



ARTÍCULO ESPECIAL

Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos



O. Rubio^{a,*}, A. Estella^b, L. Cabre^c, I. Saralegui-Reta^d, M.C. Martín^e, L. Zapata^f, M. Esquerda^g, R. Ferrer^h, A. Castellanosⁱ, J. Trenado^j y J. Amblas^k

^a Cuidados Intensivos, Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Manresa, Barcelona, España

^b Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Jerez, Jerez de la Frontera, Cádiz, España

^c Cuidados Intensivos, Comité de Bioética de Cataluña, Catalunya, España

^d Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Árabá, Osakidetza Araba, Vitoria-Gasteiz, España

^e Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

^f Cuidados Intensivos, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^g Instituto Borja de Bioética, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^h Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Vall de Hebron, Barcelona, España

ⁱ Área de Medicina Crítica, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

^j Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^k Geriatría y Cuidados paliativos, Hospital Universitario de la Santa Creu de Vic, Central Catalonia Chronicity Research Group (C3RG), Universitat de Vic-UCC, Vic, Barcelona, España

Recibido el 26 de marzo de 2020; aceptado el 10 de abril de 2020

Disponible en Internet el 15 de abril de 2020

PALABRAS CLAVE

Pandemia;
Atención de crisis;
UCI;
Catástrofe;
Ética

Resumen Ante la situación excepcional de salud pública provocada por la pandemia por COVID-19, desde el grupo de ética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) se ha promovido un trabajo de consenso con el objetivo de encontrar algunas respuestas desde la ética a la encrucijada entre el incremento de personas con necesidades de atención intensiva y la disponibilidad efectiva de medios.

En un periodo muy corto de tiempo se ha cambiado el marco de ejercicio de la medicina hacia un escenario de «medicina de catástrofe», con el consecuente cambio en los parámetros de toma de decisiones. En este contexto la asignación de recursos o la priorización de tratamiento pasan a ser elementos cruciales, y es importante contar con un marco de referencia ético para poder tomar las decisiones clínicas necesarias. Para ello, se ha realizado un proceso de revisión narrativa de la evidencia, seguida de un consenso de expertos no sistematizado, que ha tenido

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: orubio@althaia.cat (O. Rubio).

KEYWORDS

Pandemic;
Crisis care;
ICU;
Catastrophe;
Ethics

como resultado tanto la publicación de un documento de posicionamiento y recomendaciones de la propia SEMICYUC, como el consenso entre 18 sociedades científicas y 5 institutos/cátedras de bioética y cuidados paliativos de un documento marco de referencia de recomendaciones éticas generales en este contexto de crisis.

© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Ethical recommendations for a difficult decision-making in intensive care units due to the exceptional situation of crisis by the COVID-19 pandemia: A rapid review & consensus of experts

Abstract In view of the exceptional public health situation caused by the COVID-19 pandemic, a consensus work has been promoted from the ethics group of the Spanish Society of Intensive, Critical Medicine and Coronary Units (SEMICYUC), with the objective of finding some answers from ethics to the crossroads between the increase of people with intensive care needs and the effective availability of means.

In a very short period, the medical practice framework has been changed to a 'catastrophe medicine' scenario, with the consequent change in the decision-making parameters. In this context, the allocation of resources or the prioritization of treatment become crucial elements, and it is important to have an ethical reference framework to be able to make the necessary clinical decisions. For this, a process of narrative review of the evidence has been carried out, followed by a unsystematic consensus of experts, which has resulted in both the publication of a position paper and recommendations from SEMICYUC itself, and the consensus between 18 scientific societies and 5 institutes/chairs of bioethics and palliative care of a framework document of reference for general ethical recommendations in this context of crisis.

© 2020 Published by Elsevier España, S.L.U.

Introducción

La actual pandemia provocada por el coronavirus SARS-CoV-2, causante de la enfermedad COVID-19, representa un desafío sin precedentes para todo el sistema sanitario, y más especialmente para las unidades de cuidados intensivos (UCI), dado que en los casos más severos puede complicarse con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), sepsis/shock séptico y fallo multiorgánico, incluyendo daño renal agudo y daño cardíaco¹.

Efectivamente, mientras que la mayoría de las personas con COVID-19 desarrollan una enfermedad leve o no complicada, los datos iniciales de China reportan que aproximadamente el 14% desarrollan una enfermedad grave que requiere hospitalización y el 5% requieren ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI)². En Lombardía, donde la capacidad total de las UCI previa a la crisis era de aproximadamente 720 camas (2,9% del total de camas de hospital en un total de 74 hospitales, con una ocupación del 85 al 90% durante los meses de invierno), a las dos semanas del inicio del brote se han visto desbordados, dado que los pacientes ingresados por COVID-19 en las UCI eran ya 556 (equivalente al 12% del total de casos positivos y el 16% de todos los pacientes hospitalizados)³.

La experiencia en otros países, así como la realidad que ya se está viviendo en algunos de nuestros hospitales, hace evidente el desequilibrio entre el volumen de personas con necesidad de asistencia ventilatoria invasiva y la disponibilidad efectiva de medios. Según datos recientemente publicados por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)⁴, el número de

camas de UCI en España se estima en aproximadamente 3.600, equivalente a una ratio de 7,7 camas por 100.000 habitantes (por las 29,2/100.000 habitantes de Alemania y las 4,2/100.000 habitantes de Portugal, para poner dos ejemplos próximos)⁵. A día de hoy (22/03/2020), el número de pacientes (incidencia acumulada) con COVID-19 que ha requerido de UCI en España es ya de 1.785⁶.

La encrucijada entre este previsible incremento de necesidades de atención intensiva y la limitación de recursos es muy probable que nos conduzca a una situación de «medicina de catástrofe», donde se generarán decisiones éticas especialmente difíciles en la asignación de recursos y priorización de personas. Esta realidad puede condicionar, a corto y a medio plazo, un impacto significativo tanto para los pacientes y sus familias como para los profesionales asistenciales que a veces puede resultar tanto o más catastrófico que la propia enfermedad⁷.

Ante la necesidad de un marco para la toma de decisiones éticas difíciles que esté basado en criterios sólidos, principios éticos fundamentales y la prestación equitativa y justa de servicios, desde el grupo de ética de la SEMICYUC se ha promovido un consenso con el objetivo de guiar y dar apoyo a los profesionales en esta situación tan compleja.

Metodología

Dada la imperiosidad de la situación actual, se ha planteado una metodología ágil y con vocación resolutoria en 3 etapas:

1. Síntesis rápida de la bibliografía publicada sobre ética en la toma de decisiones en situaciones excepcionales de crisis relacionadas con antecedentes pandémicos.
2. Elaboración de un documento de consenso no sistemático online entre los profesionales del grupo de ética SEMICYUC y profesionales expertos del ámbito de la bioética, la geriatría y los cuidados paliativos.
3. Consenso de un documento marco de recomendaciones generales con sociedades científicas e institutos/cátedras de ética, así como otras organizaciones.

Resultados

Síntesis rápida de la literatura

Tras realizar una búsqueda narrativa se han encontrado 9 artículos especialmente relevantes sobre ética en la toma de decisiones ante situaciones excepcionales de crisis relacionadas con pandemias⁷⁻¹⁵. Tres han sido los artículos que en este contexto revisan aspectos específicos de la atención paliativa¹⁶⁻¹⁸.

Elaboración del documento

A partir de la evidencia, y en base al trabajo realizado online por parte de los autores del presente artículo, se consensó un primer documento: «Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos». Este escrito tiene una doble finalidad: 1) apoyar a los profesionales en la toma de decisiones difíciles, facilitando criterios colegiados que permitan compartir la responsabilidad en las decisiones en situaciones que implican una gran carga emocional, y 2) explicitar unos criterios de idoneidad de asignación de recursos en una situación de excepcionalidad y escasez.

Recomendaciones generales

Se desarrollan, en primer lugar, una serie de recomendaciones generales que globalmente se pueden agrupar en tres grandes categorías:

- A. Recomendaciones relacionadas con la *organización*, la *disponibilidad de recursos* y las *alternativas*. En este ámbito destaca: 1) la necesidad de un plan de contingencia territorial donde prime el criterio de solidaridad entre centros; 2) la optimización de los recursos: personales, estructurales y materiales; 3) el consenso de unos criterios técnicos y éticos comunes, proponiendo la creación de comités de expertos territoriales, y 4) la planificación de las alternativas, especialmente las destinadas a las personas tributarias de tratamiento paliativo.
- B. Recomendaciones relacionadas con las *características* y la *situación global de la persona*. Partiendo de la necesidad de realizar una valoración integral, 1) que incorpore una valoración multidimensional —con el fin de valorar su situación global o «edad biológica»— y de sus valores y preferencias, incluyendo la posibilidad de que disponga de un documento de voluntades anticipadas (DVA) o un plan de cuidados anticipados (PCA); 2) que permita una

mejor asignación del ingreso a la UCI, proponiendo adoptar el modelo de 4 categorías de priorización (fig. 1), y 3) que tenga en cuenta la necesidad de adecuación dinámica de la asistencia, garantizando una atención paliativa de calidad en caso de mala evolución.

- C. Recomendaciones relacionadas propiamente con la *ética de las decisiones*, destacando: 1) la necesidad de aplicar criterios éticos propios de las situaciones de crisis, abogando por una estrategia de asignación que maximice la supervivencia al alta hospitalaria, así como el número de años de vida salvados, considerando que la edad cronológica (en años) no debería ser el único elemento a considerar en las estrategias de asignación; 2) la importancia de que el triaje se base en los principios de justicia distributiva —priorizando el mejor «coste/oportunidad»— y de proporcionalidad —no ingresando a personas en las que se prevé un beneficio mínimo (p.ej., en aquellas con un pronóstico de vida limitado relacionado con una enfermedad avanzada)—, y 3) la recomendación de realizar el proceso de toma de decisiones de forma compartida entre el equipo —y, siempre que sea posible, con el paciente y la familia— mediante una comunicación respetuosa, transparente y en un contexto de confianza.

Más allá de estos tres grupos, la literatura hace especial énfasis en la necesidad de planificar acciones para dar soporte a los familiares y a los profesionales, dado el impacto emocional/distrés moral de las decisiones éticas y la incertidumbre.

Recomendaciones específicas

- A. Partiendo del compromiso de dar asistencia sanitaria a todo paciente afectado de insuficiencia respiratoria aguda (IRA), se propone priorizar la *asignación de ingreso* según criterios objetivos de idoneidad y expectativas de resolución del proceso con buena calidad de vida y funcionalidad. Desde esta perspectiva, y en un contexto de crisis y falta de recursos, se plantea que solo sean candidatos a ingresar en la UCI y/o cuidados intermedios/semicríticos los pacientes con prioridad 1 y 2 (fig. 1).
- B. En relación con la *ventilación a los pacientes con IRA*, se propone una adecuación de la intervención a las características de la persona (tabla 1), entendiendo por comorbilidad la presencia de varios procesos de enfermedad diferentes a la actual y medibles por la escala de gravedad de Charlson: ausencia comorbilidad, 0-1 punto; comorbilidad alta, > 3 puntos.

Consenso del documento marco con sociedades científicas e institutos/cátedras de ética

A partir de las recomendaciones generales del documento del grupo de ética de la SEMICYUC, se impulsó un trabajo de consenso que culminó en el documento marco «Recomendaciones generales relacionadas con las decisiones éticas difíciles y la adecuación de la intensidad asistencial/ingreso en las unidades de cuidados intensivos en

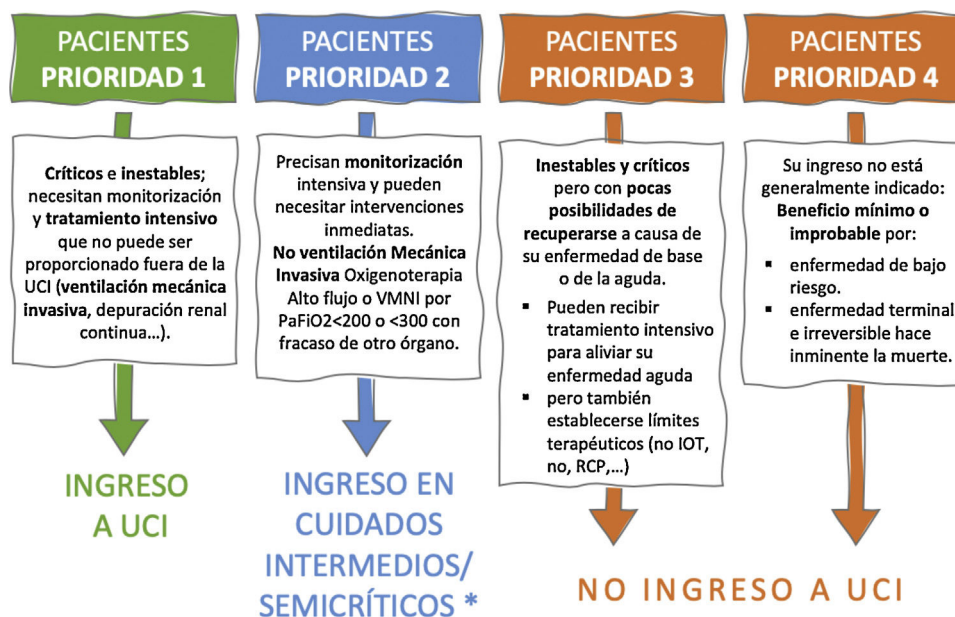


Figura 1 Modelo de 4 categorías de priorización y propuesta de ubicación según las características del paciente y la situación actual.

IOT: intubación orotraqueal; RCP: reanimación cardiopulmonar.

*Considerando la opción del ingreso de pacientes con prioridad 2 en otras áreas asistenciales como cuidados intermedios en caso de disponer de estos y no estar saturados por pacientes con prioridad.

Tabla 1 Indicaciones de VMI y VMNI según las características de la persona

Características de la persona	Propuesta de ventilación en insuficiencia respiratoria por COVID-19
> 80 años con comorbilidades	Recibirá mascarilla de oxígeno de alta concentración, oxigenoterapia de alto flujo o VMNI (estos dos últimos procedimientos se considerará la relación riesgo/beneficio por la producción de aerosoles en habitaciones compartidas y la disponibilidad de vigilancia en planta de hospitalización convencional)
> 80 años sin comorbilidades	Recibirá preferentemente mascarilla de oxígeno de alta concentración, oxigenoterapia de alto flujo o VMNI (estos dos últimos procedimientos se considerará la relación riesgo/beneficio por la producción de aerosoles en habitaciones compartidas y la disponibilidad de vigilancia en planta de hospitalización convencional) Se seleccionará, cuidadosa e individualmente, la indicación VMI según indicación y evaluando riesgo/beneficios
Entre 70-80 años Sin patología previa importante Con comorbilidad moderada-grave*	Subsidiario de tratamiento con VMI Se valorará cuidadosamente la indicación de VMI y se le tratará preferentemente con VMNI o similar, según disponibilidad No subsidiarios de VMI
Demencia y/o enfermedad neurodegenerativa En todos los casos anteriores	Se retirará la VMI según la evolución en la puntuación de la escala SOFA diaria, las complicaciones acontecidas y estableciendo un juicio de futilidad

VMI: ventilación mecánica invasiva; VMNI: ventilación mecánica no invasiva.

* ICC, miocardiopatía dilatada, EPOC, cirrosis, insuficiencia renal crónica, etc.

Escala de Charlson > 3 puntos.













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 donde se rechazan medidas invasivas (o que disponen de Plan de Cuidados Anticipados donde 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 crónicas diferentes a la infección por COVID-19, 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-.
 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 (utilizando herramientas como el NECPAL o similar)
 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- 				

Figura 2 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.

situaciones excepcionales de crisis», que se puede visualizar en la figura 2.

Participaron en este marco de consenso 21 sociedades científicas, 6 institutos/cátedras de bioética/cuidados paliativos y otras 5 entidades (tabla 2).

Discusión

Hasta donde conocen los autores, esta es la primera publicación en la literatura científica de un consenso —por otro lado extraordinariamente amplio— de recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en la UCI en situaciones de crisis por pandemia. Si bien pueden existir algunas limitaciones derivadas de la premura con que se ha tenido que llevar a cabo, la metodología utilizada en tres etapas ha generado una propuesta ordenada y rigurosa.

En primer lugar, se ha constatado una cierta carencia de referencias bibliográficas específicas sobre ética en

crisis epidemiológicas. A pesar de ello, es destacable que la mayor parte de las publicaciones hacen énfasis tanto en la necesidad de dotar de premisas éticas todo el proceso de asignación de recursos como en la necesidad de ofrecer alternativas de calidad para la paliación de los síntomas en caso de mala evolución¹⁶.

Por otro lado, también resulta llamativa la necesidad de aplicar el principio de justicia de forma uniforme a todas las personas, y no de forma selectiva a las personas de perfil geriátrico o con problemas crónicos de salud⁸. Así pues, aunque existe consenso en que hay que intentar maximizar tanto el número de personas beneficiadas como la supervivencia libre de discapacidad al alta hospitalaria y el número de años de vida salvados, la mayor parte de artículos invitan a desvincular la decisión de asignación en base a la edad cronológica de la persona como única estrategia, abriendo la puerta a la necesidad de valorar otras variables, como el grado de fragilidad, equivalente a la «edad biológica» de la persona^{19,20}.

Tabla 2 Entidades participantes y avaladoras del consenso (por orden alfabético)

Sociedades científicas	Otras entidades
Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AEPAL)	Càtedra de Bioètica. Universitat de Vic-UCC
Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención (AEPCA)	Càtedra de Cures Pal·liatives, Universitat de Vic-UCC
Associació Catalana d'Infermeria Pediàtrica (ACIP)	Consell de Col·legis de Metges de Catalunya
Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFiCC)	Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP)
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)	Grup de recerca en cronicitat de la Catalunya central (C3RG)
Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR)	Infermeres de Catalunya Institut Borja de Bioètica, Universitat Ramon Llull
Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)	Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés. Universidad Europea
Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC)	Observatori de Bioètica i Dret, Universitat de Barcelona
Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG)	Organización Médica Colegial (OMC)
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)	
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)	
Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG)	
Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)	
Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)	
Societat Catalana d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor (SCART)	
Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (SCGG)	
Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SOCMUE)	
Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC)	
Societat Catalana de Medicina Intensiva i Crítica (SOCMIC)	
Societat Catalano-balear de Cures Pal·liatives (SCBCP)	
Societat Catalanoblear de Medicina Interna (SCMI)	

Finalmente, más allá de desarrollar estrategias proactivas escalonadas basadas en las estimaciones epidemiológicas, el conocimiento clínico y la optimización de los recursos, el proceso de planificación de una crisis de salud pública requiere una reflexión sobre los valores, como la responsabilidad, la inclusividad, la transparencia, la sensibilidad o la razonabilidad⁷. Los marcos éticos como el descrito permiten orientar a los profesionales asistenciales y a las autoridades en el difícil proceso de toma de decisiones, hecho que puede ayudar finalmente a reducir los daños colaterales¹².

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: A single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir. Med.* 2020, [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5).
- Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China. *JAMA.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.2648>.
- Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy. *JAMA.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.4031>.
- Rascado Sedes P, Ballesteros Sanz MA, Bodí Saera MA, CarrascoRodríguez-Rey LF, Castellanos Ortega A, Catalán González M, et al. Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19. *Enferm Intensiva.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2020.03.001>.
- Martín MC, León C, Cuñat J, del Nogal F. Recursos estructurales de los Servicios de Medicina Intensiva en España. *Med Intensiva.* 2013;37:443–51.
- Ministerio de Sanidad. Actualización n.º 52. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_52_COVID-19.pdf.
- Thompson AK, Faith K, Gibson JL, Upshur REG. Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Med Ethics.* 2006;7:E12.

8. White DB, Katz MH, Luce JM, Lo B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann Intern Med.* 2009;150:132–8.
9. Vergano M, Bertolini G, Giannini A, Gristina G, Livigni S, Mistraretti G, et al. Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. SIAARTI. 2020. Disponibile en: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>.
10. Levin D, Cadigan RO, Biddinger PD, Condon S, Koh HK. Altered standards of care during an influenza pandemic: Identifying ethical, legal, and practical principles to guide decision making. *Disaster Med Public Health Prep.* 2009;3 Suppl 2:S132–40.
11. Sprung CL, Zimmerman JL, Christian MD, Joynt GM, Hick JL, Taylor B, et al., European Society of Intensive Care Medicine Task Force for Intensive Care Unit Triage during an Influenza Epidemic or Mass Disaster. 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;36:428–43.
12. World Health Organization. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. World Health Organization; 2016. Disponibile en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>
13. Stauffer MD, Bender S. Ethical and legal considerations in counselling. En: Capuzzi D, Gross DR, editores. *Introduction to the Counseling Profession*. 7th edition New York: Routledge; 2017., <http://dx.doi.org/10.4324/9781315537061>.
14. Saxena A, Horby P, Amuasi J, Aagaard N, Köhler J, Gooshki ES, et al. Ethics preparedness: Facilitating ethics review during outbreaks — Recommendations from an expert panel. *BMC Med Ethics.* 2019;20:29210.
15. Organización Mundial de la Salud. Consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de salud pública a la gripe pandémica. Ginebra: WHO Press; 2009.
16. Downar J, Seccareccia D. Palliating a pandemic: 'All patients must be cared for'. *J Pain Symptom Manage.* 2010;39:291–5.
17. Leong IY, Lee AO, Ng TW, Lee LB, Koh NY, Yap E, et al. The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: Opportunities for palliative care. *Palliat Med.* 2004;18:12–8.
18. Krakauer EL, Daubman BR, Aloudat T, Bhadelia N, Black L, Janjanin S. Palliative care needs of people affected by natural hazards, political or ethnic conflict epidemics of life-threatening infections, and other humanitarian crises. En: Waldman E, Glass M, editores. *A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises*. Oxford University Press; 2019. p. 1–15, <http://dx.doi.org/10.1093/med/9780190066529.001.0001>.
19. Pemberton M. It's not just coronavirus, ageism is a killer too. *Daily Mail.* 2020. Disponibile en: <https://www.dailymail.co.uk/health/article-8111229/DR-MAX-not-just-coronavirus-ageism-killer-too.html>.
20. Falvey JR, Ferrante LE. Frailty assessment in the ICU: Translation to 'real-world' clinical practice'. *Anaesthesia.* 2019;74:700–3.