

Decisión de admisión de los pacientes en unidades de reanimación y unidades de tratamientos críticos en un contexto de epidemia de Covid-19.

Elie Azoulay, Sadek Beloucif, Benoît Vivien, Bertrand Guidet, Dominique Pateron y Matthieu Le Dorze

A 19 de marzo de 2020

El contexto

El contexto es el de una **pandemia mundial inédita en tamaño, extensión, gravedad y mortalidad**. La afluencia de pacientes en estado grave, o incluso en insuficiencia vital, plantea situaciones en las que se rompe **el equilibrio entre las necesidades médicas y los recursos disponibles**. Estos pacientes graves pueden llegar directamente a urgencias, o deteriorarse después de haber estado en sector de hospitalización, o solicitar al personal de urgencias a partir de unidades de tratamientos de larga duración.

En un contexto excepcional, donde los recursos humanos, terapéuticos y materiales podrían ser o volverse inmediatamente limitados, cabe la posibilidad de que los médicos, sobrecargados de trabajo durante un período largo, se vean confrontados a **decisiones difíciles y priorizaciones en situación de emergencia** respecto al acceso a los cuidados de reanimación. Los principios éticos de justicia distributiva, actuaciones exentas de maldad, respeto de la autonomía y la dignidad de los pacientes independientemente de su grado de vulnerabilidad, así como la indispensable confidencialidad de los datos médicos son guías elementales para el cuidado de estos pacientes, que padecen formas graves de Covid-19, así como del resto de los pacientes que requieran tratamientos de reanimación para una patología no vinculada al Covid-19.

Este documento tiene por objetivo aportar un apoyo conceptual a todos los equipos sanitarios actualmente comprometidos en la gestión de primera línea de la pandemia COVID-19. Particularmente, se dirige a los médicos que, en términos de cultura, formación o experiencia, no siempre están acostumbrados a desarrollar una reflexión sobre las limitaciones de los tratamientos.

Tienen dos objetivos:

- **brindarles una asistencia en el reto que supone decidir** la admisión en unidad de cuidados críticos, lo que puede incluir situaciones (que conocen bien los reanimadores) de limitación y retirada de un tratamiento de suplencia vital para no caer en la obstinación más allá de lo razonable. Estas decisiones pueden tomarse al ingresar a paciente o a lo largo de su hospitalización.
- **las ayudas para seguir proporcionando tratamientos de buena calidad y continuos**, especialmente en el acompañamiento al final de la vida, que se realizarán, idealmente, en coordinación y colaboración con las familias y allegados. Los pacientes no admitidos en reanimación, o para los que se tome la decisión de limitar los tratamientos, deberán disponer de todas las competencias disponibles en el hospital (con los médicos de urgencias, los servicios de medicina y las unidades móviles de cuidados paliativos) para que este tratamiento paliativo agudo permita garantizar la comodidad al final de su vida y un acompañamiento de las familias.

Los elementos de reflexión relativos al caso general de un enfermo en reanimación y el caso particular de los pacientes afectados por la pandemia de Covid-19. Deben incitar a una decisión personalizada para cada individuo, debatirse entre los médicos de todas las especialidades implicadas en la gestión de esta crisis, y adaptarse localmente, a lo largo del tiempo, en función de las organizaciones sanitarias, los recursos materiales, los recursos humanos y las experiencias del personal sanitario implicado. También tienen que tener absolutamente en consideración las necesidades para atender correctamente a los pacientes de cuidados críticos no infectados por el COVID-19. **La reflexión puede realizarse de forma evolutiva, en función de la situación sanitaria y las experiencias adquiridas. También puede ser evolutiva en función de la respuesta del paciente a un tratamiento máximo,**

una reevaluación que resulta particularmente necesaria con los pacientes más graves y más frágiles, para los que la decisión inicial se toma en un contexto de incertidumbre (es decir, “hacer algo y reevaluar la situación” en lugar de “no hacer nada”).

La estrategia general debe anticipar al máximo estas decisiones, independientemente de la localización del paciente (servicio de urgencias, establecimientos de estancias cortas de medicina, cirugía y obstetricia (MCO), unidades de cuidados de larga duración (USLD), residencias de ancianos dependientes (EHPAD), etc...), su estado clínico (con o sin señales de gravedad) y su estado COVID. En un contexto de urgencia, las limitaciones de tiempo hacen que la decisión médica, que sigue siendo esencial, resulte más difícil de construir en condiciones éticas.

En toda las situaciones en las que se decide la orientación de un paciente, incluso fuera del contexto de pandemia, los pacientes, sus allegados y todo el personal sanitario deben estar al corriente del carácter extraordinario, pero personalizado, de las medidas implantadas. El lugar concedido a los allegados en el proceso decisorio y en el acompañamiento podría ser limitado en estas circunstancias excepcionales. Por último, estas cuestiones son complicadas desde un punto de vista moral y emocional y constituyen una fuente de ansiedad y estrés, por lo que deberá proponerse un apoyo (psicológico o espiritual) a todo el mundo, tanto los pacientes, como sus allegados y el personal sanitario.

Los principios de la decisión de admisión en unidad de cuidados críticos.

Pese a la situación de urgencia sanitaria, **se respetará el procedimiento colegial** definido por vía reglamentaria en la ley Clayes-Leonetti, **insistiendo en los siguientes principios:**

- **La colegialidad:** aunque la decisión queda bajo la responsabilidad de un único médico, se toma tras realizar una concertación con el equipo sanitario (la continuidad de dicha colegialidad debe organizarse con, como mínimo, otro médico y un representante del equipo paramédico).
- **El respeto de las voluntades y los valores del paciente:** expresados directa o indirectamente mediante directivas anticipadas o transmitidas por la persona de confianza o sus allegados.
- **La consideración del estado anterior del paciente,** lo que, como mínimo, incluye:
 - su fragilidad evaluada con la escala CFS (cf. a continuación)
 - su edad (especialmente en el caso de los pacientes COVID)
 - sus comorbilidades: comorbilidades graves vs. comorbilidades estabilizadas, una vs. varias
 - su estado neurocognitivo: funciones cognitivas normales, poco alteradas o muy alteradas
 - la cinética de degradación de su estado general a lo largo de los últimos meses
- **La consideración de su gravedad clínica actual** mediante la evaluación del número de fallos de órganos en el momento de tomar la decisión, uno de los médicos implicados tendrá que haber examinado al paciente y haber dialogado con él o con sus allegados:
 - Respiratorio: hipoxemia (>6 l/min O₂) o déficit respiratorio
 - Hemodinámica: PAS <90 mmHg
 - Neurológico: Puntuación de Glasgow <12
 - La cinética de degradación de los fallos de órganos
 - Uso eventual de la puntuación de SOFA
- **La evaluación de su comodidad:** dolor, ansiedad, agitación, disnea, congestión, asfixia, aislamiento
- **La garantía de un acompañamiento y de cuidados para todos,** respeto de las personas y de su dignidad.

En este contexto, los principios decisorios se aplican tanto a los pacientes de COVID como a los otros pacientes. Los datos clínicos y de contexto considerados no son específicos de los pacientes COVID (como edad, fragilidad, comorbilidades,...), pero su peso en la naturaleza

de la decisión tomada podría serlo según las situaciones.

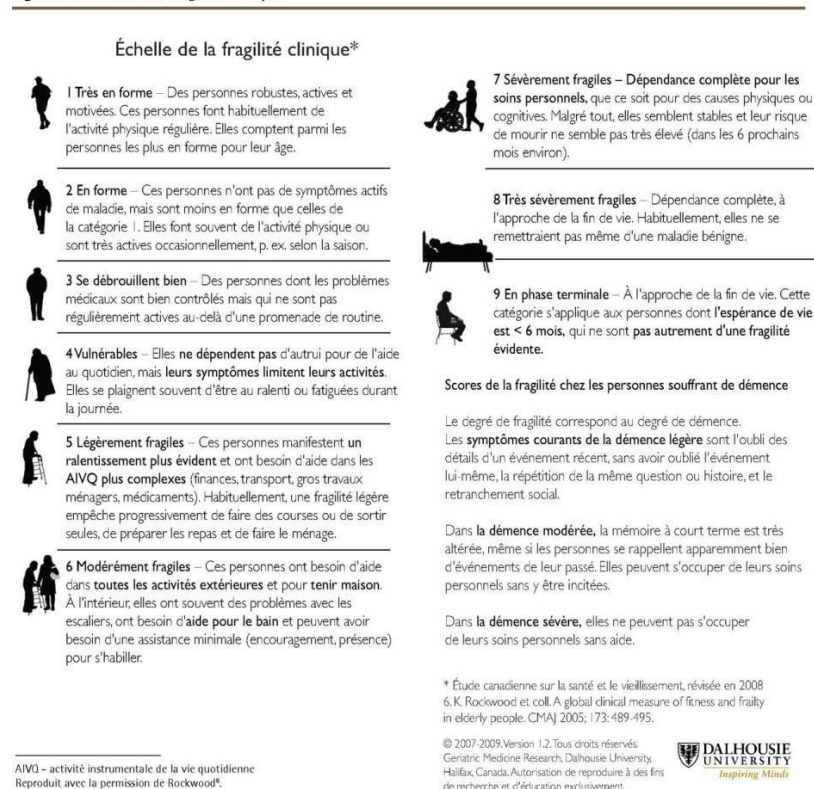
Caso particular de que no haya camas suficientes para un paciente admitido en reanimación: esta situación se ha dado con frecuencia en China, Italia e, incluso mas recientemente, en Francia. Esta cuestión clínica está relacionada con la de la disponibilidad de una única cama para dos pacientes que requieran ser ingresados en reanimación.

La primera respuesta lógica es el traslado a otra estructura de reanimación que tenga plazas disponibles. La función de regulación del SAMU y los censos que la ARS (Agencia Regional de Salud) y los establecimientos hospitalarios realizan en tiempo real son primordiales.

La segunda posibilidad sería optimizar la oxigenación del paciente ingresado en una estructura MCO (estancias cortas) o en urgencias. Este modo degradado plantea el problema de que el tratamiento administrado al paciente no es óptimo a nivel terapéutico ni de supervisión, además de conllevar una saturación de dichas estructuras que les impide acoger a otros pacientes. Lo ideal sería anticipar esa situación creando estructuras intermedias equipadas con personal cualificado y material de oxigenación no invasiva. No obstante, en un contexto pandémico de tal envergadura, estas estructuras también llegarán a saturación, dejando la situación sin resolver. La tercera posibilidad que permitiría evitar que el paciente que requiera un ingreso en reanimación pierda una oportunidad consistiría en sacar a un paciente ya ingresado en reanimación para dejar una plaza libre (*bumping*). Esta solución, que incita a extubar a los enfermos antes de lo normal para trasladarlos a una estructura intermedia (incluso con fases intermedias con un flujo elevado de oxígeno) requiere el respeto de la temporalidad de los procesos decisorios y la eventual introducción de tratamientos paliativos, así como el acompañamiento de las familias.

A propósito de los pacientes ingresados en USLD (Unidades de Cuidados de Larga Duración) y en EHPAD (residencias de ancianos dependientes): las medidas de confinamiento y aislamiento deben aplicarse al pie de la letra en este entorno de pacientes frágiles con alto riesgo de infección. Por otra parte, los reguladores del SAMU deben tener un acceso fácil a las eventuales directivas anticipadas y a las notas escritas en el expediente médico. Así pues, un médico de guardia ha de permanecer disponible las 24 horas para participar, llegado el caso, en la decisión colegial de no ingresar a un paciente en reanimación. Se ha de llevar a cabo una reflexión sobre las modalidades óptimas de información de las familias en un contexto de interdicción de visitas y de posibilidad de degradación brutal.

Figure 1. Échelle de la fragilité clinique

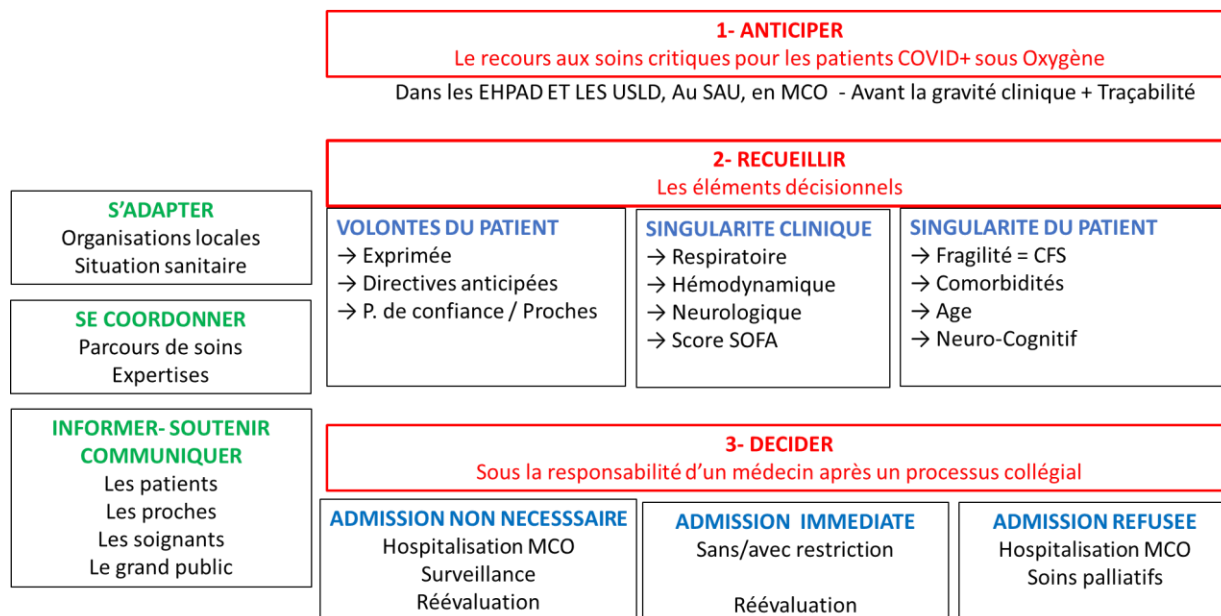


AIVQ - activité instrumentale de la vie quotidienne
Reproduit avec la permission de Rockwood®.

En la práctica

Este proceso decisorio concierne en el mejor de los casos (cf. algoritmo):

1. Una **anticipación de un eventual recurso a tratamientos críticos desde la evaluación clínica inicial**
2. Una **recogida de los elementos pertinentes** para el análisis clínico de la situación
3. La naturaleza de la **propia decisión** puede ser:
 - a. **No ingresar al paciente en tratamientos críticos:**
 - i. Bien porque lo rechace el paciente (y/o la familia)
 - ii. Bien debido a una ausencia de signos de gravedad para la reanimación (con la continuación de los tratamientos, como por ejemplo con una oxigenoterapia en un servicio clásico);
 - iii. Bien porque el ingreso en tratamientos críticos supondría una obstinación más allá de lo razonable, definida por terapéuticas que no benefician al paciente, desproporcionadas respecto al beneficio esperado, que tendrían, como único objetivo, una mantenimiento artificial (y transitorio) de la vida al precio de un sufrimiento para el paciente y sus seres cercanos, y una situación complicada de los equipos. Este tipo de ingresos también podría privar a otro paciente de unos tratamientos reanimatorios, aunque tuviese más probabilidades de obtener un beneficio de ellos. Así pues, consideramos lícito no admitir a un paciente en reanimación cuando se trate de un caso de obstinación más allá de lo razonable, aunque haya una plaza disponible en reanimación.
 - iv. Entre los pacientes no admitidos en unidades de tratamientos críticos no se interrumpen los tratamientos, sino que se integran en un marco de acompañamiento, en colaboración con los especialistas, de cuidados paliativos orientados a garantizar la ausencia de sufrimiento y un final de vida digno y sereno, en presencia de los seres cercanos.
 - b. **Ingresar al paciente en tratamientos críticos:**
 - i. Con reevaluación periódica y teniendo en consideración la respuesta de las terapias administradas en los fallos de órgano.
 - ii. Lo que permite seguir la mejoría con el tratamiento o, al contrario, conocer las situaciones de fracaso de los tratamientos iniciados y la necesidad de cambiar los objetivos del tratamiento (paso a un tratamiento paliativo).
4. **En todo caso, todas las decisiones, independientemente de cuáles sean y de su seguimiento, deben:**
 - Tener una trazabilidad y estar justificadas en el expediente médico del paciente, comunicado a los equipos de tratamientos, accesible rápidamente en caso de urgencia.
 - Reevaluarse periódicamente en función de eventuales nuevos elementos decisorios y de la evolución clínica del paciente, ya que la supervivencia de los pacientes depende de su capacidad para responder a un tratamiento sintomático de reanimación prolongada, dada la ausencia de tratamiento etiológico validado.
 - Ser objeto de una comunicación clara, leal y sincera con el entorno de los allegados y familiares, primera etapa de su acompañamiento (valor de las conferencias de familias y las células de apoyo psicológico).
 - Integrar la exigencia permanente de limitar las tensiones previas y posteriores.



El acompañamiento de final de vida

La decisión de limitación o abandono se refiere a las terapias; los *tratamientos*, por su parte, no se interrumpen nunca.

El acompañamiento de los pacientes en situación de final de vida y sus allegados debe seguir siendo una prioridad de todos los equipos sanitarios cuando el estado del paciente lo requiera, y estar lo mejor acompañado posible por un equipo de cuidados paliativos. Este acompañamiento, en forma de tratamiento de cuidados paliativos agudos, se realiza, idealmente, en estrecha colaboración con los otros especialistas de medicina y cuidados paliativos.

Se ha de garantizar el derecho a una analgesia proporcionada, a una sedación proporcionada, o profunda y continua, hasta el fallecimiento y que prevenga todo sufrimiento. Si es necesario, se tiene que contar con prescripciones anticipadas disponibles de equipos experimentados para responder a las demandas urgentes de alivio.

Se tiene que fomentar la anticipación de apertura de unidades agudas de cuidados paliativos para llevar a cabo esta misión, al mismo tiempo que la apertura de capacidades de tratamientos críticos.

Los elementos presentados anteriormente son pistas de reflexión y propuestas que “recomendaciones” formales. Son de naturaleza evolutiva e intentan conciliar, por una parte, los imperativos éticos esenciales de beneficencia y respeto de la autonomía y la dignidad de las personas y, por otra, de eficiencia de los tratamientos, equidad, justicia social y justicia distributiva. Por último, el carácter documentado, objetivo y explícito de los elementos decisorios aquí presentados pretende ser una herramienta de comunicación y asistencia a los pacientes, los allegados y los equipos sanitarios, base de la solidaridad y la confianza de/entre todos a lo largo de este trance.