

Informe de la Comisión Central de Deontología en relación a la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria

-Consideraciones a la valoración deontológica de cualquier priorización para el ingreso y atención a pacientes graves y críticos en situaciones de limitación de recursos

- Transparencia, proporcionalidad y responsabilidad, ante la toma de decisiones

La Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) ha realizado un informe en el que recoge consideraciones éticas y deontológicas ante la limitación del acceso a la atención sanitaria a los pacientes.

La crisis sanitaria producida por la pandemia por el coronavirus COVID-19 ha colocado a nuestra sociedad en un nivel de estrés sanitario desconocido hasta el momento y a la vez pone a prueba la capacidad de respuesta social ante unos resortes sanitarios públicos y privados que serán pronto insuficientes. Pacientes, ciudadanos, profesionales sanitarios y administraciones nos encontramos sumidos en una incertidumbre que se incrementa a medida que aparecen nuevos casos y mueren nuevos pacientes mientras se saturan progresivamente los servicios sanitarios públicos y privados. Todos los enfermos que lo precisen deben ser atendidos de la mejor manera posible en un Sistema Nacional de Salud (SNS) que es de todos y para todos.

En este escenario corresponde a los médicos epidemiólogos la previsión y cálculo objetivo del número de casos de enfermos afectados por el virus. Y obliga a las estructuras gubernamentales a proporcionar datos fiables a los equipos de epidemiología a fin de que el cálculo de la estimación de requerimientos para la atención a pacientes graves y críticos sea fiable.

Parece que en un futuro inmediato no tendremos capacidad de respuesta suficiente para atender todos los casos, de cualquier patología, que precisen cuidados intensivos. Esta situación puede producir de modo subrogado detrimento en la atención a pacientes de otras patologías que requieren cuidados avanzados y cuidados intensivos.

Preguntas difíciles pero necesarias

Surgen varias preguntas: ¿Ante el progreso de la enfermedad disponemos de los dispositivos asistenciales suficientes para una adecuada atención a todos los enfermos que lo precisen en cuidados intensivos? ¿Cuántos

enfermos podrán ser tratados? ¿Cómo es la distribución de dichos dispositivos asistenciales en todas las CCAA?

Es posible que se imponga la necesidad de decidir en qué pacientes se emplean determinadas terapéuticas y en cuales no pueden emplearse debido a la limitación de recursos. Es decir, será necesario establecer una priorización para adecuar los recursos a la carga asistencial y recursos humanos y técnicos disponibles.

Consideraciones éticas y deontológicas

Como consecuencia de la declaración del estado de alarma, la limitación de acceso a la atención sanitaria de los pacientes, obliga a los profesionales a tratar con extremo cuidado sus decisiones, y al gobierno de la nación y a todas las autoridades sanitarias a hacer todos los esfuerzos posibles para habilitar camas de cuidados intensivos dotadas adecuadamente para atender los casos críticos.

Los equipos directivos y cargos intermedios de las organizaciones sanitarias deben prestar especial atención a la seguridad de los integrantes de los equipos sanitarios, especialmente en las áreas de gran contagiosidad como son en atención primaria y sobre todo en las unidades de urgencias, medicina interna, anestesia, enfermedades infecciosas, respiratorio y cuidados intensivos, porque tan solo minimizando el riesgo de contagio de los profesionales se podrá asegurar la continuidad en la asistencia y cuidados de los pacientes. Consideramos que es prioritario, además de contar con los Comités de Ética Asistencial, la creación de gabinetes de crisis en los centros hospitalarios, de actividad permanente, en la que se integren todas las especialidades médicas implicadas en la atención, y prevención de la infección por el COVID19.

Los equipos directivos y cargos intermedios de las organizaciones sanitarias deben proporcionar el adecuado equipamiento médico que sirva para cumplir la atención básica a todos los enfermos que lo requieran. Ello obliga a estos profesionales directivos a una comunicación objetiva, franca y leal con los profesionales y con la sociedad. Se deben presentar fielmente los recursos que puedan ser necesarios, así como su disponibilidad. Igualmente obliga a médicos directivos y profesionales de la Administración Central y de las distintas áreas sanitarias del Estado a una interlocución constante e intercambio de recursos con aquellas zonas de mayores necesidades asistenciales.

Para disminuir los ingresos en las unidades de cuidados intensivos deben sincronizarse todos los equipos médicos intervinientes en cada caso y procurar una armonización de todos los profesionales porque el tratamiento temprano de la insuficiencia respiratoria fuera de las unidades de cuidados intensivos puede ser de gran utilidad para el pronóstico del

paciente, y pudiera prevenir el ingreso en las unidades de cuidados intensivos. Por ello, es obligado la coordinación, entendimiento sincero, directo y franco entre los servicios y profesionales de dichas especialidades.

Cuando el SNS no pueda proporcionar la atención necesaria porque las unidades disponibles sean insuficientes y no haya posibilidad real de aumentarlas, el establecimiento de prioridades más que necesario es imprescindible y una obligación ética y deontológica.

La primera exigencia deontológica de un médico en cualquier situación que requiera asistencia es la atención al paciente que la demanda y necesita, con todas las garantías y medios necesarios a su alcance. Es por tanto imposible obviar los conflictos éticos y profesionales que conlleva limitar los medios asistenciales a un enfermo con una supervivencia nula, o previsiblemente nula, en un corto espacio de tiempo si limita o impide la respuesta a otros enfermos con más probabilidades de supervivencia.

En situaciones de crisis sanitarias deben utilizarse herramientas y procedimientos asistenciales ya desarrollados para la asistencia sanitaria, como son la consulta del registro de voluntades anticipadas/instrucciones previas, el establecimiento de un nivel de intensidad terapéutica previo al ingreso, así como la correcta y precisa evaluación del riesgo-beneficio (para él o para otros) del ingreso del paciente en la unidad de cuidados intensivos y otros dispositivos asistenciales.

El segundo aspecto relevante es que el cumplimiento de la atención médica debida respete los requisitos que establece la *lex artis*, aunque necesariamente no se puedan perseguir objetivos de intervención sanitaria óptima. El principio de Justicia permite una distribución prudente de los recursos adecuando la aplicación de estos sin que ningún paciente pierda oportunidades. El caso con opciones de respuesta recibe los tratamientos y medidas que corresponde a esa expectativa y el paciente con menos opciones de respuesta y supervivencia también recibe la atención proporcionada a esa expectativa. No se abandona a ningún paciente y se garantiza la atención y cuidado máximo posible.

Recomendaciones y guías de comportamiento

Todo lo expuesto obliga a considerar y explorar las ayudas que el médico pueda tener para mejor responder a las situaciones complejas como la actual. Por ello, son de utilidad documentos como los ofrecidos por la SEMICYUC denominado “Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos”, la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Marco ético pandemia COVID 19, o el ofrecido por la Sociedad Española de Oncología denominado “Recomendaciones sobre la infección por sars-cov-2 para

profesionales sanitarios implicados en el tratamiento de pacientes oncológicos” y otros que puedan generarse al respecto.

La cuestión que se plantea con carácter general es ¿qué hacer cuando el médico no puede prestar asistencia a todos los enfermos en base a los recursos de los que dispone? y ¿cuáles son los criterios que se deben considerar para excluir a unos en beneficio de otros? El médico tendrá en cuenta que cada caso requerirá la deliberación oportuna, antes de tomar una decisión, porque las recomendaciones mencionadas u otras, no pueden responder siempre a la singularidad de cada paciente.

¿Se debe informar a los pacientes, o en su caso a los familiares, lo extraordinario de la situación y la justificación de las medidas? Es preciso hacerlo. Cada caso, cada paciente requiere un tratamiento de información adecuado, será el médico responsable de la asistencia quien haga partícipes a los familiares o representantes legales las decisiones clínicas y terapéuticas que les afecten.

Las mejores decisiones éticas suponen la aceptación del ingreso en cualquier servicio o unidad de cuidados si parten del conocimiento de las directrices éticas básicas, así como de un profundo conocimiento científico de todo ello. Las decisiones deben ser coordinadas y fundamentadas en dicho conocimiento y experiencia de los médicos intervinientes.

Cada decisión exige y requiere utilizar la prudencia y la competencia junto con el buen juicio clínico y la capacidad personal para tomar decisiones conformes a la deontología profesional, que no sean contrarias a la ética ni a la legislación vigente y su aplicación al bien general de cada persona enferma. El juicio clínico prudente requiere ser conocedor de todo lo relevante que ocurre, envuelve y siente el paciente. La prudencia es una cualidad necesaria siempre y no solo en el caso en que sea preciso priorizar entre pacientes, sino también, por ejemplo cuando haya que adecuar el esfuerzo terapéutico sobre aquellos cuya expectativa de vida sea muy limitada o nula.

La valoración deontológica de cualquier priorización para el ingreso y atención a pacientes graves y críticos en situaciones de limitación de recursos requiere considerar que:

1. El criterio fundamental debe estar basado en las probabilidades de supervivencia de cada paciente.
2. No pueden ser criterios de priorización ni el orden de petición de asistencia, ni el de llegada a los servicios de urgencias hospitalarias, ni solo la edad de los pacientes.
3. Se debe extremar la prudencia si existe una dificultad de aplicación uniforme cuando son las situaciones y recursos de los diferentes dispositivos asistenciales los que son diferentes.

4. No en todas las situaciones clínicas o muy avanzadas y con carácter irreversible se debe proceder al ingreso hospitalario.

5. Establecer expectativas de vida a corto plazo es aceptable incluso para no caer en la obstinación terapéutica. Pero establecer límites a medio plazo, como el criterio cronológico, constituye una decisión muy arriesgada que se debe realizar con carácter excepcional y utilizando los instrumentos valorativos al uso y en ningún caso la exclusiva impresión clínica.

6. Las tomas de decisiones de tanta relevancia deben ser individuales y personales, porque, aunque los procesos puedan coincidir, cada paciente puede ser distinto. El conocimiento científico es imprescindible pero no basta para ayudar a los pacientes a curarse o a convivir con sus enfermedades lo mejor posible.

7. El médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados, ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia, salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente o exista un riesgo vital inminente e inevitable para su persona. (CDM art 6.2)

La situación creada por la epidemia por el Coronavirus COVID19 requiere:

a) **Solidaridad.** Compartir recursos materiales, tecnológicos y humanos, debe ser una prioridad entre los territorios y las unidades asistenciales de cualquier tipo. No solamente es un indicador de solidaridad y progreso social, sino también de eficacia y eficiencia.

Esa solidaridad se manifiesta en la atención a los pacientes por parte de los profesionales. Incluso durante los desastres, el deber principal de los profesionales de la salud es con los pacientes que necesitan atención médica, aunque como en este caso implica riesgos para el médico.

b) **Prudencia en la información que se ofrece a la población para evitar la alarma social.** Las decisiones clínicas deben estar respaldadas con el mejor y mayor consenso posible y decidir el modo adecuado de procurar la información pública. La información debe ser lo más uniforme posible y estar centralizada para evitar alarma social y esto sin dejar de ser lo más completa, veraz y accesible al común entendimiento. Lo cual debe corresponder a las autoridades sanitarias. No corresponde hacerlo y difundirlo a instituciones o estructuras profesionales o científicas, salvo que sea por decisión de la autoridad sanitaria y de acuerdo con ella.

c) **Transparencia, proporcionalidad y responsabilidad**

Las decisiones conforme a la ética reflejan experiencia técnica y también reflejan los valores ético-médicos. De ahí la preocupación de los profesionales por tratar con justicia y evitar la discriminación injustificada.

Se ha de atender del mejor modo a cada uno, según sus circunstancias y fomentar la confianza pública.

La limitación y la adecuación del esfuerzo terapéutico van a ser necesarias para atender bien y de forma proporcional, en una situación de desastre o catástrofe sanitaria. De ahí la responsabilidad de todos ante la toma de decisiones, que ha de incorporar la evidencia posible, incluida la revisión de decisiones a medida que surgen nuevos datos.

Hay que comprender que resulta muy difícil y hasta imposible el que una familia pueda entender y aceptar la limitación de un tratamiento, en función de las escasas posibilidades de curación de su ser querido.

Madrid, 23 de marzo de 2020.