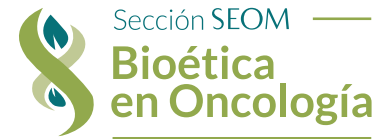


Recomendaciones éticas en la toma de decisiones con pacientes oncológicos durante la epidemia de COVID-19



Resumen realizado por la **Dra. Teresa García García**, coordinadora de la Sección de Bioética de SEOM, del documento que publicó la propia Sección el 7 de abril de 2020.

En el reciente contexto de la pandemia de COVID-19 en España, los pacientes oncológicos se han considerado uno de los grupos de especial vulnerabilidad por:

1. El riesgo de una infección desconocida hasta ahora, añadido a los ya habituales en nuestros pacientes: inmunosupresión, toxicidad del tratamiento, comorbilidades, severidad de la neoplasia.
2. La limitación o el retraso en la atención médica al cáncer debida al reordenamiento de recursos sanitarios (más notorio en unas Comunidades Autónomas que en otras).
3. La posibilidad de ser rechazados para tratamiento intensivo por una teórica menor probabilidad de supervivencia a largo plazo.

Con este documento, la Sección de Bioética de SEOM se propuso definir un marco para la toma de decisiones, con los valores esenciales y principios bioéticos que debemos considerar en esta situación.

Principios básicos de la bioética aplicados a este contexto

1. La dignidad personal, independientemente de la situación de la enfermedad, que hace a cada paciente merecedor de una atención individual de su situación, sin etiquetarlo en un "grupo general" de pacientes.
2. La no maleficencia, equilibrando en lo posible el daño de retrasar o suspender un tratamiento y el de contraer una infección potencialmente mortal.

3. La autonomía de cada paciente, con sus valores y preferencias.
4. La justicia puesto que, si bien en situación excepcional hemos de priorizar decisiones de salud pública que benefician a más personas, también debemos evitar que al anteponer los criterios generales a los individuales discriminemos de forma injusta a un paciente concreto.

Principios para planificar y aplicar las decisiones

1. Proporcionalidad en lo referente al tratamiento de la neoplasia y en las medidas de soporte, teniendo presente el contexto concreto de cada paciente, y la situación del sistema y centro sanitario.
2. Base racional y científica lo más sólida posible para las decisiones (sabiendo que nunca se elimina por completo la incertidumbre).
3. En lo posible toma de decisiones compartida entre oncólogo y paciente, teniendo en cuenta a los familiares o cuidadores. Si excepcionalmente no fuera factible, el equipo sanitario es el garante del paciente para la toma de decisiones.
4. Las decisiones de modificación del tratamiento deben ser: a) basadas en recomendaciones contrastadas (como las que los grupos cooperativos han ofrecido a través de SEOM) y b) explicadas al paciente con transparencia y honestidad. La decisión y actuación quedará reflejada en la historia clínica.
5. Cuando no se consiga determinar con claridad la decisión más proporcionada, es una opción válida el

tratamiento limitado en el tiempo: administrar un tratamiento durante un período definido, con un acuerdo de objetivos entre el equipo sanitario, el paciente y familiares, para ver si hay o no mejoría. Este modelo es deliberativo y ajustado a la situación cambiante de muchos pacientes con cáncer y podría ser un camino intermedio en la decisión de soporte (tratamiento) en UCI.

Decisiones que podemos vernos obligados a tomar

Esquemáticamente, diferenciamos las siguientes posibles decisiones con implicación ética:

1. La modificación o el retraso del diagnóstico/tratamiento/seguimiento oncológico, asumiendo una pérdida de oportunidad en supervivencia, con el objetivo teórico de proteger a los pacientes del riesgo de contagio o de la escasez de tratamiento de soporte en caso de complicaciones.
2. La adecuación del esfuerzo terapéutico de soporte intensivo en caso de complicación grave, en una situación potencial de competitividad por recursos limitados.
3. El deber de una excepcional dedicación y disponibilidad para que no falte a nuestros pacientes el juicio diagnóstico-terapéutico del oncólogo médico en una eventual situación de riesgo vital.

Retraso del tratamiento oncológico

En los momentos más agudos de la epidemia y, sobre todo en las áreas ▶

► geográficas más afectadas, se tomó la decisión de suspender todas las exploraciones diagnósticas y todas las cirugías no urgentes, incluyendo las de neoplasias cuyo pronóstico se ve claramente afectado por un retraso terapéutico de semanas o meses.

Esta decisión, comprensible por la situación de caos inicial, por la urgencia de evitar contagios entre el personal sanitario y por preservar recursos, se tomó muchas veces de forma unilateral y sin una mínima reflexión ética, lo cual se puede justificar durante las primeras semanas, pero no después. Con el paso de las semanas hemos visto que muchos recursos, en más de la mitad del país, se han quedado sin utilizar, al usar para todas las

Comunidades los mismos criterios, independientemente del número de casos y de la tasa de contagios.

Nuestro documento recomienda evaluar de forma individual la proporcionalidad de cada decisión: el riesgo-beneficio del retraso del diagnóstico o del tratamiento curativo con respecto a la disponibilidad de recursos y al peligro de contagios en el personal, de manera que se puedan tomar decisiones adecuadas y prudentes.

Potenciales decisiones de soporte intensivo

Los pacientes con diagnóstico de cáncer pueden desarrollar complicaciones de la infección por SARS-CoV-2, del cáncer o del tratamiento

que requieran soporte en UCI y eventualmente ventilación mecánica.

Los oncólogos estamos habituados a valorar el riesgo-beneficio en todas nuestras decisiones terapéuticas. Cuando consideramos que un paciente es candidato a soporte intensivo, en general hemos realizado antes un juicio prudencial acerca de las probabilidades de resolución de la situación crítica y de supervivencia a largo plazo de ese paciente, teniendo en cuenta sus valores y preferencias, que solemos conocer de antemano.

En este tipo de emergencia de salud pública, sin embargo, nuestra obligación ética con cada individuo puede entrar en conflicto con políticas de



Las decisiones sobre admisibilidad o no en cuidados intensivos de pacientes con cáncer deben tomarse tras consultar con el oncólogo responsable o con el más accesible teniendo en cuenta la situación global de cada paciente, dando prioridad a los que tienen más probabilidades de beneficiarse.



salud pública que den prioridad al mayor bien del mayor número de pacientes. Si se diera el caso de tener que tomar decisiones de restricción del soporte ¿qué criterios deberían guiar la decisión?

De acuerdo con el Comité de Bioética de España¹, consideramos que las recomendaciones iniciales de algunas sociedades científicas (Sociedad Española de Medicina Intensiva²) sobre cómo asignar los escasos recursos de cuidados críticos durante la pandemia contienen disposiciones éticamente problemáticas, como la exclusión categórica del acceso a los recursos a algunos pacientes por criterios de pronóstico a largo plazo o estado funcional, que en otras circunstancias no eran excluyentes: edad a partir de un límite, enfermedad crónica, deterioro cognitivo, discapacidad o -en el caso que nos ocupa- la enfermedad neoplásica. Excluir selectivamente a “grupos” de pacientes va en contra del principio de justicia y de la dignidad única de cada persona.

Por otra parte, las exclusiones categóricas son poco flexibles en una crisis dinámica como la actual: hay que ir adaptando las medidas de acuerdo con la cambiante disponibilidad de recursos y medios.

Nuestra propuesta es la valoración individual de cada caso, sin exclusión previa. Las decisiones sobre admisibilidad o no en cuidados intensivos de pacientes con cáncer deben tomarse tras consultar con el oncólogo responsable o con el más accesible, teniendo en cuenta la situación global de cada paciente (pronóstico vital, grado de comorbilidad, probabilidad de supervivencia, scores de gravedad), dando prioridad a los que tienen más probabilidades de beneficiarse.

Excepcional dedicación y disponibilidad para la atención al paciente

Los pacientes oncológicos y sus familiares están viviendo esta pandemia con especial miedo, por las razones citadas previamente: la posibilidad de contraer la infección que imaginan será más grave en su situación; la incertidumbre acerca de la continuación de sus tratamientos y evolución de la enfermedad neoplásica; y con la duda de que puedan recibir todo el soporte necesario en caso de complicaciones severas, incluyendo soporte intensivo.

Unido a esto, el propio entorno sanitario, en estado de especial presión, vive esta situación con una gran carga emocional. Es necesario establecer canales extraordinarios de comunicación entre paciente (u otros médicos que deban tomar decisiones con ellos, como urgencias, cuidados intensivos, médico de familia) y el Servicio de Oncología Médica, más fluidos de lo habitual, especialmente en los servicios que no cuentan con atención oncológica continuada. Esto puede requerir dedicación y atención extra por parte de los oncólogos/enfermería oncológica.

Observación final

El documento aborda, además, otros aspectos, como el autocuidado del profesional para la prevención del estrés y la necesidad de proteger al equipo sanitario frente a la infección por SARS-CoV-2.

No se han tratado en este documento (y lo echo en falta ahora al revisarlo) los problemas éticos de la atención al final de la vida en la situación de pandemia (restricción del acompañamiento a los pacientes infectados y reducción del acceso a cuidados paliativos al reorientarlos en muchos casos a la atención de infectados). Tampoco la justificación ética de re-

ordenar todos los recursos sanitarios a la epidemia, dejando de lado las intervenciones diagnósticas o terapéuticas contra la neoplasia, con la consiguiente pérdida de oportunidad en supervivencia (en muchos casos) de los pacientes.

Tampoco se ha comentado la realidad de que, en muchos casos, reducir la intensidad de las intervenciones y la frecuencia de citas, adecuándolo más cuidadosamente a cada paciente, no solo no ha empeorado sino que ha mejorado la calidad de vida de nuestros pacientes. Es algo sobre lo que debemos reflexionar en un futuro. Nuestra conclusión es que el reto que nos ha planteado la pandemia es a la vez una gran oportunidad: ofrecer la mejor atención, complementando las competencias técnicas, relacionales, emocionales y espirituales con los valores éticos, sin olvidar que el auténtico valor del cuidado no se mide en unidad de tiempo sino en el principio de dignidad de la persona.

Referencias

- ¹ Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. <https://bit.ly/3fL6EpO>
- ² Rubio O, Estella A, Cabrec L, Saralegui-Reta I, Martín MC, Zapata L et al. *Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos*. Medicina Intensiva 2020, DOI: 10.1016/j.medin.2020.04.006