

## RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA DE CASTILLA Y LEÓN PARA LA PRIORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO INTENSIVO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 (ANTE UNA SITUACIÓN EXCEPCIONAL DE DESASTRE SANITARIO)

### JUSTIFICACIÓN

La infección por COVID-19 está produciendo un aumento de casos de Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) y genera un riesgo real de sobrecarga asistencial, pudiendo producirse un desequilibrio entre las necesidades clínicas de medidas de soporte vital avanzado (SVA) y la disponibilidad efectiva de recursos para dicho SVA. Se trata de una **situación excepcional de desastre sanitario**: aquella situación de urgencia en la que las necesidades de atención inmediata son superiores a los recursos disponibles.

Esta situación nos puede obligar a tomar decisiones complejas desde el punto de vista ético. En este contexto, **debemos optimizar los recursos para lograr el máximo beneficio para la población.**

Hay que ayudar a los profesionales responsables de tomar decisiones tan difíciles en condiciones de gran incertidumbre y bajo una elevada presión asistencial y emocional. Se trata de decisiones complejas, porque se perderán vidas de forma inevitable.

Cuando no es posible preservar la vida o la salud de todos los enfermos y se impone optimizar los recursos, hay que aplicar la **priorización en la atención (“triaje”)**, que consiste en valorar y “clasificar” a cada paciente de acuerdo a su nivel de urgencia, pero además en “seleccionar” a los pacientes que más se beneficiaran del tratamiento intensivo.

**Hay que priorizar el tratamiento intensivo a los pacientes con mayores posibilidades de recuperación, a pesar de que a veces no sean los más graves**

Esta priorización encuentra su justificación en lo extraordinario de la situación. Por eso es importante disponer de **criterios de decisión que ayuden a cumplir la obligación que existe de justificar las excepciones.**

1. **OBJETIVO GENERAL:** Conseguir el mayor beneficio posible, para el mayor número de pacientes, con los medios disponibles.
  - Procurando la mayor supervivencia en el menor tiempo posible.
  - Adecuando el tratamiento a la evolución del enfermo, sabiendo poner límites al esfuerzo terapéutico.
  
2. **OBJETIVO ESPECÍFICO:** Establecer recomendaciones y criterios de justicia distributiva que ayuden a tomar las decisiones de forma racional y argumentada para el triaje de todos los enfermos que necesiten los recursos de tratamiento intensivo (como SVA o ingreso en UCI).
  
3. **PRINCIPIOS.**
  - Justicia como equidad. El triaje debe aplicarse a todos los enfermos que requieren tratamiento intensivo, incluyendo a los infectados por COVID-19, a los que sufren otras patologías de carácter también grave y a los pacientes quirúrgicos que necesitan dicho tratamiento.
  - Responsabilidad. Con las recomendaciones que se dan no se pretende reemplazar al clínico responsable de tomar cada decisión, sino ayudarle a reducir la incertidumbre y aportarle legitimidad y fundamentación.
  - Flexibilidad. Las recomendaciones deben interpretarse en función de las circunstancias de cada caso.
  - Temporalidad. Las recomendaciones podrán ser revisadas según evolucionen los acontecimientos.
  - Transparencia y publicidad. Los enfermos y sus allegados deben ser informados de las decisiones tomadas y de los criterios seguidos. Esos **criterios se tienen que poder defender públicamente.**
  - Confianza. Las decisiones justas y fundamentadas, con transparencia y publicidad, mantienen y refuerzan la confianza social en el sistema y en sus profesionales.

#### 4. PROCEDIMIENTO DEL TRIAJE

##### 4.1. RECOMENDACIONES

- Establecer un Comité de Triage en cada centro, que podrá estar formado por un médico de cada uno de los siguientes Servicios: Medicina Interna, Neumología, Urgencias, UCI, Anestesiología, además de un asesor del Comité de Ética Asistencial (CEA). Su función consistirá en coordinar las labores de triaje y dar apoyo a los profesionales.
- Participar más de una persona en la toma de decisiones, cuando ello sea posible.
- Conocer el listado de pacientes que puedan precisar tratamiento intensivo en las próximas horas o días, así como la disponibilidad real de recursos.
- Realizar una valoración precoz de los enfermos para evitar tomar decisiones apresuradas.
- Realizar una reevaluación diaria de cada enfermo.
- Poder cambiar las decisiones de triaje en un sentido u otro, cuando lo exija la evolución del paciente o la escasez de recursos, limitando, en su caso, el esfuerzo terapéutico.
- Registrar obligatoriamente en la historia clínica, de forma argumentada, las decisiones tomadas.
- Informar y comunicar al paciente y a sus allegados, en la medida de lo posible, la decisión tomada, con profesionalidad y delicadeza.
- Proteger físicamente y cuidar la salud mental de los trabajadores sanitarios y no sanitarios.
- Disponer de asesoramiento por parte del CEA y/o CEC (Consultores de Ética Clínica) en los casos que sea necesario, tanto en labores de triaje como de comunicación con familiares, etc.

##### 4.2. CRITERIOS CLÍNICOS DE DECISIÓN

- Tipo y gravedad de enfermedad.
- Pronóstico. Capacidad de supervivencia y capacidad de recuperación.
- Esperanza de vida según comorbilidad y edad. Índice Charlson para la evaluación de la esperanza de vida a los diez años en función de la edad y de la comorbilidad. Disponible en:  
<http://www.samiuc.es/indice-de-comorbilidad-de-charlson-cci>
- Situación funcional previa. Índice de Barthel. Disponible en el programa Gacela.
- Modelo de 4 prioridades de la SEMICYUC. Disponible en:  
[https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica\\_SEMICYUC-COVID-19.pdf](https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf)
- Edad en años. No es nunca el único criterio a tener en cuenta. En situaciones extremas y ante casos similares (por esperanza de vida y situación funcional) se dará prioridad a los más jóvenes (aunque ya se incluye la edad en el índice Charlson). Se pretende reservar recursos para aquellos pacientes con más posibilidades de supervivencia y secundariamente, más años de vida salvada.
- Otras recomendaciones generales de ingreso en UCI en situaciones excepcionales de crisis  
<https://www.segg.es/media/descargas/CONSENSO-RECOMENDACIONES-UCI-COVID-19.pdf>

##### 4.3. OTROS CRITERIOS (están supeditados a los criterios clínicos)

- **Valores y voluntad del enfermo.**  
El **Consentimiento Informado** puede no ser exigible, dada la situación excepcional de catástrofe, pero cuando sea posible deberá realizarse, también como una parte de la comunicación, aunque sea solamente de forma verbal, registrándolo en la historia clínica. Además, podrá ser determinante si, por ejemplo, el enfermo rechazara algún procedimiento.  
Si el enfermo no tiene capacidad para comprender o decidir, se deberá consultar, cuando la urgencia lo permita, el Registro de **Instrucciones Previas** y atender al documento correspondiente, en su caso.  
Si hay posibilidad, se preguntará a los allegados por manifestaciones anteriores del enfermo sobre sus **deseos acerca del final de la vida**.
- **EL ENFERMO EN QUIEN SE DESESTIMA TRATAMIENTO INTENSIVO** debe recibir una asistencia de calidad dentro de las limitaciones, adecuando el esfuerzo terapéutico mediante terapia curativa si es posible o, si no, cuidados paliativos, que incluyan control sintomático y soporte emocional, además de la sedación en los casos indicados.

##### **Guía de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico:**

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bioetica/guias-bioetica-castilla-leon.ficheros/1519358-esfuerzo%20terapeutico.pdf>