

COVID-19 y ÉTICA MÉDICA
Sociedad Italiana de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Terapia Intensiva
SIAARTI. 6-3-2020

RECOMENDACIONES DE ETICA CLÍNICA PARA LA ADMISIÓN A TRATAMIENTO INTENSIVO Y PARA SU SUSPENSIÓN, EN CONDICIONES EXCEPCIONALES DE DESEQUILIBRIO ENTRE NECESIDADES Y RECURSOS DISPONIBLES.

Las previsiones sobre la epidemia del Covid-19 actualmente en curso en algunas regiones italianas estiman para la próximas semanas, en muchos centros, un aumento en los casos de insuficiencia respiratoria aguda (con necesidad de ingreso en UCI) de tal magnitud que cause un enorme desequilibrio entre las necesidades clínicas reales de la población y la disponibilidad de recursos intensivos. Es un escenario en el que podrían ser necesarios **criterios de acceso a intensivos** (y de alta) no tanto estrictamente por la adecuación clínica y la proporcionalidad de la atención, sino también inspirada por un criterio lo más posiblemente compartido de justicia distributiva y asignación apropiada de recursos sanitarios limitados.

Un escenario de este tipo es sustancialmente asimilable al ámbito de la “Medicina de Catástrofes”, para la cual la reflexión ética ha desarrollado con el tiempo muchas indicaciones concretas para los médicos y enfermeros comprometidos en decisiones difíciles.

Como extensión del principio de proporcionalidad de la atención, la asignación en un contexto serio de escasez de recursos sanitarios debe apuntar a garantizar el tratamiento intensivo a los pacientes con mayor posibilidad de éxito terapéutico: se trata por tanto de **privilegiar la “mayor esperanza de vida”**. La necesidad de tratamiento intensivo debe por tanto ser integrado con otros elementos de “idoneidad clínica” para cuidados intensivos, que comprenden: el tipo y la gravedad de la enfermedad, la presencia de comorbilidad, el compromiso de otros órganos y aparatos y su reversibilidad.

Esto comporta no tener necesariamente que seguir un criterio de acceso a cuidados intensivos del tipo “el primero que llega, el primero que se atiende”. Es comprensible que los cuidadores, por cultura y formación, estén poco avezados en razonar con criterios de triage de máxima emergencia, en cuanto que la situación actual tiene características de excepcionalidad.

La disponibilidad de recursos no suelen entrar en el proceso de decision y en las decisiones de casos particulares, hasta que los recursos se vuelven tan escasos que no permiten tratar a todos los pacientes que hipotéticamente podrían beneficiarse de un tratamiento clínico específico.

Está implícito que la aplicación de criterios de racionamiento es justificable solo después que por parte de todos los sujetos involucrados (en particular las “Unidades de Crisis” y los órganos directivos hospitalarios) hayan hecho todos los esfuerzos posible para aumentar la disponibilidad de recursos disponibles (en particular camas de cuidados intensivos) y después de que se haya evaluado la posibilidad de traslado de pacientes a centros con mayor disponibilidad de recursos.

Es importante que una modificación de los criterios de acceso pueda ser compartida lo más posible entre los operadores involucrados. A los pacientes y a sus familiares debe ser comunicada lo extraordinario de las medidas vigentes, por una cuestión de deber de transparencia y de mantenimiento de la confianza en el servicio sanitario público.

Objetivo de las recomendaciones.-

- A) Descargar a los médicos de una parte de la responsabilidad en las decisiones, que puede ser emocionalmente importante en casos individuales.
- B) Clarificar los criterios de asignación de recursos sanitario en condiciones extraordinarias de escasez.

Con la actual información disponible, una parte sustancial de los sujetos diagnosticados con infección de Covid-19 requiere **soporte ventilatorio** debido a **neumonía intersticial** caracterizada por hipoxemia severa.

La enfermedad intersticial es potencialmente reversible, pero la fase aguda puede durar muchos días. A diferencia de los cuadros SRDA (*síndrome de dificultad respiratoria aguda*) más familiares, con la misma hipoxemia, la **neumonía Covid-19** tiene una capacidad pulmonar ligeramente mejor y responde mejor a los reclutamientos, PEEP (*presión positiva al final de la espiración*) medio, ciclos de pronación, óxido nítrico inhalado. En cuanto a los casos más conocidos de SDRA habitual, estos pacientes requieren ventilación protectora, con baja presión de conducción.

Todo esto implica que la intensidad de la atención puede ser alta, así como el uso de recursos humanos. Según los datos de las dos primeras semanas en Italia, aproximadamente la décima parte de los pacientes infectados requieren un tratamiento intensivo con ventilación asistida, invasivo o no invasivo.

RECOMENDACIONES

1. Los criterios extraordinarios de admisión y alta son flexibles y se pueden adaptar localmente a la disponibilidad de los recursos, a la posibilidad real de transferir pacientes, al número de ingresos en curso o previstos. Los criterios se aplican a todos los pacientes intensivos, no solo a los pacientes infectados con el Covid-19.
2. El ingreso es una opción compleja y muy delicada, también debida al hecho de que un aumento excesivo extraordinario de las camas en intensivos no garantizaría una atención adecuada a pacientes individuales y distraería recursos, atención y energía a los restantes pacientes ingresados en intensivos. También debe considerarse el previsible aumento de la mortalidad por afecciones clínicas no vinculadas a la epidemia en curso, debido a la reducción de la actividad quirúrgica y ambulatoria electiva y la escasez de recursos intensivos.

3. Puede ser necesario establecer un límite de edad para ingresar. No se trata de tomar decisiones sin fundamento, sino para reservar recursos que podrían ser muy escasos para aquellos que tienen más probabilidades de supervivencia y secundariamente a aquellos que pueden tener más años de vida salvados, con miras a maximizar los beneficios para el mayor número de personas. En un escenario de saturación total de recursos intensivos, decidir de mantener un criterio de “el primero que llega, es el primero en atender” equivaldría pues a elegir no tratar a los eventuales pacientes posteriores, que quedarían excluidos de la terapia intensiva.

4. La presencia de comorbilidades y el estado funcional deben evaluarse cuidadosamente además de la edad. Es concebible que un curso relativamente breve en personas sanas sea potencialmente más largo y por tanto con más consumo de recursos en el caso de pacientes ancianos, frágiles o con comorbilidad severa. Pueden ser particularmente útiles en este sentido los criterios clínicos específicos y generales presentes en el Documento SIAARTI del 2013 sobre fallo multiorgánico terminal (<https://bit.ly/2lfkphd>).

También es apropiado consultar también el documento SIAARTI relacionado con los criterios de admisión en Cuidados Intensivos (Minerva Anesthesiol 2003; 69(3): 101-118).

5. Debe ser considerada con atención la eventual presencia de la voluntad previa expresada por el paciente mediante cualquier disposición anticipada de tratamiento y, en particular, como se define (y junto a los cuidadores).

6. Para los pacientes en los que se valora como “no apropiado” el acceso a un tratamiento intensivo, la decisión de establecer un límite a la atención debe ser motivada, comunicada y documentada. La desestimación de la ventilación mecánica no debe impedir una intensidad de cuidados inferior.

7. La valoración de considerar inapropiado el acceso a cuidados intensivos basado únicamente en criterios de justicia distributiva (desequilibrio extremo entre demanda y disponibilidad) se justifica por lo extraordinario de la situación.

8. En el proceso de toma de decisiones, si se presentan situaciones de particular dificultad e incertidumbre, puede ser útil acudir a una “segunda opinión” (aunque solo sea telefónica) de un interlocutor experto (por ejemplo, el Centro Coordinador).

9. Los criterios de acceso a Cuidados Intensivos deben ser discutidos y definidos para cada paciente lo más pronto posible, creando idealmente a tiempo una lista de pacientes que serán considerados merecedores de Cuidados Intensivos en el momento que se produzca el deterioro clínico, siempre que la disponibilidad en ese momento lo permita.

Una eventual instrucción de “no intubar” debe constar en la historia clínica, dispuesta para ser utilizada como guía si el deterioro clínico se produce precipitadamente y en presencia de cuidadores que no hayan participado en la planificación y que no conocen al paciente.

10. La sedación paliativa en pacientes hipóxicos con progresión de la enfermedad debe considerarse necesaria como expresión de buena práctica clínica, y debe seguir las recomendaciones existentes. Si se prevé un periodo agónico no breve, debe ser previsto un traslado a un ambiente no intensivo.

11. Todos los ingresos en cuidados intensivos deben considerarse y comunicarse como “ICU trial” y por tanto someterse a una reevaluación diaria de la adecuación, de los objetivos de la atención, y de su proporcionalidad. Si se considera que un paciente, quizás hospitalizado con criterios límite, no responde al tratamiento inicial prolongado o se complica severamente, una decisión de “desestimio terapéutico” y de cambio de cuidados intensivos a paliativos, en un escenario de afluencia excepcionalmente elevada de pacientes, no debe posponerse.

12. La decisión de limitar el cuidado intensivo debe discutirse y compartirse de la manera más colegiada posible por el equipo tratante y, en la medida de lo posible, en diálogo con el paciente (y sus familiares), cuando sea oportuno. Es previsible que la necesidad de tomar repetidamente decisiones de este tipo convierta en más sólido el proceso en cada UCI y mejor adaptado a la disponibilidad de los recursos.

13. El soporte ECMO (*empleo de los sistemas de oxigenación de membrana extracorpórea*) como un recurso respecto a una hospitalización ordinaria en la UCI, en condiciones de afluencia extraordinaria, debe reservarse a casos extremadamente seleccionados y con previsión de destete relativamente rápido. Debería estar reservado a centros con elevado volumen, en los cuales el paciente en ECMO absorbe en proporción menos recursos que los que absorbería en un centro con menos experiencia.

14. Es importante “establecer redes” mediante la agregación e intercambio de información entre centros y profesionales. Cuando el trabajo lo permita, al final de la emergencia, será importante dedicar tiempo y recursos para informar y monitorear cualquier *burnout* profesional y estrés moral de los operadores.

15. Deben considerarse también las repercusiones sobre los familiares hospitalizados en la UCI, sobre todo en los casos en los que el paciente fallece al final de un periodo de restricción total de las visitas.

