

Deliberando

Ética en situación de catástrofe sanitaria: COVID e ingreso en UCI

Luis López Sánchez

Servicio de Medicina Intensiva

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

1. Introducción

En marzo de 2020, el mundo sufrió el terrible primer impacto de la pandemia por coronavirus COVID-19. España no fue menos. En pocos días se pasó de una situación de normalidad a vivir en estado de alarma con restricción severa de movilidad motivado por la sobreesaturación de hospitales y, por ende, de los servicios de medicina intensiva. Miles de personas fallecieron a diario en todo el mundo y se desencadenó una catástrofe sanitaria global donde los recursos escasearon frente a las necesidades. Los profesionales sanitarios, especialmente en las UCIs, vivimos la dura experiencia de gestionar los recursos, desbordados, en una situación de miedo a lo desconocido. Se desarrollaron recomendaciones, planes de contingencia y guías que intentaron predecir la incidencia de la pandemia y las necesidades según los diferentes escenarios que se planteaban (Rascado et al., 2020; Centers for Disease Control and Prevention, 2016). Dichas herramientas se elaboraron en base a epidemias previas de gripe y se demostraron inefectivas con posterioridad, ya que no dimensionaron adecuadamente las necesidades.

El Grupo Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) elaboró una guía de recomendaciones para la toma de decisiones en la situación excepcional de pandemia COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos (Rubio Sanchís, 2020). En ella se establecía la necesidad de planificar la asistencia para que se evitase que *“el primero en llegar fuera el primero en recibir asistencia”*, en aras de mantener una adecuada proporcionalidad y justicia distributiva que asegurase recursos sanitarios en aquellos pacientes con una esperanza de vida mayor. Así debían establecerse criterios de triaje frente al ingreso en UCI y la toma de medidas

excepcionales de tratamiento (ventilación mecánica invasiva). Se establecieron cuatro niveles de prioridad terapéutica dependiendo de la situación de la enfermedad basal o de enfermedades concomitantes (figura 1). También se establecieron recomendaciones específicas sobre el uso de la ventilación mecánica invasiva, desaconsejándola en pacientes entre 70 y 80 años con comorbilidades importantes.

Presentamos un caso paradigmático de esta situación de medicina de catástrofe derivada de la pandemia COVID-19. La decisión final que se adoptó se realizó por unanimidad del equipo de UCI en base a criterios clínicos y criterios establecidos por las recomendaciones de la guía, pero dejó insatisfechos a todos. Merece la pena, por tanto, su análisis ético retrospectivo y la reflexión sobre que otras soluciones pudieron haberse adoptado.

2. Caso clínico

a) Presentación del caso

Se trataba de un varón de 74 años de edad que ingresó en un hospital comarcal sin UCI por insuficiencia respiratoria.

- Antecedentes personales:
 - Leucemia linfática crónica (LLC) estadio I de RAI, sin tratamiento (seguimiento desde 2015), inmunofenotipo SP, ZAP70 20%. Asintomático.
 - Hipertensión arterial.
 - Dislipemia.
 - Hiperuricemia.
 - Gastritis crónica.
 - Seguimiento por Digestivo por pólipos colónicos (varias polipeptomías).
- Antecedentes familiares e historia social:
 - Madre fallecida por leucemia linfática aguda hace 30 años.
 - Casado; 3 hijos.
 - Jubilado, trabajador autónomo.
 - Independiente para las actividades de la vida diaria.
 - Había realizado un viaje en autobús al sur de España hacía cinco días en una convivencia de mayores.
- Enfermedad actual:

Ingresó en planta de Medicina Interna de ese hospital con diagnóstico de neumonía covid-19 en paciente inmunosuprimido iniciándose tratamiento con corticoides, lopinavir/ritonavir, hidroxycloquina, antibioterapia de amplio espectro, enoxaparina y oxigenoterapia de alto

flujo y ventilación mecánica no invasiva (VMNI) mediante CPAP. A las 24 horas, ante el deterioro respiratorio, se consultó con la UCI de referencia (a 90 Km) la posibilidad de traslado e ingreso en ese servicio.

El equipo de guardia de UCI del hospital de referencia analizó el caso estimando que, debido a sus antecedentes de leucemia linfática crónica y la situación de pandemia, el ingreso en UCI no aportaría beneficios en cuanto a su supervivencia y sí riesgos añadidos de sobreinfección debido a su inmunosupresión (prioridad 3), desestimando su ingreso y traslado. En su informe de interconsulta, se recomendó que se continuara con las medidas de tratamiento iniciadas y se informara a la familia del pronóstico del paciente. El médico responsable del paciente en el hospital comarcal (internista) discrepó profundamente de la decisión, haciendo partícipe a los familiares y a la dirección médica del centro de su desacuerdo, e implicando incluso al hematólogo sobre el pronóstico de la enfermedad hematológica. La decisión de no ingreso se reevaluó por el pleno del servicio a la mañana siguiente, determinándose la misma decisión por unanimidad. El paciente falleció en su hospital de origen 48 horas después.

b) Aclaración de los hechos

- *¿Qué es la leucemia linfática crónica?*

Es un cáncer hematológico caracterizado por un trastorno linfoproliferativo crónico progresando desde una linfocitosis de escasa malignidad sin otros indicios de enfermedad hasta una hiperplasia linfática generalizada con pancitopenia simultánea. Las complicaciones de la pancitopenia incluyen hemorragia e infección, que son las causas principales de muerte de estos pacientes.

- *¿Cuáles son los estadios de la leucemia linfática crónica?*

Son dos las escalas más utilizadas: RAI (tabla 1) y Binet (tabla 2). Ambas definen, según la extensión y afectación orgánica linfoide diferentes grados y, por tanto, niveles de riesgo y mortalidad.

- *¿Cuál es el pronóstico de la leucemia linfática crónica?*

El pronóstico de la *leucemia linfática crónica* queda definido por factores del paciente y factores dependientes de la extensión y tipo de enfermedad (tabla 3). Dentro de esos factores pronósticos, se ha definido de especial valor la determinación de una proteína de superficie de los linfocitos T, ZAP 70, cuyos niveles del 20% o superiores determinan un peor pronóstico de la enfermedad (SEMICYUC).

- *¿Cuál era la situación de la pandemia COVID-19 en la fecha de la consulta en España y en la UCI de referencia?*

Los hechos sucedieron a mediados-finales de marzo de 2020. La situación de España era

de colapso hospitalario global, con incidencia mayor en determinadas regiones del país. Ese día los nuevos contagios notificados superaron la cifra de 30000 personas y los fallecidos más de 2100 en toda España. La UCI de referencia de ese hospital tenía ese día una ocupación total superior al 80% de su capacidad.

- ¿Cuál era el proceso establecido para la toma de decisiones de ingreso en esa UCI durante la pandemia?

La mayoría de hospitales estableció planes de contingencia que estableciesen circuitos asistenciales y distribución de recursos humanos y materiales intentando evitar el colapso asistencial. La UCI de referencia estableció con ese hospital satélite sin UCI polivalente (pero si unidad coronaria) la necesidad de interconsulta previa del médico responsable con el intensivista de la unidad coronaria del hospital comarcal y, tras su valoración, la interconsulta telefónica con el equipo de guardia de la UCI del hospital de referencia. En caso de decisión de ingreso el paciente era sedado, intubado, conectado a ventilación mecánica y trasladado en ambulancia medicalizada a la UCI de referencia distante 90 kilómetros. La decisión de no traslado y no ingreso en UCI debía ser unánime por parte del equipo de UCI de guardia del hospital de referencia. Ante la decisión de no ingresar, la discrepancia de un solo miembro hacía prevalecer la “duda razonable” y, por tanto, el predominio de su opinión frente al resto. A la mañana siguiente, las decisiones adoptadas durante la guardia eran presentadas al pleno del servicio para su evaluación con el mismo criterio: la prioridad de hacer prevalecer el valor vida frente a otros valores, en caso de duda razonable de un solo miembro del servicio.

c) Identificación de los problemas éticos

- ¿Debería haberse contactado directamente con el internista para discutir el caso desde el hospital de referencia?
- ¿Debería haberse consultado al Comité de Ética Asistencial?
- ¿Debería considerarse el ingreso en UCI dada la excelente calidad de vida previa del paciente?
- ¿Debería haber prevalecido la baja ocupación COVID de la UCI como criterio fundamental?
- ¿Debería el internista haber informado a la familia sin poner en duda la decisión?
- ¿Debería haber prevalecido la opinión del intensivista del hospital comarcal?
- ¿Debería informarse al paciente de sus posibilidades y conocer así su opinión?

El problema ético principal que se plantea es si debería haberse considerado el ingreso en UCI dada la excelente calidad de vida previa del paciente, a pesar de su enfermedad de base (leucemia linfática crónica).

d) Identificación de los valores en conflicto

Frente al problema ético determinado analizamos los valores en conflicto:

¿Debería haberse considerado el ingreso en UCI dada la excelente calidad de vida previa del paciente, a pesar de su enfermedad de base (leucemia linfática crónica)?

<ul style="list-style-type: none">- Beneficencia- Cantidad de vida del paciente.- Profesionalidad del médico responsable.- Tranquilidad de la familia.- Confianza del médico responsable en el equipo de UCI de referencia.	<ul style="list-style-type: none">- Recursos sanitarios (catástrofe).- Profesionalidad del servicio de UCI.- Equidad.- No maleficencia (futilidad)- Cercanía a su domicilio y familia.- Salud pública por riesgos de contagio en el traslado.- Autonomía
---	--

e) Cursos de acción

i. Cursos extremos de acción

- El primer curso extremo sería optar por intubar al paciente, trasladarlo e ingresarlo en la UCI dado que había disponibilidad de camas.
- El segundo curso extremo sería no trasladar al paciente y continuar las medidas de tratamiento en su hospital de origen.

ii. Cursos intermedios de acción

- Sesión clínica telemática entre la UCI, el intensivista del hospital comarcal y el internista responsable del paciente, con dos finalidades de consenso:
 - o Adopción de medidas de tratamiento y soporte.
 - o Información a la familia.
- Indagar sobre la opinión del paciente sobre la posibilidad de toma de medidas agresivas de soporte que incluyeran intubación y traslado al hospital de referencia.
- Intentar una valoración por el comité de ética local (no estaba disponible).
- Traslado del paciente, valoración *in situ* y adopción de medidas ponderadas de tratamiento en la UCI.

iii. Curso elegido

La decisión que se tomó, en aquel momento, según describimos anteriormente, fue desestimar su intubación, traslado e ingreso en la UCI de referencia distante unos 90 km. La decisión se tomó en base a criterios éticos teleológicos y recomendaciones establecidas en las guías de referencia para la toma de decisiones. No obstante, la necesidad de una ética teleológica, finalista en situación de catástrofe no es incompatible con el intento de

desarrollar una ética de máximos, deliberativa, que intente salvaguardar, en la medida de lo posible, todos los valores en conflicto.

f) Pruebas de consistencia

Obviamente, los cursos intermedios de acción que se proponen superan las pruebas de consistencia de legalidad, publicidad y temporalidad.

g) Reflexiones finales

El caso se desarrolló, como ya se ha comentado, al inicio de la pandemia. La situación excepcional de catástrofe sanitaria, sobre todo durante las primeras semanas, cuando las necesidades desbordaron los recursos sanitarios existentes, motivó tomas de decisión que pueden considerarse dramáticas. Estas decisiones estuvieron condicionadas por un factor determinante también en los profesionales: la incertidumbre frente a lo desconocido. Anticiparse a poder disponer de recursos necesarios frente a una pandemia mundial, de incidencia creciente, mortalidad desbordada y tratamiento incierto, cuyos mecanismos de transmisión no eran bien conocidos en ese momento, supuso tomar decisiones que hoy probablemente no serían las mismas debido al conocimiento científico desarrollado con posterioridad.

En los últimos meses hemos conocido datos sobre incidencia y mortalidad de la COVID-19 que nos han aportado luz a la hora de tomar decisiones. Así hemos sabido, según la *Society of Critical Care Medicine* a través del *Global Virus Registry*, la elevadísima mortalidad de los pacientes con COVID-19 sometidos a ventilación mecánica invasiva durante 2019, ya que solo el 10.6 % de los pacientes mayores de 74 años pudieron ser dados de alta domiciliaria (Domecq et al., 2021). También hemos conocido datos que indican una mortalidad tres veces superior al paciente con COVID-19 y leucemia linfática crónica frente a la población general (Crespo et al., 2003; Muntañola et al., 2020). Estos datos, conocidos a posteriori, condicionarían ciertamente la toma de decisiones frente al ingreso en la UCI de determinados pacientes con una elevada mortalidad en cuyo caso la beneficencia de determinadas medidas sería muy cuestionable.

Por tanto, la primera reflexión sería: a sabiendas de que las decisiones deben ser prudentes y no precipitadas, ¿es la temporalidad una prueba de consistencia suficientemente fiable frente a lo desconocido? Dicho de otro modo, ¿refutaría o reafirmaría la decisión que se tomó, en situación de catástrofe sanitaria, el paso del tiempo y el conocimiento de nuevos datos inicialmente desconocidos?

Durante los peores momentos de la pandemia, se han publicado un sinfín de artículos de información, algunos de carácter pseudocientífico, sobre los beneficios de determinadas terapias no validadas. Igualmente, la información veraz sobre la mortalidad de la pandemia no ha sido completamente divulgada y conocida, transmitiéndose la falsa perspectiva de que la disponibilidad o no de respiradores era el único factor determinante de la mortalidad, y creando, en algunos casos, falsas expectativas de supervivencia y una opinión social

errónea, de manera que mantener públicamente determinadas decisiones podría ser difícil. Así hemos visto, incluso, que determinadas terapias frente a la COVID-19 no validadas científicamente o de uso compasivo, eran instauradas o denegadas por mandato judicial. Así, la segunda reflexión debe ser: ¿es la publicidad una prueba de consistencia válida cuando la información existente es desconocida, intencionada o manipulada?

Por último, frente a la toma de decisiones en situaciones catastróficas, conviene aclarar que los profesionales sanitarios no deben resolver los conflictos desde su experiencia previa, la improvisación o la intuición, sino a través de un proceso deliberativo de cada caso concreto. No obstante, la pandemia aportó aspectos diferenciales sobre otras situaciones catastróficas vividas con anterioridad: el desconocimiento sobre los mecanismos de transmisión, la incidencia real, la disponibilidad de recursos o la duración de la situación catastrófica que se antojaba prolongada en meses. Por tanto, en estas situaciones, ¿cómo ponderar la prudencia en situaciones de catástrofe donde el desconocimiento o el miedo a contagiarse y contagiar puede condicionar la toma de decisiones? Los profesionales de cuidados intensivos, en su labor cotidiana, suelen tomar decisiones con un principio de justicia distributiva muy marcado en su formación y práctica diaria. La escasez de camas en la UCI obliga habitualmente a los profesionales a decidir sobre la futilidad o no de determinadas medidas agresivas de tratamiento, a sabiendas de que puede plantear menos problemas de conciencia decidir hacer que decidir no hacer. Por tanto, ¿es más difícil decir “sí” o decir “no” en situaciones de catástrofe?

¿Ética teleológica o ética deontológica en situación de catástrofe? Por último, una reflexión sobre la ética en situación de catástrofes, definida como una ética teleológica, consecuencialista o utilitarista, donde prima el resultado frente a las normas y acciones (deontológica). Obviamente, en una situación de catástrofe sanitaria como la vivida, los valores a preservar son colectivos frente a la individualidad. No obstante, esta situación no debe eximirnos de tomar decisiones siempre dentro de un proceso deliberativo, de “máximos” que, dando preponderancia al bien común, intente preservar valores de la individualidad adaptando cada decisión al momento y situación concretos. La existencia de un comité de ética permanente en estas circunstancias (que en este caso no existía) hubiera sido una ayuda inestimable a la hora de afrontar decisiones complejas.

3. Gráficos y figuras

Tabla 1: Estadiaje de LLC: clasificación de Rai

Estadios	Características	Riesgo
0	Linfocitosis absoluta (>15000/mm ³) sin adenopatías, hepatoesplenomegalia, anemia ni trombocitopenia.	Bajo
I	Linfocitosis absoluta con linfadenopatías, sin hepatoesplenomegalia, anemia ni trombocitopenia.	Bajo
II	Linfocitosis absoluta, con hepatomegalia o esplenomegalia, y linfadenopatías o sin estas.	Intermedio
III	Linfocitosis absoluta y anemia (hemoglobina <11 gr/dl) con linfadenopatías, hepatomegalia, esplenomegalia o sin estas.	Alto
IV	Linfocitosis absoluta y trombocitopenia (<100000/mm ³) con linfadenopatías, hepatomegalia, esplenomegalia o anemia, o sin estas.	

Se consideran cinco áreas linfoides: cuello, axilas, ingles, hígado y bazo.

Tabla 2: Estadiaje de LLC: clasificación de Binet

Estadios	Características	Riesgo
A	Ausencia de anemia o trombocitopenia y menos de 3 áreas de compromiso linfoide (estadios Rai 0, I y II)	Bajo
B	Ausencia de anemia o trombocitopenia y 3 o más áreas de compromiso linfoide (estadios Rai I y II)	Intermedio
C	Anemia o trombocitopenia independientemente del número de áreas linfoides afectadas (estadios III y IV de Rai)	Alto

Tabla 3: Factores pronósticos de leucemia linfática crónica

<ul style="list-style-type: none"> • Mutación en <i>IgVH</i>. • Resultados de la prueba de FISH. • Trisomía 12 y del 11. • Trisomía del 17. • Anemia y trombocitopenia. • Edad. • Estadio • Resultados de la tomografía por emisión de positrones con tomografía computarizada. • Tiempo de duplicación linfocitario. • $\beta 2$-microglobulina. • Transformación de Richter. • Inmunofenotipo de CD38. • ZAP70. • Otras neoplasias malignas. Ca mama y colorrectal

Figura 1: Esquema de decisión de ingreso en la UCI en situación de crisis

Pacientes con Prioridad 1	Pacientes con Prioridad 2
Críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva, depuración renal continua...).	Precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. No ventilación mecánica invasiva. Oxigenoterapia alto flujo o VMNI por PaO ₂ /FiO ₂ <200 o <300 con fracaso de otro órgano.
Ingreso en UCI	Ingreso en cuidados Intermedios/Semicríticos*
Pacientes con Prioridad 3	Pacientes con Prioridad 4
Inestables y críticos, pero con pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos, como por ejemplo no intubar y/o no intentar RCP.	Su ingreso no está generalmente indicado: Beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo. Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente su muerte.
No ingreso en UCI	

*Considerando la opción del ingreso de pacientes con prioridad 2 en otras áreas asistenciales como cuidados intermedios en caso de disponer de estos y no estar saturados por pacientes con prioridad 1.

Tomado de Rubio Sanchís, 2020: [Ética SEMICYUC-COVID-19.pdf](#)

Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention. FluSurge 2.0. Reviewed August 22, 2016. Disponible en <https://www.cdc.gov/flu/pandemic/resources/tools/flusurge.htm>.
- Crespo, M.; Bosch, F.; Villamor, N.; Bellosillo, B.; Colomer, D.; Rozman, M.; Marcé, S.; López-Guillermo, A. y Campo E, Montserrat E. ZAP-70 expression as a surrogate for immunoglobulin-variable-region mutations in chronic lymphocytic leukemia. *N Engl J Med*. 2003 May 1; 348 (18): 1764-75.
- Domecq, JP.; Lal, A.; Sheldrick, CR.; Kumar, VK.; Boman, K.; Bolesta, S.; Bansal, V.; Harhay, MO.; García, MA.; Kaufman, M.; Danesh, V.; Cheruku, S.; Banner-Goodspeed, VM.; Anderson, HL 3rd; Milligan, PS.; Denson, JL.; St Hill CA, Dodd, KW.; Martin, GS.; Gajic, O.; Walkey, AJ.; Kashyap, R.; Society of Critical Care Medicine Discovery Viral Infection and Respiratory Illness Universal Study (VIRUS): COVID-19 Registry Investigator Group. Outcomes of Patients With Coronavirus Disease 2019 Receiving Organ Support Therapies: The International Viral Infection and Respiratory Illness Universal Study Registry. *Crit Care Med*. 2021 Mar 1; 49 (3): 437-448.
- Rascado Sedes, P. y Ballesteros Sanz, MA. (Coords.) (2020). Plan de contingencia para los servicios de Medicina Intensiva frente a la pandemia COVID-19. *SEMICYUC. Los profesionales del enfermo crítico*. Disponible en: [https://www.semicyuc.org/covid19/files/Plan de Contingencia COVID-19.pdf](https://www.semicyuc.org/covid19/files/Plan%20de%20Contingencia%20COVID-19.pdf).
- Muntañola, A.; Villacampa, G.; Hernández-Rivas, JÁ.; Alonso, R.; Mirás, F; Osorio, S.; Baile, M.; Baltasar, P.; López Jiménez, J.; Hernández-Rodríguez, I.; Valenciano, S.; Alfayate, A.; Gimeno, E.; Báñez, A.; Oliveira, AC.; Rianza, R.; Romero, P.; Delgado, J.; Yáñez, L.; Zabalza, A.; Torres, A.; Gómez-Roncero, MI.; Crespo, M.; Córdoba, R.; Mateos-Mazón, JJ.; Pérez, S.; Andreu, R.; Labrador, J.; Ruiz, ME.; Velásquez, CA.; Terol, MJ.; Santiago, R.; Vidal, MJ.; Campoy García, F.; Villalón, L.; Muiña, BS.; Soler, JA.; Seri, C.; Sánchez, MJ.; Cuesta, A.; Ramos, R.; Sánchez-Montalvá, A.; Ruiz-Camps, I.; González, M.; Abrisqueta, P. y Bosch, F.; of the GELLC (Grupo Español de Leucemia Linfática Crónica). Clinical characteristics and outcome of SARS-CoV-2 infection in admitted patients with chronic lymphocytic leukemia from a single European country. *Exp Hematol Oncol*. 2020 Dec 18; 9 (1): 37.
- Rubio Sanchíz, Olga (Coord.) (2020). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos. *SEMICYUC. Los profesionales del enfermo crítico*. Disponible en: [Ética SEMICYUC-COVID-19.pdf](#)