hospitales que dispongan de dispositivos de cuidados intermedios, dejando estos últimos para los pacientes con prioridad 2. Se tenderá a no ingresar en unidades de cuidados intensivos los pacientes de prioridad 3 y 4 en casos de crisis. 	 TRIAJE basado en la JUSTICIA DISTRIBUTIVA	<ul style="list-style-type: none"> Principio coste /oportunidad: admitir un ingreso puede implicar denegar otro ingreso a otra persona que puede beneficiarse más (<i>evitar el criterio "primero en llegar, primero en ingresar"</i>) Aplicar criterios estrictos de ingreso en UCI basados en maximizar el beneficio del bien común. Ante pacientes críticos con otras patologías críticas diferentes a la infección por COVID19, se debe valorar ingresar prioritariamente el que más se beneficie. Estos principios se deberían aplicar manera uniforme a todas las personas -y no de forma selectiva a los de perfil geriátrico o con patologías crónicas-

	DOCUMENT	CODI	DATA	REV	- 1 -
	Procediment d'actuació COVID-19. Pla de Contingència Consideracions Bioètiques en relació a l'atenció a UCI i recomanacions pandèmia COVID	xx-xx-000	30/03/2020	V4	Pàg. 1 de 8

 CONSENSO de los CRITERIOS a aplicar	<ul style="list-style-type: none"> Ante la limitación de recursos es imprescindible consensuar una serie de criterios -técnicos y éticos-comunes. Es probable que los criterios se deban modificar en función de la situación global. Ello puede requerir de la creación de un comité de expertos territorial y/o de los respectivos ámbitos, con la participación de los comités de bioética y los profesionales asistenciales (hospitalarios y/o comunitarios) 	 Adecuación de la INTENSIDAD TERAPÉUTICA según evolución	<ul style="list-style-type: none"> Establecer desde el ingreso un plan de adecuación terapéutica y documentarlo en la historia clínica con definición clara de si existe o no indicación de ventilación mecánica. En caso de complicaciones o mala evolución (<i>se pueden utilizar herramientas tipo SOFA...</i>), plantear una desintensificación terapéutica - limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV), evitando la futilidad y priorizando medidas paliativas. En este caso, será pertinente el traslado a un área de menor complejidad, garantizando la atención paliativa (incluyendo soporte emocional y el control sintomático). 	 Principio de PROPORCIONALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> No ingresar a personas en las que se prevé un beneficio mínimo (como situaciones de fracaso multiorgánico establecido, riesgo de muerte calculado por escalas de gravedad elevado, o situaciones funcionales muy limitadas, condiciones de fragilidad avanzada, etc.) Valorar cuidadosamente el beneficio de ingreso de pacientes con expectativa de vida inferior a 1-2 años (<i>utilizando herramientas como el NECPAL o similar</i>)
	 Planificación de las ALTERNATIVAS		<ul style="list-style-type: none"> En caso de desestimar ingreso a UCI, el sistema tiene que ofrecer alternativas asistenciales de calidad, que cubran las necesidades básicas y esenciales de las personas y de sus familias (incluyendo soporte emocional y el control sintomático) 	 TRANSPARENCIA Y CONFIANZA	<ul style="list-style-type: none"> Se debe comunicar a pacientes /familiares la extraordinariedad de la situación y la justificación de las medidas propuestas. Estas decisiones deben ser consensuadas en la medida de lo posible, y públicamente defendibles
 SOPORTE	<ul style="list-style-type: none"> Planificar acciones para dar soporte a los familiares y a los profesionales, dado el impacto emocional/ <i>distress</i> moral de las decisiones éticas e incertidumbre Es recomendable realizar el proceso de toma de decisiones de forma compartida entre el equipo interdisciplinario -y siempre que sea posible, con el paciente y familia- 				

Basado en el documento de la SEMICYUC "RECOMENDACIONES ÉTICAS PARA TOMAR DECISIONES EN LA SITUACIÓN EXCEPCIONAL DE CRISIS POR PANDEMIA COVID-19 EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS". Elaboración del framework: Olga Rubio, Montse Esquerda y Jordi Ambilàs

* MODELO DE 4 PRIORIDADES de la UCI	
Prioridad 1	Pacientes críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI.
Prioridad 2	Pacientes que precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas, no ventilados de forma invasiva, pero con altos requerimientos de oxigenoterapia y con fracaso de otro órgano.
Prioridad 3	Pacientes inestables y críticos, con pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda.
Prioridad 4	Beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo o situación de enfermedad avanzada/terminal.

BIBLIOGRAFÍA:

- White, DB, et al. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann. Intern. Med.* 2009; 150, 132–138
- Downar, J, et al. Palliating a Pandemic: 'All Patients Must Be Cared For'. *J. Pain Symptom Manage.* 2010;39, 291–295
- Thompson, et al. Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Med. Ethics*; 2006, 7
- Falvey, JR, et al. Frailty assessment in the ICU: translation to 'real-world' clinical practice'. *Anaesthesia.* 2019;74, 700–703
- Leong, J et al. The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: Opportunities for palliative care. *Palliat Med.* 2004;18, 12–18
- Saxena, A. et al. Ethics preparedness: Facilitating ethics review during outbreaks. *BMC Med. Ethic.* 2019; 20, 1–10
- Grasselli G, et al Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy. Early Experience and Forecast During an Emergency Response. *JAMA.* 2020; March 13
- Covinsky KE, et al. Health status vs quality of life in older patients: does the distinction matter? *Am J Med.* 1999 Apr;106(4):435–40.
- Sprung CL, et al. Recommendations for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster: summary report of the European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. *Intensive Care Med.* 2010 Mar;36(3):428–43
- Levin D, et al. Altered standards of care during an influenza pandemic: identifying ethical, legal, and practical principles to guide decision making. *Disaster Med Public Health Prep.* 2009 Dec;3 Suppl 2:S132–40.
- Suhonen R, et al. Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *Int J Nurs Stud.* 2018 Dec;88:25–42
- World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. *Who* 2019, 12 (2020).

CON EL AVAL DE:

