

RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE ÉTICA PARA LA ASISTENCIA SANITARIA (CEAS) PARA LA TOMA DE DECISIONES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Resumen operativo

Objetivo: ayudar a los clínicos a **tomar y transmitir decisiones** que puedan optimizar las opciones de éxito terapéutico global teniendo en cuenta los derechos e intereses de cada paciente y familia en particular y los del conjunto de la sociedad, en un momento de crisis, excepcionalidad e insuficiencia de recursos. Se tendrá en especial consideración, por criterio de justicia, la protección de las personas más vulnerables.

La responsabilidad última de la decisión es de los clínicos. Sin embargo, también es responsabilidad de toda la comunidad el **no dejar a los facultativos especialistas solos** ante este tipo de decisiones.

El criterio global en la sanidad pública es la **justicia distributiva** para la asignación adecuada de **recursos sanitarios insuficientes en situaciones de excepcionalidad**. Sin embargo, debemos generar **procesos y criterios clínico-éticos para que las decisiones sean prudentes, planificadas, consensuadas, transmitidas adecuadamente y transparentes**.

Consideraciones Generales

Una consideración fundamental para una adecuada reflexión sobre cualquier paciente con COVID-19 es prever desde el diagnóstico la toma de decisiones en caso de agravamiento de la enfermedad. Estas decisiones están contempladas, de hecho, en la práctica clínica cuando los pacientes son ingresados en plantas con posibilidades o no de acceso a UCI. Sin embargo, resulta esencial **fundamentarlas en la historia clínica** desde el primer momento, de manera que el propio proceso de cada paciente implique una reflexión continua en la toma de decisiones por los diferentes médicos que han de tratarle (urgencias, planta y, en su caso, UCI). En las argumentaciones se debe tener en cuenta:

- **Optimizar las opciones de éxito terapéutico y maximizar el número de pacientes con acceso a los recursos de VMI** son las prioridades. Estos criterios derivan del principio utilitarista de buscar el mayor beneficio para el mayor número de pacientes y se traducen en la identificación de aquellos pacientes con mayores posibilidades de beneficio derivado del tratamiento en **términos de años de vida ganados en las mejores condiciones de salud posibles**.

- La toma de decisiones sobre la posible derivación a UCI en caso de empeoramiento deberá ser **documentada y argumentada en la historia clínica**. Se debería reflejar una reflexión individualizada en función de las características clínicas del paciente incluyendo, al menos, una valoración funcional, cognitiva y social.
- Es necesario **incorporar los valores del paciente y familiares en la toma de decisiones, si bien la decisión de no iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) o VMI debe ser una decisión primariamente clínica** en las circunstancias actuales de excepcionalidad. En la práctica, esto debe significar que, al menos, en la toma de decisiones desarrollada en la historia clínica conste lo que se ha hablado con el paciente.
- **Valoración precoz** de los **pacientes candidatos de UCI** para evitar tomar las decisiones de manera precipitada y bajo criterios de urgencia. Esta valoración debe realizarse de una forma menos profunda (basada en criterios más genéricos) en el Servicio de Urgencia pero de una forma detallada en los pacientes en Planta.
- La **comunicación de la indicación clínica**, tanto al paciente como a los allegados implicados, debe ser transmitida como un **proceso** (no como un acto único) bajo los criterios de comunicación terapéutica y garantizando el apoyo emocional. En cualquier caso, siempre debe explicarse que **la no indicación del tratamiento en UCI no implica que no se continúen haciendo todos los esfuerzos de tratamiento específico y de soporte del paciente.**
- Necesidad de actuar precozmente en pacientes que sean **de dudoso ingreso** en UCI para establecer un proceso de **planificación compartida de la atención en sus plantas de ingreso**.
- Las personas **no tributarias de medidas intensivas** deber recibir una atención **paliativa de calidad** siguiendo los protocolos internos del hospital realizados por el equipo de cuidados paliativos y el servicio de salud mental ante la pandemia del COVID-19.

Consideraciones específicas

Se propone una **toma de decisiones que se efectúe “por pasos”**, de manera que, por un lado, implique a varios profesionales de diferentes niveles de atención en la decisión y que, por otro lado, permita que las decisiones sean en lo posible fruto de un proceso más que de un solo momento clínico. Esto se conseguirá en la medida en que esa toma de decisiones quede relatada en la historia clínica del paciente y conste también la información a paciente y familiares. De esta forma garantizamos que hemos reflexionado sobre cada caso más de una vez.

En todos los niveles es fundamental establecer un **procedimiento de comunicación-deliberación con el paciente** y, de no ser posible, con su familia.

- Nivel 1: URGENCIA. En esta primera valoración, los pacientes que por su situación clínica puedan implicar un periodo largo de consumo de recursos de VMI en la UCI serán trasladados a plantas COVID-19-NO UCI. Debe insistirse (y comunicarse) que la edad no es un criterio estricto sino que la decisión depende más de ***criterios de morbilidad previa*** incluyendo la situación funcional, cognitiva y social del paciente. No obstante, debe entenderse (y explicarse) que ***los pacientes de mayor edad con COVID-19 en situaciones de insuficiencia respiratoria muy grave no se benefician del ingreso en UCI por su baja reserva funcional y sus graves secuelas.***

Un ejemplo de texto que se podría incluir en la historia clínica para justificar ingreso en plantas no UCI sería: **“Dadas las características del paciente y su pronóstico su ingreso en UCI en la situación actual de catástrofe sanitaria es potencialmente inapropiado”**

- Nivel 2: PLANTA COVID-19-NO UCI / COVID19-SI UCI. En esta segunda valoración el paciente será evaluado con criterios más razonados y se incluirá la ***historia de valores y aspectos biográficos***. Todos estos elementos, así como las conversaciones con paciente y familia, deben figurar en la historia clínica.

El criterio de no ingreso en UCI no debe basarse en un solo factor (como la edad) sino en una perspectiva global del paciente en el contexto de escasez de recursos y pandemia actual. Las decisiones más conflictivas deben tomarse en el equipo asistencial y consignarse en la historia clínica haciendo referencia a la implicación de diferentes profesionales.

Un ejemplo de texto que se podría incluir en la historia clínica para justificar no criterios UCI sería: **“Dadas los antecedentes, las características clínicas del paciente y su pronóstico en la situación actual de catástrofe sanitaria se ha acordado en el equipo terapéutico, y se ha informado a paciente y familiares, que el ingreso en UCI sería potencialmente inapropiado”**

- Nivel 3: CRITERIOS DUDOSOS / TOMA DE DECISIONES URGENTES: La decisión final debería basarse en la estrategia definida para cada paciente. Los casos dudosos deberán ser comentados lo antes posible con el especialista de UCI. Finalmente, ante ***situaciones de excepcionalidad se debe optar por una decisión consensuada entre varios especialistas. En esta toma de decisiones podría intervenir el CEAS del hospital si fuera necesario*** (remitir breve informe y teléfono de contacto al correo: ceas.hulp@salud.madrid.org). ***La decisión debe contar preferentemente con la opinión del médico de Planta, el de UCI y, siempre que sea posible, un tercer especialista. Todo el proceso debe figurar en la historia clínica.***

En cada uno de estos tres momentos de decisión se realizará una llamada a la familia para informar de la situación del paciente y del plan de acción previsto. En el caso de no ser competente el paciente para tomar decisiones, el abordaje con la familia no será únicamente informativo, sino también ***deliberativo***.