

Valdemoro, a 20 de Marzo de 2020

Primer documento anexo a “Consideraciones éticas del Departamento de Bioética Clínica del Hospital Universitario Infanta Elena acerca del manejo de pacientes que puedan precisar asistencia en unidades de cuidados intensivos.”

Introducción

El día 10 de marzo de 2020 ante la necesidad planteada en el propio hospital por la situación que se vivió en Valdemoro, siendo “epicentro” de la crisis causada por la epidemia de COVID-19, el Departamento de Bioética Clínica del Hospital Universitario Infanta Elena (DBC-HUIE) tuvo la iniciativa de lanzar una serie de consideraciones éticas que han tenido una gran acogida, no solamente en nuestro hospital sino en otros hospitales a nivel regional y nacional, así como por distintas asociaciones e instituciones sanitarias.

Consideramos que la epidemia por COVID-19 con la que actualmente nos enfrentamos, exige que todos los equipos implicados, a nivel nacional, nos mantengamos en comunicación y actualización continua. Son muchos los hospitales que han ido desarrollando protocolos multidisciplinares y consensuados sobre el manejo de los pacientes afectados, especialmente dirigidos a aquellos que pudieren requerir a priori de mayor esfuerzo y utilización de medios humanos y materiales. Es encomiable la solidaridad entre todos los centros sanitarios, residencias de mayores y autoridades sanitarias a la hora de compartir los planes y criterios de actuación, y desde aquí agradecemos e instamos a seguir en esa línea de colaboración, transparencia y prontitud.

Los miembros del DBC-HUIE hemos ido recibiendo con sumo interés toda la información que se nos ha ido dando desde otros centros e instituciones. Principalmente somos muy cercanos y sensibles a la situación que vivimos en nuestro hospital, respecto de recursos humanos, materiales y la evolución de la epidemia en nuestro medio.

Desde nuestra experiencia, actualizada continuamente, y con la información de la que disponemos, estimamos necesario complementar con este anexo al documento previo de fecha 10/3/2020 de “Consideraciones éticas del Departamento de Bioética Clínica del Hospital Universitario Infanta Elena

acerca del manejo de pacientes que puedan precisar asistencia en unidades de cuidados intensivos.”

Primeras consideraciones

En el documento previo se indicaba que *“es prudente prever la necesidad de administrar responsablemente en todo momento los recursos en aras de la mayor justicia distributiva y el mayor bien para el mayor número de personas”*. Consideramos necesario precisar, para mayor claridad, que por justicia distributiva entendemos **equidad eficiente**. Con el término “equidad” hacemos referencia a la aplicación concreta del criterio de justicia, de lo que es justo, pero no de un modo general y teórico sino particularizado al caso concreto del paciente. Por otro lado, con el término “eficiente” nos referimos al responsable uso de los medios humanos y materiales disponibles y limitados.

Por otro lado, como se dijo en el documento anterior, es necesario discriminar entre los pacientes en base a *“criterios clínicos de gravedad y pronósticos previamente seleccionados”* y considerando prioritarios para el mayor esfuerzo terapéutico a los que *“tienen mayor posibilidad de supervivencia y conseguida ésta en menor plazo de tiempo con su ingreso en UCI”*.

Orientados por los criterios anteriormente expuestos, reconocemos en primer lugar las **limitaciones propias de un documento de índole bioético**. Estas limitaciones implican que las consideraciones y recomendaciones que se emiten en este informe se han de tomar de manera orientativa, no vinculante y sujetas a revisión. En segundo lugar es necesario tener en cuenta que las **circunstancias** en las que se toman las decisiones están sometidas a continuo cambio, siendo prudente ajustar la toma de éstas a cada caso concreto en su contexto propio.

El objetivo del presente anexo es ayudar en la toma de decisiones, en concreto a **discriminar entre los pacientes** que puedan precisar tratamiento en unidades de cuidados intensivos **en base a los datos aportados** por los criterios clínicos y pronósticos seleccionados por los especialistas más implicados, en nuestro caso UCI y Neumología.

Consideramos en primer lugar que, como medida general, se ha de tener presente que hay otras situaciones clínicas de pacientes que denominamos **“candidato a UCI noCOVID19”** que requieren el mismo esfuerzo

y dedicación por parte de los equipos asistenciales y autoridades que los pacientes “**candidato a UCI COVID19**”. Por la alarma social, la agresividad de la epidemia y la extensión del problema, cabe la posibilidad de que se surja la tentación de priorizar a los pacientes “candidato a UCI COVID19”. Téngase en cuenta para la deliberación y decisión, desde el punto de vista prudencial y de la proporcionalidad de los medios, que los tratamientos específicos propuestos para la enfermedad producida por el COVID19 están sujetos a debate y la evidencia científica es escasa frente a otros tratamientos de otras patologías “no COVID”. Además el consumo global previsto de recursos límite por enfermos “candidato a UCI COVID19” frente a algunos pacientes “candidato a UCI COVID19” puede ser muy superior. Insistimos e instamos a tener presente este criterio de equidad eficiente en la toma de decisiones.

Para la definición de criterios

A la hora de definir los criterios para la evaluación y posterior discriminación entre pacientes, desde el **punto de vista prudencial** que podemos ofrecer en un documento de índole bioético, consideramos que:

1. Haría falta considerar **más de un criterio** clínico/score. Esto es porque no conocemos ninguna herramienta validada específica para esta enfermedad. Así, con varios criterios a evaluar, logramos la respectiva ponderación de éstos para la toma de decisión final.
2. Es prudente utilizar un score o **criterio de situación clínica o gravedad**.
3. Convendría que en la evaluación se incluyera una herramienta que pudiera utilizarse como **pronóstico** de morbilidad y/o mortalidad.
4. Creemos también necesaria una herramienta que evalúe la **situación funcional** del paciente.
5. No consideramos oportuno que se haya de utilizar el criterio etario **como discriminador principal** en las decisiones.

6. No se ha de ignorar ni minusvalorar de ningún modo las preferencias y disposiciones previas o actuales que el paciente indique, respetando en todo momento su **autonomía** y procurando **hacer partícipe** al paciente en la toma de decisiones, según es su derecho y la ley recoge, con las disposiciones y precauciones que sean adecuadas.

Definición de criterios

En la selección de criterios clínicos y puntos de corte, el DBC-HUIE ha colaborado con el S. Neumología y con el S. Medicina Intensiva (UCI). Se ha priorizado en la selección la **facilidad y claridad** de aplicación de los criterios que se vayan a proponer.

Estos criterios que proponemos pretenden ayudar en la toma de decisiones, dejando claro que las decisiones clínicas son un **acto médico**, por lo tanto sujeto a las características y exigencias propias del mismo. El acto médico, de carácter personal, puede ser orientado por estos criterios y protocolos, pero consideramos que nunca puede ser totalmente sustituido. Apelamos especialmente a la prudencia y la adecuación de medios, sin desprestigiar otras características como la beneficencia, el bien común, la eficiencia...

Por otro lado, dadas las circunstancias generales de la situación epidemiológica, la disponibilidad de medios humanos y materiales y con el consabido criterio de **equidad eficiente**, estimamos como más prudente y adecuada la selección de los pacientes graves candidatos a ingreso en UCI en base a un **triaje centrado en el bien común, entendiendo esto como el triaje que proporcione mayor bien a mayor número de personas en menor tiempo de ingreso en UCI con menor consumo de medios humanos y materiales**.

Con estas exigencias, se seleccionan los siguientes criterios con sus respectivos puntos de corte.

a) **Criterio de tipo de patología:**

- **Enfermedad “no COVID”**. El paciente “candidato a UCI no COVID19”, por las razones previamente aducidas, que sufre una enfermedad de etiología clara, con más y mejores evidencias científicas en el

tratamiento y el pronóstico y en el que se prevé menor consumo de recursos, se debe **considerar priorizar su ingreso en UCI.**

b) Criterios de situación funcional:

- **Barthel.** De amplia experiencia y con adecuado hábito y práctica de uso por parte de nuestros profesionales. Se propone como punto de corte **<60 puntos** como criterio de **no ingreso en UCI.**

- **EFUV** (Escala Funcional UCI Valdemoro): Se trata de una escala propia y utilizada en nuestro hospital que evalúa la situación funcional del paciente crítico. Actualmente está en fase de evaluación interna y se está demostrando como predictora de mortalidad y complicaciones a largo plazo. Por su uso y práctica habitual en nuestro medio consideramos su uso. Se propone como punto de corte **>40 puntos** como criterio de **no ingreso en UCI.**

b) Criterio de situación clínica:

- **SOFA.** Proporciona un criterio de gravedad. Utilizado habitualmente en nuestro hospital y con gran entrenamiento por parte del personal. Se establece que a la hora de discriminar entre pacientes graves candidatos a UCI, se priorice para ingreso **al de menor SOFA.** Una puntuación **SOFA 15 o superior** se considera criterio de **no ingreso en UCI.**

c) Criterio pronóstico de morbimortalidad:

- **Charlson.** Se trata de un índice que orienta en cuanto a pronóstico de supervivencia basado en múltiples criterios. Incluye la edad cronológica y la pondera. Incluye comorbilidades. Es una herramienta de amplio uso y experiencia en nuestro hospital. Ofrece un porcentaje que consideramos que puede ser orientativo. Proponemos con punto de corte que un resultado **<25% es criterio de no ingreso en UCI**

Necesidad de jerarquización de criterios

El DBC-HUIE se centra en la bioética clínica. Esto define nuestro departamento y nos exige el compromiso de cercanía, prontitud y criterio práctico. Orientados por dichos principios pensamos que **no es suficiente con**

la mera enumeración de los criterios que se recomienden, sino que hay que jerarquizarlos y definir puntos de corte para mayor utilidad.

Respecto a los puntos de corte, tras amplia deliberación, se han considerado los anteriormente expuestos. Tenemos presente que, según evolucionen en un futuro las circunstancias que condicionan las decisiones que hemos de tomar, **puede hacerse necesario actualizar dichos puntos de corte** para la discriminación entre los pacientes.

Respecto a la jerarquía que proponemos, son varias las **razones** por las que proponemos el orden a seguir:

En primer lugar, los pacientes a los que hace referencia el presente documento son pacientes en situación crítica, como se indica en el título: “*que puedan precisar asistencia en unidades de cuidados intensivos*”. Es por ello que todos los pacientes a los que hacemos referencia son pacientes que a priori, en nuestro hospital, serían candidatos a cuidados críticos. No se contempla pues el caso de los pacientes a los que por su situación clínica no sean candidatos a ingreso en UCI, ya sea por no gravedad o por criterios de futilidad o no adecuación de medios diagnóstico-terapéuticos. Por tanto, el **criterio clínico de gravedad, aunque orientativo, no pensamos que constituyere el criterio práctico y más preciso de discriminación para ingreso en UCI**, pues todos los pacientes están dentro de un rango de igual o similar gravedad aunque tengan puntuaciones más o menos distintas en los scores.

En segundo lugar, no somos ignorantes a la realidad de que estos mismos **tratamientos en UCI no están exentos de complicaciones y secuelas**: por las medicaciones utilizadas, procedimientos invasivos, encamamiento prolongado, aislamiento social, tiempo de ingreso... En referencia a esto último, el tiempo de ingreso, y conociendo los datos actuales sobre la enfermedad, se estima que el **tiempo aproximado de ingreso en UCI es no inferior a 20 días** por paciente.

Por lo expuesto en el párrafo anterior, en el contexto de paciente grave “candidato a UCI COVID19”, se hace necesario considerar de modo previo la **proporcionalidad del tratamiento UCI para cada paciente**, ya que la agresividad e invasividad de los tratamientos así como las secuelas y condicionamientos que se pueden derivar de los mismos pueden afectar, reduciendo drásticamente, el pronóstico vital y la calidad de vida. Es por esto

por lo que **consideramos que la proporcionalidad del tratamiento y el criterio funcional han de ser previos** a los demás criterios.

En tercer lugar, consideramos que el criterio pronóstico de morbi-mortalidad **puede ser** también orientativo. Si consideramos este criterio **dentro del contexto único de “candidato a UCI COVID19”, lo consideramos tercero** en la jerarquía tras la evaluación del criterio clínico de gravedad.

Por último, recordamos que se antepone a todo lo previo el derecho que asiste y la ley que ampara a la **autonomía del paciente** en la toma de todas las decisiones, dentro de los límites que impone la propia ley y nos exige la *lex artis*.

Esquema para la toma de decisiones

Tras la previsión, consenso y deliberación deseables, con la prudencia y valoración de la proporcionalidad de los medios y la disponibilidad de éstos...

1º paso: Considerar “no COVID19” frente a “COVID19”

* Considerar priorizar “no COVID19” en base a evidencia, eficacia y eficiencia de su tratamiento previsto en UCI.

2º paso: Considerar Barthel y EFUV.

Barthel <60 y/o EFUV>40 → No priorizar ingreso en UCI

3º paso: Considerar SOFA.

SOFA > 11 → No priorizar ingreso en UCI

4º paso: Considerar pronóstico

Charlson < 25% → no priorizar su ingreso en UCI

Consideraciones finales

Queremos recordar que la figura del **médico responsable** es obligatoria, necesaria e insustituible, máxime en la situación de pacientes graves. Todas las decisiones que se toman sobre un paciente han de ser

conocidas, participadas y comunicadas por el médico responsable del paciente en cada caso.

Viendo la evolución de la enfermedad en nuestros pacientes ingresados, la toma de decisiones no está siendo condicionada por la inmediatez. Estamos viendo en la clínica que suele haber habitualmente un tiempo previo suficiente para la **planificación y toma de decisiones**. Por esto instamos a la **previsión** de los casos y a la consulta y toma de decisiones consensuada en los equipos, en la medida de lo posible. En este sentido, los miembros del DBC-HUIE se ofrecen a ayudar en lo que se nos solicite.

Finalmente, es probable que otros criterios, jerarquías y puntos de corte puedan ser también válidos, y es posible que en posteriores consideraciones se incluyeren otros o precisaren éstos. Las recomendaciones dadas vienen sujetas a múltiples condicionantes que son difíciles de explicitar, por lo que apelamos siempre a la prudencia, profesionalidad y buena praxis de todos los profesionales sanitarios.

Departamento de Bioética Clínica
Hospital Universitario Infanta Elena
Valdemoro (Madrid)