













RECOMANACIONS GENERALS relacionades amb les DECISIONS ÈTIQUES DIFÍCILS i l' ADEQUACIÓ DE LA INTENSITAT ASSISTENCIAL/ingrés en les UNITATS DE CURES INTENSIVES en SITUACIONS EXCEPCIONALS DE CRISI

Relacionades amb l'ORGANITZACIÓ/RECURS (disponibilitat i alternatives)		Relacionades amb les CARACTERÍSTIQUES de la PERSONA / SITUACIÓ GLOBAL		Relacionades amb l'ÈTICA de les DECISIONS	
FACTOR		FACTOR	RECOMANACIÓ	FACTOR	RECOMANACIÓ
 PLA DE CONTINGÈNCIA TERRITORIAL	<ul style="list-style-type: none"> Disposar d'un pla de contingència d'emergència que planifiqui la distribució de pacients entre àrees geogràfiques. Prioritzar la solidaritat entre centres per maximitzar el bé comú per damunt de l'individual, valorant la possibilitat de transferència o derivació a un altre centre amb possibilitats. Valorar la possibilitat d'ampliar la capacitat de les UCI locals, facilitant ingressos en altres àrees habilitades per a aquesta epidèmia amb recursos adequats. 	 VALORACIÓ DE LA PERSONA	<ul style="list-style-type: none"> Valorar el pacient de manera global, i no la malaltia de manera aïllada. Per conèixer la situació global, pot ser d'especial utilitat contactar amb el seu equip d'atenció primària. En el cas de persones grans, això implica tenir en compte la seva situació global o "edat biològica". La <i>Valoració Geriàtrica Integral, les escales clíniques de fragilitat o els índexs de fragilitat poden ajudar amb aquesta finalitat.</i> Conèixer els valors i preferències de la persona, preguntant si disposa d'un Document de Voluntats Anticipades (DVA) o d'un Pla de Decisions Anticipades (PDA) 	 OUTCOMES	<ul style="list-style-type: none"> Davant les situacions de crisi i la necessitat d'estratègies d'assignació, des de l'ètica s'advoca per prioritzar: <ul style="list-style-type: none"> la maximització de la supervivència a l'alta hospitalària la maximització del nombre d'anys de vida salvats la maximització de les possibilitats de viure de cada una de les etapes de la vida. Tot i així, és important emfatitzar que l'edat cronològica (en anys) en cap cas hauria d'ésser l'únic element a considerar en les estratègies d'assignació.
 OPTIMITZACIÓ DELS RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar aquells procediments que facilitin la retirada de la ventilació mecànica i agilitzar els circuits de trasllats a planta. Optimitzar la dotació de personal assistencial en tant que sigui possible. Minimitzar els ingressos condicionats a proves terapèutiques. No ingressar pacients que han deixat escrites voluntats anticipades on es rebutgen mesures invasives (o que disposen de Pla de Decisions Anticipades on es consensuen mesures d'adequació terapèutica). Valorar l'agrupació d'aquest tipus de pacients en àrees específiques dintre de l'UCI. 	 PRIORITZACIÓ DE LAS PERSONES segons les seves característiques i situació actual	<ul style="list-style-type: none"> Es proposa emprar la Classificació de les persones segons el model de 4 prioritats clàssic de l'UCI (<i>vegeu quadre de la pàgina següent</i>).* Es prioritzarà els ingressos a UCI de pacients classificats com a prioritat 1, en aquells hospitals que disposen de dispositius de Cures Intermèdies, i es deixaran aquestes per als pacients amb prioritat 2. Es tendirà a no ingressar en unitats de cures intensives els pacients amb prioritat 3 i 4 en casos de crisi. 	 TRIATGE basat en la JUSTICIA DISTRIBUTIVA	<ul style="list-style-type: none"> Principi cost/oportunitat: admetre un ingrés pot implicar denegar un altre ingrés a una altra persona que pot beneficiar-se'n més (<i>evitar el criteri "primer d'arribar, primer d'ingressar"</i>). Aplicar criteris estrictes d'ingrés en UCI basats a maximitzar el benefici del bé comú. Davant de pacients crítics amb altres patologies crítiques diferents a la infecció per COVID19, s'ha de valorar ingressar prioritàriament el que més se'n beneficiï. Aquests principis s'haurien d'aplicar de manera uniforme a totes les persones —i no de manera selectiva als de perfil geriàtric o amb patologies cròniques—

 <p>CONSENS dels CRITERIS a aplicar</p>	<ul style="list-style-type: none"> Davant la limitació de recursos és imprescindible consensuar una sèrie de critèris —tècnics i ètics— comuns. És probable que els criteris s'hagin de modificar en funció de la situació global. Això pot requerir la creació d'un comitè d'experts territorial i/o d'àmbit, amb la participació dels comitès de bioètica i els professionals assistencials (hospitalaris i/o comunitaris) 	 <p>Adequació de la INTENSITAT TERAPÈUTICA segons evolució</p>	<ul style="list-style-type: none"> Establir des de l'ingrés un pla d'adequació terapèutica i documentar-lo en la història clínica amb definició clara de si hi ha o no indicació de ventilació mecànica. En cas de complicacions o mala evolució (<i>es poden emprar eines tipus SOFA...</i>), plantejar una desintensificació terapèutica —limitació del tractament de suport vital (LTSV), evitant la futilitat i prioritant mesures pal·liatives. En aquest cas, serà pertinent el trasllat a una àrea de menor complexitat, garantint l'atenció pal·liativa (incloent-hi el suport emocional i el control simptomàtic). 	 <p>Principi de PROPORCIONALITAT</p>	<ul style="list-style-type: none"> No ingressar persones per a les quals es preveu un benefici mínim (com situacions de fracàs multiorgànic establert, risc de mort calculada per escales de gravetat elevada, o situacions funcionals molt limitades, condicions de fragilitat avançada, etc.). Valorar curosament el benefici d'ingrés de pacients amb expectativa de vida inferior a 1-2 anys (<i>emprant eines com el NECPAL o similar</i>).
 <p>Planificació de les ALTERNATIVES</p>	<ul style="list-style-type: none"> En cas de desestimar ingrés a UCI, el sistema ha d'oferir alternatives assistencials de qualitat, que cobreixin les necessitats bàsiques i essencials de les persones i de les seves famílies (incloent-hi el suport emocional i el control simptomàtic). 			 <p>TRANSPARÈNCIA I CONFIANÇA</p>	<ul style="list-style-type: none"> S'ha de comunicar a pacients /familiars l'excepcionalitat de la situació i la justificació de les mesures proposades. Aquestes decisions han de ser consensuades, en tant que sigui possible, i públicament defensables.
 <p>SUPORT</p>	<ul style="list-style-type: none"> Planificar accions per donar suport als familiars i als professionals, atès l'impacte emocional/<i>distrès</i> moral de les decisions ètiques i la incertesa. És recomanable fer el procés de presa de decisions de manera compartida entre l'equip interdisciplinari —i sempre que sigui possible, amb el pacient i família. 				

Basat en el document de la SEMICYUC "RECOMENDACIONES ÉTICAS PARA TOMAR DECISIONES EN LA SITUACIÓN EXCEPCIONAL DE CRISIS POR PANDEMIA COVID-19 EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS". Elaboració del framework: Olga Rubio, Montse Esquerda i Jordi Amblàs

* MODEL DE 4 PRIORITATS de l'UCI	
Prioritat 1	Pacients crítics i inestables; necessiten monitorització i tractament intensiu que no pot ser proporcionat fora de l'UCI.
Prioritat 2	Pacients que necessiten monitorització intensiva i poden necessitar intervencions immediates, no ventilats de manera invasiva, però amb alts requeriments d'oxigenoteràpia i amb fracàs d'un altre òrgan.
Prioritat 3	Pacients inestables i crítics, amb poques possibilitats de recuperar-se a causa de la seva malaltia de base o de l'aguda.
Prioritat 4	Benefici mínim o improbable per malaltia de baix risc o situació de malaltia avançada/terminal.

BIBLIOGRAFIA:

- 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, I 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).

AMB L'AVAL DE:

