



Recomendaciones Generales Respecto de las Decisiones Éticas Difíciles y la Adecuación de la Intensidad Asistencial e Ingreso a Unidades de Paciente Crítico en Situaciones de Crisis

Sociedad Chilena de Medicina Intensiva.

INTRODUCCIÓN

Hasta donde conocemos en la actualidad, la enfermedad por coronavirus genera una neumonía que lleva a la hipoxemia severa por lo que una parte importante de enfermos, estimada en alrededor del 5-10% de ellos, requerirá soporte ventilatorio.

Este compromiso pulmonar es potencialmente reversible, pero la fase aguda puede durar en promedio hasta 14 días y se ha visto que muchos responden al pronóstico. Esto lleva indefectiblemente a que la intensidad de la atención y el uso de los recursos humanos y tecnológicos sea muy alto.

PRINCIPIOS

Las atenciones médicas durante situaciones excepcionales, tales como una catástrofe pueden **pasar de la autonomía y la beneficencia a la utilidad, equidad, justicia distributiva y asignación adecuada de recursos que son limitados**. En este contexto, y de acuerdo con el principio de proporcionalidad de la atención, **deberíamos ser capaces de establecer como objetivo el lograr garantizar tratamientos de soporte intensivo a los pacientes que estadísticamente tengan las mayores posibilidades de éxito terapéutico**.

En este sentido, la necesidad de un paciente de ser admitido en una unidad de cuidados intensivos debe estar sujeta a la evaluación **del tipo y gravedad de la enfermedad, de la presencia de comorbilidades,**

del deterioro de otros órganos y/o sistemas y de su reversibilidad. La disponibilidad de recursos no suele entrar en el proceso de toma de decisiones hasta que los recursos se vuelvan tan escasos que no permitan brindar el manejo adecuado a todos los pacientes que hipotéticamente podrían beneficiarse de un tratamiento determinado.

Es comprensible que los equipos de salud no estén acostumbrados a razonar con criterios de triage de emergencia máxima, pero deben conocer con antelación que es posible utilizarlos en condiciones excepcionales. **Es de suma importancia que, un cambio en estas políticas de admisión sea compartido previamente a todo el equipo de salud y al momento de aplicarla, informar al paciente y/o sus familiares con total transparencia de la naturaleza extraordinaria de los mismos.**

DIRECTRICES

a. Respecto de los pacientes:

1. Los criterios de admisión y alta en períodos excepcionales o condiciones extraordinarias son flexibles y deben adaptarse a cada realidad local dependiendo de los recursos disponibles.
2. Estos criterios extraordinarios se deben aplicar a todos los pacientes que requieran ingreso a unidades de intensivo y no sólo a aquellos que están infectados por SARS-CoV2 y que desarrollaron COVID-19.

3. Las personas siempre deben valorarse en forma global y no la enfermedad de forma aislada. Aun cuando, podría ser necesario establecer un límite de edad para ingreso a unidades de soporte intensivo, debe considerarse no sólo la edad cronológica, sino principalmente de la edad fisiológica, considerando además comorbilidades, estado funcional previos y posibilidad de mejoría.

En este punto es importante señalar que los resultados en los centros europeos que han reportado su experiencia en crisis con adultos mayores ventilados muestran mortalidades altas en adultos mayores de 80 años.

4. Se recomienda preguntar a todo paciente y/o su familia por la existencia de directrices anticipadas en cada caso particular. Idealmente, lo más precoz posible en el desarrollo de la enfermedad de tal forma de identificar claramente a aquellos pacientes que tendrán orden de "No Intubar". Esto debe quedar claramente establecido en la ficha médica y debe ser conocido por todo el equipo de salud.

5. En situaciones excepcionales, **todas las admisiones a unidades intensivas deberían considerarse como un Trial UCI (prueba terapéutica), por lo que todos los pacientes deben ser sometidos a una reevaluación diaria.**

6. Debe considerarse siempre la sedación paliativa en pacientes hipoxémicos y con progresión de enfermedad, que serán manejados en forma compasiva.

Al respecto, se recomienda explicar no utilizando frases como: "No hay nada más que hacer", preferir "Esta enfermedad tiene muy mal pronóstico de sobrevivir en las personas mayores, y dada su condición es mejor poner todas nuestras energías en controlar sus síntomas, que no sienta falta de aire ni dolor más que en apoyarlo con máquinas".

7. La decisión de limitar los cuidados intensivos, una vez ya ingresado el paciente, debe ser discutido, compartido y colegiado de forma interdisciplinaria y, en la medida de lo posible, informado al paciente y/o a sus familiares de forma oportuna.

b. Algunas directrices respecto a los profesionales que atienden en situaciones excepcionales:

1. El imperativo ético de los médicos, y del equipo de salud en su conjunto, es servir a los enfermos, es decir brindar atención, incluso durante las epidemias a todos aquellos que necesiten atención.

2. El equipo de salud que atiende debe evaluar el riesgo de infectarse e implementar las medidas adecuadas para disminuir la propagación de la infección.

3. Los profesionales del equipo de salud que se expusieron sin las medidas de protección adecuadas tienen la obligación ética de someterse a pruebas y someterse a cuarentena voluntariamente para limitar el riesgo a la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. **New York State Task Force on Life & the Law, New York State Department of Health.** Ventilator allocation guidelines. 2015.
2. **Veterans Health Administration's National Center for Ethics in Health Care.** Meeting the challenge of pandemic influenza: ethical guidance for leaders and health care professionals in the Veterans Health Administration. July 2010.
3. **World Health Organization.** Pandemic influenza risk management WHO interim guidance. 10 June 2013.
4. **Institute of Medicine.** Guidance for establishing crisis standards of care for use in disaster situations: a letter report. 2009.
5. **Weiner J.** The duty to treat HIV-positive patients. In: Snyder L, eds. Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice. 2nd ed. Philadelphia American Coll Physicians; 2005; 136-42
6. **Lubinski C, Aberg J, Bardeguet AD, Elion R, Emmanuel P, Kuritzkes D, et al** HIV policy: the path forward—a joint position paper of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America and the American College of Physicians. Clin Infect Dis 2009; 48;1335- 44
7. **SIAARTI statement regarding clinical ethics recommendations**