

VALORACIÓN DEL DOCUMENTO: “RECOMENDACIONES GENERALES RELACIONADAS CON LAS DECISIONES ÉTICAS DIFÍCILES Y LA ADECUACIÓN DE LA INTENSIDAD ASISTENCIAL / INGRESO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN SITUACIONES EXCEPCIONALES DE CRISIS” POR PARTE DEL CONSEJO ASESOR REGIONAL DE ÉTICA ASISTENCIAL -DR. D. JUAN GÓMEZ RUBÍ- (CAREA)

1. Antecedentes

El CAREA tiene entre sus funciones según el artículo 2 del Decreto n.º 26/2005 en su punto 1 h) el de: elaborar estudios, trabajos e informes en materia de ética asistencial, que le sean encomendados por la Consejería de Sanidad, y formular a ésta las propuestas que estime convenientes para la mejora del sistema sanitario regional. En el punto i) el de: prestar la colaboración que le solicite el titular de la Consejería de Sanidad en la preparación y ejecución de actuaciones de la Consejería relacionadas con la ética asistencial.

El 27 de Marzo de 2020 se recibió en la secretaria del CAREA petición por parte de la Vicepresidenta del consejo para que éste emitiera un informe de valoración del documento antedicho con el fin de darle su visto bueno. Tal valoración podía incluir también la aportación de sugerencias o cambios si se veía oportuno

2. Deliberación

Los miembros del consejo realizaron el estudio y valoración del documento, aportando diversas sugerencias. También lo hicieron respecto al documento base sobre el que se elaboró el documento sometido al consejo, titulado: “Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos. (SEMICYUC)”.

3. Valoración global

Los miembros consideran que el documento en su conjunto es aceptable, pero manifiestan que es mejorable. Para ello proponen algunos cambios e introducir matizaciones que a continuación se detallan y que tienen como finalidad hacerlo más completo y adecuado al entorno sanitario de la Región de Murcia.

- a) En el apartado “**Plan de contingencia Territorial**” se considera que habría que dejar más claro que la primera medida es: ampliar lo máximo que se pueda las posibilidades técnicas y humanas de recursos

sanitarios para los enfermos críticos. En este sentido: camas de reanimación, quirófanos, anestesistas, ventilación no invasiva etc. Es evidente que no es lo ideal, pero es lo mejor en cuanto que facilita la distribución de los pacientes e incrementa las posibilidades de acceso de pacientes a ellos. Esto se debe especialmente al contexto de esta enfermedad que afecta sobre todo a personas mayores y especialmente los que tienen una variada comorbilidad. Esto conlleva un especial esfuerzo que viene muy bien expresado en el texto del Comité de Bioética de España (CBE): “Para alcanzar el objetivo de detener la pandemia urge dotar de medios al sistema de salud, tanto público como privado. Esa es la prioridad: reforzar el sistema de salud y a sus profesionales. Lo que está en juego hoy no es el bienestar económico de nuestra sociedad, sino la vida y salud de muchas personas, especialmente de las más vulnerables”. Esto exige un especial esfuerzo y atención que incluye como primer deber de los gestores sanitarios la ampliación al máximo de los medios, aunque no sean idealmente los mejores.

b) En cuanto al apartado **“Optimización de los Recursos”** es necesario tener en **cuenta en primer lugar**, el de prestar atención al colectivo de personas vulnerables que son los profesionales sanitarios. Como dice también el Comité de Bioética Español: “Evidentemente, lo primero será disponer del máximo de medios para tratar de sortear la escasez, lo que exige movilizar todos los recursos personales y materiales disponibles, públicos y privados, y allegar tantos nuevos recursos como sea posible. Como decíamos antes, la crisis es esencialmente sanitaria y la única manera de afrontarla es dando prioridad a las cuestiones sanitarias. Cuanto antes se supere el problema sanitario antes se podrán atajar los problemas colaterales, tan graves como aquel si se prolongan en el tiempo. Particularmente urgente es disponer de los medios imprescindibles para que los profesionales sanitarios, no solo en el ámbito hospitalario, sino también en el de Atención Primaria y farmacéutico, puedan desarrollar su trabajo en unas condiciones adecuadas de seguridad.”

c) En este mismo apartado, en segundo lugar, hay que priorizar la atención y protección de las residencias de mayores. Esto es una obligación fundamental, no sólo para evitar contagios sino también para disminuir el impacto en las UCI *estricto sensu* o las que eventualmente se diseñen. En este sentido es muy importante que se utilicen los mismos criterios para el ingreso en UCI de estos pacientes que los que se utilizan para otros que procedan de otro origen. Finalmente, aunque las recomendaciones responden a la cuestión concreta del ingreso en UCI, tienen que estar enmarcadas en otras decisiones previas; de lo contrario las UCI se pueden convertir en un elemento que puede aproximarse a un sistema de descarte, desnaturalizando la misión de éstas.

d) En este mismo apartado es importante recordar que al centrarse en las personas enfermas de la pandemia no se tiene en cuenta -como dice el Comité de Bioética de España que “aunque la toma de decisiones sobre la base de una priorización viene ahora exclusivamente provocada por la expansión del coronavirus y el ingente uso de recursos sanitarios que ello conlleva en un corto periodo de tiempo, las decisiones deben adoptarse desde la perspectiva del interés de todos los pacientes ingresados y no solo de los pacientes con coronavirus. Aquí también hacemos nuestras las oportunas reflexiones del reciente Informe de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médico Colegial cuando señala que “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”. La salud de los enfermos con coronavirus es una prioridad, pero igualmente debe serlo la de otros enfermos con diferentes patologías a los que el sistema de salud tiene el mismo deber ético y legal de atender. La priorización debe ser horizontal, incluyendo a todos los pacientes, ingresados con coronavirus o con otra enfermedad, no vertical, otorgando prioridad a aquéllos sobre los demás, y no solo cuando del recurso a medidas de soporte vital se trate”.

e) Respecto al **apartado de “Ética de las decisiones”** pensamos que explícitamente hay que indicar que todas ellas se toman en función del

respeto y promoción de la vida de todas las personas, algo que no está en colisión con la justa distribución de los recursos. Las decisiones se toman en función de la igual dignidad de todos, considerando sus vidas de idéntico valor y respeto. **Es necesario que el criterio de justicia busque dar a cada uno lo que le corresponde según su estado clínico.** En consecuencia, no hay en estas decisiones un principio utilitarista sino la adecuación y la idoneidad de unas personas enfermas a los recursos que se disponen. Estas decisiones individualizadas en condiciones normales son siempre validas, y lo es ahora, en cuanto los profesionales de las UCI tienen claro que es una mala praxis médica el ejercicio de la obstinación o futilidad terapéutica. *Sólo en situaciones de colapso y ante personas enfermas en igualdad de condiciones clínicas e idoneidad para un determinado tratamiento es cuando pueden entrar en consideración razones de índole común en las cuales la elección de lo mejor tiene en cuenta el bien de toda la comunidad.* Esta argumentación es también aceptada por el Comité de Bioética de España: “El todo, para todos, siempre y ya casi nunca es posible. Así pues, la priorización de recursos sanitarios es algo que no nos puede dejar tranquilos, pero que tampoco podemos ver como algo excepcional. Eso sí, el contexto en el que produce esta priorización la hace más trágica por la premura con la que han de adoptarse las decisiones y las consecuencias que entrañan”.

f) En este mismo apartado habría que incluir una consideración importante respecto a que cada persona enferma es única. Así el Comité de Bioética de España indica: “entendemos que cualquier criterio o protocolo que se adopte para racionar unos recursos escasos nunca puede aplicarse de manera mecánica o automática: todo ser humano tiene derecho a una consideración personal. Como dice una máxima sanitaria..., no existen enfermedades, sino enfermos y dicha expresión común debe ser subrayada en estos tiempos. Ello no obsta para no tratar de establecer unos criterios generales de priorización que, en todo caso, deben ser aplicados de manera individualizada”. En la misma línea está el Informe de la Comisión Central de Deontología de la OMC, que cita también el mismo comité español: “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”.

4. *Respecto a las recomendaciones generales y específicas del documento base “Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos. (SEMICYUC)” consideramos que se podrían matizar algunas de sus recomendaciones:*

1. Todos los criterios deben caracterizar de la mejor forma posible el estado vital de las personas enfermas y determinar el pronóstico de ellas según los medios disponibles. En esta valoración o discernimiento lo primordial es el bien del paciente (beneficio) buscando que exista proporcionalidad entre las medidas iniciadas y el objetivo a conseguir. Esta actitud conlleva no abandonar a ninguna persona sino acompañarla con los medios oportunos. También en la medida de lo posible a parte de consultar el equipo de atención primaria del paciente parece conveniente contactar de alguna forma con sus familiares y/o allegados, para la valoración del tratamiento más idóneo.

2. “1. Siempre debe existir un beneficio grande esperable y reversibilidad”. Esta afirmación es demasiado contundente y solo válida “in extremis”, sobre todo en el calificativo “grande”. Recomendamos por: 1. Siempre debe existir un claro beneficio esperable. En caso de colapso se atenderá a la más probable reversibilidad de los pacientes

3. “6. En caso de complicaciones, o prevista mala evolución tanto clínica como funcional, plantear la retirada terapéutica sin dilación por futilidad e iniciar la aplicación de medidas paliativas.” Habría que eliminar las complicaciones que pueden confundir. Recomendamos: “6. En caso de mala evolución tanto clínica como funcional, plantear la retirada terapéutica sin dilación por futilidad e iniciar la aplicación de medidas paliativas.”

4. “11. Se debe consultar siempre si el paciente dispone de voluntades anticipadas y seguir sus instrucciones, consultando a los representantes designados en el documento de voluntades anticipadas.” Esto no exime de lo indicado en la actual ley: “no serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas”. Además, solo se consultarán las voluntades anticipadas cuando el paciente no sea capaz por las circunstancias (físicas o psíquicas en las que se encuentre) de expresar por sí mismo su voluntad. No es algo automático. Recomendamos: “11. Se debe consultar siempre que sea posible si el paciente dispone de instrucciones previas, consultando a los representantes designados en ellas. El equipo responsable debe tener en cuenta que solo se atenderá a lo dispuesto en las instrucciones previas cuando el paciente no esté en disposición de consentir por sí mismo. En el caso de que sean aplicables, deberá comprobarse si se corresponden con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas y no son contrarias a la “lex artis” o al ordenamiento jurídico, tal como se establece en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.” Este punto 11 como el 20 que comentaremos más adelante deben ser utilizados para completar lo que se indica en las “Recomendaciones generales relacionadas con las decisiones éticas difíciles y la adecuación de la intensidad asistencial / ingreso en las unidades de cuidados intensivos en situaciones excepcionales de crisis”.

5. “Ante pacientes críticos con otras patologías críticas que no puedan estar en otras áreas asistenciales, UCI como reanimación o semicríticos, diferentes a la infección respiratoria por COVID-19, se debe valorar ingresar prioritariamente a quien más se beneficie o tenga mayor expectativa de vida, en el momento del ingreso”. Recomendamos siguiendo las consideraciones anteriores: “15. Ante pacientes críticos con otras patologías críticas que no puedan estar en otras áreas asistenciales, como reanimación o semicríticos, diferentes a la infección respiratoria por COVID-19, se debe valorar ingresar prioritariamente a quien más se beneficie o tenga mayor

expectativa de vida, en el momento del ingreso y con los mismos criterios generales que se estén teniendo con los pacientes de la pandemia”.

6. “17. En personas mayores se debe tener en cuenta la supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada.”. **Recomendamos: Eliminar este punto.**

7 “20. No ingresar pacientes que hayan dejado escritas sus voluntades anticipadas y que rechacen cuidados intensivos y/o ventilación mecánica, tras corroborar con sus representantes las instrucciones que hay en el documento o con el paciente si es competente”. **Recomendamos: “20. No ingresar pacientes que hayan dejado escritas sus instrucciones previas y que rechacen cuidados intensivos y/o ventilación mecánica, teniendo en cuenta que el equipo responsable debe saber que solo se atenderá a lo dispuesto en las instrucciones previas cuando el paciente no esté en disposición de manifestar por sí mismo su voluntad. Además, ha de valorar si se corresponden con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas y no son contrarias a la “lex artis” o al ordenamiento jurídico, tal como se establece en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”.**

8. “20. Todo paciente mayor de 80 años y con comorbilidades recibirá preferentemente mascarilla de oxígeno de alta concentración, oxigenoterapia de alto flujo o ventilación mecánica no invasiva (en estos dos últimos procedimientos se considerará la relación riesgo/beneficio por la producción de aerosoles en habitaciones compartidas y la disponibilidad de vigilancia en planta de hospitalización convencional) y se seleccionará, cuidadosa e individualmente, la indicación ventilación mecánica invasiva según indicación y evaluando riesgo/beneficios.”. **Recomendamos. “20 Todo paciente mayor y con comorbilidades será valorado,** cuidadosa e individualmente. La iniciación de ventilación mecánica invasiva se hará según indicación y evaluando riesgo/beneficios. En su caso recibirá preferentemente mascarilla de oxígeno de alta concentración, oxigenoterapia de alto flujo o ventilación mecánica no invasiva (en estos dos últimos procedimientos se considerará la relación riesgo/beneficio por la

producción de aerosoles en habitaciones compartidas y la disponibilidad de vigilancia en planta de hospitalización convencional).”

9. “4. Cualquier paciente con deterioro cognitivo, por demencia u otras enfermedades degenerativas, no serían subsidiarios de ventilación mecánica invasiva”. El Comité de Bioética de España ha afirmado claramente que esto no es compatible con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, tratado firmado y ratificado por España. Afirmar que: “la vida de las personas con discapacidad tiene menos calidad y por tanto merece menos la pena atenderla, ...resulta no solo absolutamente incoherente con la visión de la discapacidad que hoy tiene la sociedad española -reflejada en la Convención, pero también en nuestro ordenamiento jurídico interno, en particular en el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social-, sino que supondría establecer una división entre vidas humanas en función de un supuesto valor de esas vidas arbitrariamente asignado o en función de su utilidad social.” El paciente con el deterioro debe ser evaluado como los demás, si su deterioro o el grado de éste **justifica** la no idoneidad para este tratamiento, es una cuestión que si entraría en la indicación de no ser subsidiario Recomendamos: “4. Cualquier paciente con deterioro cognitivo, por demencia u otras enfermedades degenerativas, debe ser evaluado igual que los demás considerando ese deterioro solo en cuanto pueda afectar a su estado y evolución clínica”.

10. “23. Tener en cuenta el valor social de la persona enferma”. Cambiar en consonancia con el CEB por: “23. Es conveniente valorar como un elemento más del juicio prudencial de ingreso la importancia social de la persona enferma, especialmente si se trata de personal sanitario contagiado por la pandemia”.

11.- Recomendamos añadir al nº 11 de recomendaciones específicas: El garantizar, en la medida de lo posible, que los enfermos **tengan el necesario apoyo social, psicológico, y espiritual.**

Murcia 06.4.2020