



SOCIEDAD ESPAÑOLA de ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN y TERAPÉUTICA DEL DOLOR

MARCO ÉTICO PANDEMIA COVID 19

Elena Espinosa¹, Josefina Galan², César Aldecoa³, Fernando Ramasco⁴, Eugenio Llamas⁵.

1. Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.
2. Grupo de trabajo LTSV. Responsable programa atención al paro cardiorrespiratorio. Hospital Santa Creu i Sant Pau.
3. Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Río Hortega.
4. Jefe de Sección Unidad de Reanimación Hospital La Princesa Madrid.
5. Catedrático Derecho Civil. Asesor Jurídico SEDAR.



SOCIEDAD ESPAÑOLA de ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN y TERAPÉUTICA DEL DOLOR

Las consecuencias de una pandemia global, como la que estamos viviendo en el momento actual, motivada por la infección por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID 19), no es nueva. Modelos de estudios sugieren que una pandemia similar, la mal llamada “gripe española” de 1918, trasladada a la actualidad, requeriría un 400% de las camas de las unidades de críticos (UCIs) de Estados Unidos y un 200% de todos los ventiladores mecánicos disponibles en ese país. Así mismo debemos tener en cuenta que nuestras UCIs se mueven entre el 80 y el 90% de ocupación de manera continuada, por lo que su capacidad de absorción de miles de casos nuevos es muy limitada.

En la práctica clínica diaria el paciente que requiere tratamientos de soporte vital habitualmente los recibe, salvo por expreso rechazo del paciente o sus familiares a la aplicación de los mismos o porque de forma ajustada al conocimiento actual de la medicina basada en la evidencia científica y respetando los principios de la bioética, se consideren fútiles.

Los principios de la bioética, y en concreto el principio de justicia distributiva, considera que se ha de procurar un reparto equitativo de los beneficios y de las cargas, facilitando el acceso no discriminatorio, adecuado y suficiente de las personas a los recursos disponibles, haciendo un uso eficiente de los mismos.

Generalmente el facultativo no se ve en la disyuntiva de seleccionar a qué paciente le aplica una terapia de soporte vital, en base a los recursos disponibles, sin embargo, cuando los recursos son finitos, la ética de salud pública promueve el bien común por encima de la autonomía personal. La escasez de respiradores o de cama de cuidados intensivos durante una crisis de salud pública puede determinar que el médico deba decidir qué paciente tiene mayores posibilidades de supervivencia y asignar (o no) los recursos disponibles. En estos casos se subordina el interés de algunos pacientes en favor del bien común: Debemos maximizar el número de pacientes que sobreviven al alta hospitalaria.

Es por ello necesario determinar cómo se van a asignar los recursos de los que disponemos durante esta emergencia sanitaria, en una decisión que debe ser transparente para evitar decisiones arbitrarias o con sesgo. Creemos que la asignación de recursos debe basarse en criterios éticos que determinen unas prioridades de clara aceptación general.



SOCIEDAD ESPAÑOLA de ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN y TERAPÉUTICA DEL DOLOR

PRINCIPIOS ÉTICOS

Existen una serie de principios éticos a tener en cuenta en el desarrollo de cualquier guía para el manejo de crisis sanitarias:

Equidad: los protocolos de estándares de atención deben ser reconocidos como justos por todas las partes afectadas.

Deber de atención: incluso durante los desastres, el deber principal de los profesionales de la salud es con los pacientes que necesitan atención médica, aún cuando la atención implica algún riesgo para el médico.

Deber de administrar los recursos: los profesionales de la salud deben equilibrar el deber de cuidar a cada paciente individual con el deber de administrar recursos comunitarios limitados. El nivel de escasez en un desastre exacerba esta tensión, por lo que es esencial establecer procesos éticos para tomar decisiones de triaje.

Transparencia: las decisiones éticamente acertadas reflejan experiencia técnica pero también reflejan valores. La participación pública en el establecimiento de protocolos es crítica. Si eso no es posible, los líderes deben confiar en una comunicación clara, honesta y en tiempo real con las comunidades y en una revisión posterior.

Consistencia: tratar por igual a los grupos y evitar la discriminación nociva es una forma importante de promover la equidad y fomentar la confianza pública.

Proporcionalidad: las limitaciones en los servicios prestados deben ser necesarias y proporcionales a la escala del desastre.

Responsabilidad: todos los responsables de la toma de decisiones deben ser responsables de un nivel razonable de conciencia de la situación y de incorporar evidencia en la toma de decisiones, incluida la revisión de decisiones a medida que surgen nuevos datos.



SOCIEDAD ESPAÑOLA de ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN y TERAPÉUTICA DEL DOLOR

PRINCIPIOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE

El 31/12/19 en Wuhan (provincia de Hubei, China) se comunican 27 casos de neumonía de etiología desconocida. El 7/01/20, se describe el agente causante del brote: un nuevo tipo de coronavirus que posteriormente ha sido denominado SARS-CoV-2. La epidemia, una de las mayores crisis sanitarias de los últimos años, cuyas consecuencias son todavía impredecibles, se ha extendido por más de 130 países y afecta a más de 230.000 personas, de las que más de 9.000 han perdido la vida.

En **España**, el número de casos positivos con Covid-19 crece exponencialmente, siendo el segundo país con mayor número de casos de Europa solo por detrás de Italia, repartidos en todas las comunidades autónomas. La mortalidad en este momento es del 4,6% y se espera que alrededor del 10% de los infectados requieran ingreso en una unidad de críticos.

Las previsiones estimadas para los próximos días y semanas apuntan a un aumento del número de casos de insuficiencia respiratoria grave que amenaza con generar un desequilibrio sustancial 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 principios clínicos y éticos que guíen las decisiones de los profesionales sanitarios a la hora de valorar a todos aquellos pacientes que pudieran requerir de un manejo en una unidad de cuidados intensivos (UCIs).

Creemos que debemos evitar criterios como el “sickest first” (el más enfermo primero) o el “first-come, first-served” (el primero que llega es el primero en ser atendido) y al incuestionable principio de “maximizar el mayor número de vidas salvadas” debería añadirsele el de “años de vida ganados” y el de “cumplimiento de ciclo vital”.

Es decir, entre dos pacientes de la misma edad, uno sano y otro con comorbilidades graves sin duda obtendremos una mayor ganancia de años en el primer paciente. Así mismo, se considera (y está socialmente aceptado) que los pacientes jóvenes deberían recibir una asignación de recursos preferente frente a los mayores. Podría considerarse injusto para los pacientes de mayor edad, pero este principio es básicamente igualitario pues promueve que todos los individuos tengan la oportunidad de vivir su ciclo vital.



SOCIEDAD ESPAÑOLA de ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN y TERAPÉUTICA DEL DOLOR

Para fundir estos tres principios en una estrategia de actuación recomendaríamos la escala de White et al:

1. Salvar el mayor número de vidas: Utilizar escala SOFA (pronóstico de supervivencia a corto plazo)
 - SOFA <6 (1 punto)
 - SOFA 6-9 (2 puntos)
 - SOFA 10-12 (3 puntos)
 - SOFA > 12 (4 puntos)
2. Ganar el mayor número de años: Pronóstico de supervivencia a largo plazo, evaluar comorbilidades.
 - No comorbilidades (1 punto)
 - Ligeras comorbilidades con impacto menor sobre la supervivencia a largo plazo. (2 puntos)
 - Comorbilidades importantes que afectan moderadamente la supervivencia a largo plazo. (3 puntos)
 - Comorbilidades severas que afectan de manera importante a la supervivencia a largo plazo, esperanza de vida < 1 año. (4 puntos)
3. Asegurar el mantenimiento del ciclo vital: Edad en años.
 - Entre 12 y 40 años (1 punto).
 - Entre 41 y 60 años (2 puntos).
 - Entre 61 y 74 años (3 puntos).
 - Mayores de 75 años (4 puntos).

Aquellos con menor puntuación deberán recibir la mayor prioridad para recibir soporte vital avanzado y/o ingreso en cuidados críticos. Este sistema de puntuación debería aplicarse a TODOS los pacientes susceptibles de ingreso en una unidad de críticos, no sólo a los pacientes con COVID-19 (+).



SOCIEDAD ESPAÑOLA de ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN y TERAPÉUTICA DEL DOLOR

RECOMENDACIONES

Los criterios deberán aplicarse a todos los pacientes críticos, no solo a los pacientes infectados con Covid-19.

- Los criterios de admisión y alta en las unidades de intensivos deben ser flexibles y adaptarse localmente a la disponibilidad de recursos, a la posibilidad real de transferir pacientes y a la cantidad de ingresos en curso o planificados.
- La asignación de cama en una unidad de críticos es una opción compleja y muy delicada, por ello recomendamos la utilización de la escala de White et al o similar para asegurarnos el tomar decisiones realistas y no sesgadas.
- Un incremento excesivo de camas de críticos no garantizaría una atención adecuada para pacientes individuales y desviaría recursos, atención y energía de los pacientes restantes ingresados en Cuidados Intensivos. También debe considerarse el aumento previsible de la mortalidad debido a condiciones clínicas no vinculadas a la pandemia en curso, tales como la reducción de la actividad quirúrgica electiva y a la escasez de recursos intensivos.
- Es prioritario la protección del personal sanitario que atiende a estos pacientes, para evitar mermar los recursos necesarios para atender a los pacientes durante la pandemia.
- Puede ser necesario establecer un límite de edad para ingresar en cuidados intensivos, de manera puntual y con motivo de esta pandemia. El objetivo es reservar recursos que podrían ser muy escasos para aquellos que tienen la mayor posibilidad de supervivencia en primer lugar y en segundo lugar para aquellos que pueden tener más años de vida salvados, con el fin de maximizar los beneficios para un mayor número de pacientes. En un escenario de saturación total de recursos intensivos, decidir mantener un criterio de "primer llegado, primer servido" equivaldría a elegir no tratar a los pacientes posteriores que permanecerían excluidos de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- La presencia de comorbilidades y estado funcional debe evaluarse cuidadosamente, además de la edad del paciente. Ante dos pacientes similares se debe priorizar la persona con más AVAC o QALY (Años de vida ajustados a la calidad o Quality-Adjusted Life Year). AVAC es una medida del estado de salud que estima tanto la calidad como la cantidad de vida prevista. Priorizar la mayor esperanza de vida con



SOCIEDAD ESPAÑOLA de ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN y TERAPÉUTICA DEL DOLOR

calidad. En personas mayores se debe tener en cuenta la supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada.

- Para los pacientes para quienes el acceso a una unidad de críticos se considere fútil, la decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico debe ser consensuada, comunicada al paciente y/o la familia y registrada en la historia clínica. Ello no es óbice para ofertar otro tipo de terapias.
- Cualquier juicio de inadecuación en el acceso a cuidados intensivos basado únicamente en criterios de justicia distributiva (desequilibrio extremo entre la solicitud y la disponibilidad) se justifica por la naturaleza extraordinaria de la situación.
- En el proceso de toma de decisiones, si surgen situaciones complicadas e incertidumbre, puede ser útil contactar con el Comité de Ética Asistencial para que pueda ayudar en la prevención o resolución de conflictos de valores entre las partes implicadas -profesionales, pacientes, familiares e institución-.
- Los criterios de acceso a Cuidados Intensivos deben discutirse y definirse para cada paciente lo antes posible, idealmente creando a tiempo una lista de pacientes que serán considerados subsidiarios de Cuidados Intensivos cuando ocurra el deterioro clínico, siempre que la disponibilidad de la unidad lo permita.
- Cualquier instrucción de "no intubar" o "no reanimar" debe estar registrada adecuadamente en la historia clínica, para ser utilizada como guía si el deterioro clínico ocurre precipitadamente y en presencia de cuidadores que no conocen al paciente.
- La sedación paliativa en pacientes hipóxicos con progresión de la enfermedad no subsidiaria de tratamiento debe considerarse como una expresión de buena práctica clínica y debe seguir las recomendaciones existentes. Si se prevé un período agónico no corto, se debe proporcionar una transferencia a un entorno no intensivo.
- Todos los ingresos en cuidados intensivos deben considerarse en el cambio de guardia y ser sujetos a una reevaluación diaria de la idoneidad, los objetivos y la proporcionalidad de los tratamientos. Si se considera que un paciente, que ingresa en la unidad de críticos con criterios límite, no responde a un tratamiento prolongado o se complica, podría decidirse la adecuación del esfuerzo terapéutico y una derivación desde cuidados intensivos a paliativos.
- La decisión de limitar los cuidados intensivos debe ser discutida y compartida por el equipo que trata al paciente y, en la medida de lo posible, con el mismo paciente y/o familiares. Es previsible que la necesidad de tomar decisiones repetidas de este tipo convertirá el



SOCIEDAD ESPAÑOLA de ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN y TERAPÉUTICA DEL DOLOR

proceso de toma de decisiones en una situación más sólida y adaptable a la disponibilidad de recursos en cada Unidad de Cuidados Intensivos.

- La utilización de ECMO, como recurso limitado en condiciones de demanda extraordinaria, debe reservarse para casos extremadamente seleccionados y con un pronóstico de destete relativamente rápido. Idealmente, debería reservarse para centros de gran volumen, para los cuales el paciente ECMO absorbe proporcionalmente menos recursos de los que absorbería en un centro con menos experiencia.

NECESIDAD DE TRIAJE

Ante una posible situación de aumento de la demanda de camas de medicina intensiva que sobrepase la oferta se tornará imprescindible un triaje de los pacientes. Para ello debe existir una estrecha colaboración con los servicios implicados en la atención inicial de dichos pacientes (urgencias, medicina interna, neumología). Clásicamente los criterios de ingreso en UCI se pueden dividir en un modelo de 4 prioridades:

Pacientes con Prioridad 1: pacientes críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI.

Pacientes con Prioridad 2: precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas, con altos requerimientos de oxigenoterapia. **Pacientes con**

Prioridad 3: pacientes inestables y críticos con pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda.

Pacientes con Prioridad 4: Pacientes cuyo ingreso no está generalmente indicado por obtenerse un beneficio mínimo o improbable.

En una situación de falta de recursos estarían indicados los ingresos en UCI de pacientes con prioridad 1, sin embargo, los pacientes de prioridad 3 y 4 no ingresarán en unidades de cuidados intensivos. Los pacientes con prioridad 2 se beneficiarían de una unidad de cuidados intermedios si estuviera disponible.

A continuación detallamos esta clasificación por prioridades en la tabla adjunta con el consenso de múltiples sociedades científicas.



SOCIEDAD ESPAÑOLA de ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN y TERAPÉUTICA DEL DOLOR

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ethical principles to guide development and implementation of crisis standards of care. A Letter Report. Committee on Guidance for Establishing Standards of Care for Use in Disaster Situations
Board on Health Sciences Policy. Bruce M. Altevogt, Clare Stroud, Sarah L. Hanson, Dan Hanfling, and Lawrence O. Gostin, Editors. Institute of Medicine of the National Academies. Washington 2009.
2. Grasselli G, Pesenti A and Cecconi M. Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy Early Experience and Forecast During an Emergency Response. JAMA Published online March 13, 2020 doi:[10.1001/jama.2020.4031](https://doi.org/10.1001/jama.2020.4031)
3. White DB, Katz MH, Luce JM and Bernard Lo. Who should receive life support during a Public Health Emergency? Using Ethical principles to improve allocation decisions. Ann Intern Med. 2009; 150 (2): 132-8.
4. Chopra V, Toner E, Waldhorn R and Washer L. How should U.S. Hospitals prepare for Coronavirus disease 2019 (COVID-19)?. Ann Intern Med 2020 doi:10.7326/M20-0907
5. Vergano M, Bertolini G, Giannini A, Gristina G, Livigni S, Mistraletti G, Petrini F. 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. Disponibile en: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf> Consultado el 16 de marzo 2020.