

RECOMENDACIONES ÉTICAS EN LA TOMA DE DECISIONES CON PACIENTES ONCOLÓGICOS DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID-19

Sección de Bioética de SEOM. Fecha: 07.04.2020.

Índice

1. Introducción y justificación
2. Escenario asistencial
3. Orientación ética para una adecuada toma de decisiones
4. Recomendaciones éticas en relación con la comunicación oncólogo-paciente
5. Principios para planificar y aplicar una decisión
6. Categorización de las decisiones
7. Valoración de los cuidados intensivos de pacientes con cáncer en situación de pandemia
8. Autocuidado del profesional para la prevención del estrés
9. Protección de la salud del paciente y equipo sanitario frente a la infección por SARS-CoV-2

1. Introducción y justificación

La situación actual de pandemia de Covid-19 obliga de una forma especial a todos los profesionales que abordan el tratamiento del paciente oncológico a **tomar de forma rápida, y en un entorno sanitario excepcional, decisiones de gran trascendencia para nuestros pacientes. Estas decisiones suscitan profundas dudas éticas**, en un contexto de cambios muy dinámicos que generan una gran incertidumbre y frustración por la falta de y escasez de recursos.

La Sección de Bioética de SEOM intenta con estas recomendaciones **definir un marco para la toma de decisiones intentando unificar la condición de respeto a la dignidad de cada persona conjugándolo con los valores esenciales y principios bioéticos** que debemos considerar **en esta situación**.

Los conocimientos y la evidencia científica nos ayudan en la toma de decisiones correctas mientras que **la bioética contribuye a que nuestras decisiones sean proporcionadas y adecuadas**. Los oncólogos hemos de **elegir el mejor tratamiento** antineoplásico y saber **al contexto que crisis nos demanda**. Ahora más que nunca debemos evitar descuidar todas aquellas experiencias que acompañan a nuestros enfermos, como es su dolor físico y emocional, su temor y sufrimiento, sus objetivos en la vida, sus deseos, lo que están dispuestos a arriesgar, asumir y también a renunciar.

El reto que nos plantea la actual situación 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**.

2. Escenario asistencial

Los pacientes oncológicos son ahora **especialmente vulnerables** y se encuentran con **un doble frente**. Por un lado, el riesgo de una infección mal conocida, facilitado por la inmunosupresión y potencialmente agravado por la toxicidad del tratamiento del cáncer, las comorbilidades y la severidad de la neoplasia. Por otro, la propia enfermedad neoplásica, con el riesgo de pérdida de oportunidad por la merma en la atención médica al cáncer, por la limitación o reordenamiento de recursos. Por tanto, un aspecto prioritario es **establecer el riesgo individual asociado a la neoplasia, al tratamiento y al contexto de cada tipo de paciente oncológico**.

Aunque se asume que el cáncer es un factor pronóstico adverso en pacientes con Covid-19, hay una **gran incertidumbre y una falta de evidencia robusta**. Es imprescindible manejar la información con prudencia y con elevado **rigor científico, veracidad y claridad**.

La epidemia por SARS-CoV-2 **puede interferir en la asistencia** de pacientes oncológicos de diferentes maneras en función de la Comunidad Autónoma o, incluso, del centro hospitalario. Entre los **procedimientos habituales que pueden verse suspendidos o aplazados** destacan:

- Estudios radiológicos y técnicas intervencionistas con finalidad diagnóstica o terapéutica
- Cirugías oncológicas

- Tratamientos oncológicos
- Atención psicológica y cuidados paliativos

Además, puede existir una **reducción de la capacidad de soporte** ante complicaciones oncológicas o toxicidad de los tratamientos, incluyendo ingresos hospitalarios

Por tanto, **las decisiones con implicación ética que podemos vernos obligados a tomar** son, fundamentalmente:

- 1) La **modificación** o el **retraso** del **diagnóstico/tratamiento/seguimiento oncológico**, con base en información insuficiente o poco contrastada, y asumiendo una **pérdida de oportunidad en supervivencia** para 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.

3. Orientación ética para una adecuada toma de decisiones

En la actual situación de crisis se manifiesta la **fuerte implicación bioética de la Oncología Médica**, con su equilibrio entre el riesgo e incertidumbre del tratamiento, el esfuerzo por **no ser maleficente**, la **preservación de la dignidad y autonomía del paciente** y la necesidad de una **distribución adecuada y justa de los recursos**, más aún en el caso de escasez de los mismos.

Así mismo, la fragmentación del conocimiento y de la atención sanitaria en los servicios de Oncología Médica, por tipo de neoplasia, se tiene que compensar con una **visión interdisciplinaria y una mayor coordinación**, tarea muy necesaria en estos momentos en los que urge la búsqueda de eficiencia y capacidad de resolución. Dado que la población oncológica es especialmente vulnerable frente a SARS-CoV-2, es necesario **adecuar el posible beneficio de las decisiones terapéuticas al riesgo probable de las mismas**.

Aplicaremos los **principios básicos de la bioética** adecuándolos al contexto y la presión que exija cada momento:

- 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 encuadrarlo ni etiquetarlo en un "grupo anónimo" de pacientes
- 2) la **no maleficencia**, equilibrando en lo posible el daño de retrasar o suspender un tratamiento y el riesgo 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 nos orienta a **evitar discriminar a un paciente sustituyendo criterios generales por individuales**

Las recomendaciones existentes sobre **cómo asignar los escasos recursos de cuidados críticos** durante la pandemia contienen **disposiciones problemáticas desde el punto de vista ético**. Una de ellas es la **exclusión categórica de algunos pacientes**, considerados como "grupo", del acceso a los recursos por determinadas condiciones que no se consideraban antes de la crisis sanitaria. Entre estas condiciones se incluyen la edad a partir de un límite, la gravedad de una enfermedad crónica, el deterioro cognitivo, la discapacidad o -en el caso que nos ocupa- la propia enfermedad neoplásica. Esta exclusión es **éticamente defectuosa**, porque los criterios, pronóstico a largo plazo y estado funcional, se aplican selectivamente sólo a algunos tipos de pacientes, lo cual viola el principio de **justicia**, sin dejar claro qué diferencias éticas hay entre unos y otros para justificar esa decisión. Excluir categóricamente como "grupo" lleva a la creencia social de que hay "vidas por las que no merece la pena luchar", lo cual va en contra de la **dignidad y valor ético único** de cada persona.

Además, las **exclusiones categóricas** son poco flexibles en una **crisis dinámica** como la actual, cuando la escasez de medios es variable en tiempo y lugar.

Así mismo, para conseguir **igualdad y equidad**, debemos garantizar la **evitación del abandono** en cualquier estadio o fase de la enfermedad y asegurar la **progresividad** adaptando las medidas conforme la crisis se vaya desarrollando y acorde a la disponibilidad de recursos y medios.

4. Recomendaciones éticas en relación con la comunicación oncólogo-paciente

Los **pacientes oncológicos** viven esta pandemia con **miedo**, relacionado con la **posibilidad de contraer la infección** que imaginan será más grave en su situación; con **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.

El contexto actual supone una presión añadida, generando tanto en el paciente como en el entorno sanitario, una situación de gran carga emocional, para la cual disponer no solo de habilidades de comunicación adecuadas, sino de **canales de comunicación fluidos con el oncólogo** se hacen imprescindibles. Esto puede exigirnos una dedicación mayor de la habitual y establecer estos canales de comunicación accesibles.

5. Principios para planificar y aplicar las decisiones

- El primer principio para la planificación es el de la **proporcionalidad, tanto en lo referente al tratamiento de la neoplasia como a las medidas de soporte**, que lleva a equilibrar de la forma más ajustada posible el riesgo y el beneficio de cada decisión. Esto resulta **especialmente necesario** durante el tiempo que dure la epidemia de Covid-19, teniendo presente el contexto concreto de cada paciente, y la situación del sistema y centro sanitario.
- La **planificación** se basará en **criterios de equidad y justicia**, con una base racional y científica sólida (que no elimina la incertidumbre) y en los principios éticos señalados previamente.
- Las **decisiones de adecuación terapéutica, idealmente, serán compartidas** entre oncólogo y paciente y consensuadas con el paciente, familiares o cuidadores, teniendo en cuenta sus propios valores y, por tanto, su personal valoración de la calidad y proyecto de vida. **Si por la situación de excepcionalidad, no es factible** consensuar tratamientos, el equipo sanitario se convierte en **garante del paciente para la toma de decisiones**.
- En aquellas situaciones en las que se considere que el esquema de tratamiento debe ser modificado **debemos transmitir a los pacientes con transparencia y honestidad los motivos que han llevado al ajuste terapéutico**. En la medida de lo posible, las decisiones deben ser homogéneas, razonadas y prudentes, basadas en recomendaciones contrastadas (como las que los grupos cooperativos están ofreciendo a través de la SEOM) y buscando el ejercicio de la deliberación entre los profesionales, seleccionando adecuadamente los cursos de acción posibles, siguiendo el marco de la prudencia bioética y evitando el escenario extremo. La decisión y actuación **quedará reflejada en la historia clínica**.
- Cuando no se consiga determinar con claridad la decisión más proporcionada, una opción válida es la de los **Tratamientos Limitados en el Tiempo (TLT)**, 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. De este modo, **cuando existen dudas razonables y el oncólogo considere proporcionado el ingreso en UCI**, si se encuentra con una negativa de otros especialistas, el TLT podría ser una herramienta razonable para lograr una decisión intermedia.

6. Categorización de las decisiones

Los pacientes con cáncer requieren una **valoración multidisciplinar** que resulta especialmente relevante en la situación actual de pandemia. Por ello, todo paciente con nuevo diagnóstico o

sospecha debe ser evaluado en el comité de tumores que, con el fin de minimizar el contagio entre profesionales se deben realizar, siempre que sea posible, mediante sistemas de tele o videoconferencia.

Desde el punto de vista de la **organización asistencial se recomienda priorizar** la atención en consulta de pacientes con nuevo diagnóstico y enfermedad recurrente sintomática que requiera tratamiento o discusión sobre cuidados de soporte y final de la vida.

Como herramienta de apoyo, **NICE ha establecido unos niveles de relación beneficio-tratamiento** que tienen la finalidad de contribuir a las decisiones de inicio, mantenimiento y modificación de tratamientos antineoplásicos ([ver niveles en el anexo al final del documento](#)).

Estos niveles no se diseñaron para decidir sobre la necesidad de soporte en UCI del paciente oncológico y su **carácter categórico, sin matices y sin consideraciones hace que no permitan considerar aspectos fundamentales en la toma de decisiones** en situaciones críticas. Ello nos obliga a incidir en la importancia de tenerlos en cuenta, pero no como herramienta única en la toma de decisiones.

7. Valoración de Cuidados Intensivos de pacientes con cáncer en situación de pandemia

Los **pacientes con diagnóstico previo o presente 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 acostumbrados 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, y lo hemos hablado muchas veces con el propio paciente o con sus representantes, teniendo en cuenta los valores y preferencias del paciente, 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 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**?

Un número significativo de **pacientes con cáncer se curan**, e incluso **un porcentaje de pacientes con enfermedad metastásica pueden tener la enfermedad controlada durante años**.

Por todo lo anterior, nuestra propuesta, factible y éticamente correcta, es **la valoración individual de cada caso, sin exclusión previa**, teniendo en cuenta la situación global de cada paciente (pronóstico vital, grado de comorbilidad, probabilidad de supervivencia, scores de gravedad) y dando prioridad a los que tienen más probabilidades de beneficiarse.

Consideramos adecuadas las **recomendaciones del Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia**, del 2 de abril de 2020, que se resumen en:

1. **No discriminación** por ningún motivo ajeno a la situación patológica del paciente y a las expectativas objetivas de supervivencia.
2. **Principio de máximo beneficio** en la recuperación de vidas humanas, que debe compatibilizarse con la **continuación de la asistencia** iniciada de forma individual de cada paciente.
3. **Gravedad del estado de enfermedad** del paciente que evidencie la necesidad de cuidados intensivos.
4. **Expectativas objetivas de recuperación** del paciente en el corto plazo a su estado previo de salud, teniendo en cuenta la concurrencia o no de patologías graves acompañantes que evidencien un pronóstico fatal, aunque pueda comportar una atención clínica añadida.
5. **Orden temporal** de entrada en contacto con el sistema de salud o fecha de ingreso en el centro. Sin embargo, este criterio nunca debe anteponerse a los anteriores, pues podría

provocar la preferencia de pacientes de menor urgencia, atendiendo a la gravedad de su situación, o de pacientes sin ningún pronóstico favorable sobre su recuperación.

En conclusión, “las **decisiones sobre admisibilidad o no en Cuidados Intensivos** de pacientes con cáncer deben tomarse tras **consideración individual de la situación de gravedad y probabilidad de beneficio, y tras consultar con el oncólogo responsable**, en lo posible, o con el más accesible si no, que conoce con más profundidad los pormenores de la historia natural de la patología y de cada caso concreto, incluyendo su pronóstico y esperanza de vida” ([recomendaciones SEOM del grupo GEICAM](#)).

8. Autocuidado del profesional para la prevención del estrés

En este periodo **los oncólogos debemos proteger nuestra propia salud además de la de los pacientes**. Para ello, debemos mantener una actitud consciente de nuestros actos, emociones (ansiedad, miedo, impotencia, rabia, culpa), y pensamientos (dificultad de atención y para asimilar información, sensación de incredulidad), con el fin de dar una respuesta adecuada a cada situación.

Ante eventos altamente estresantes, las necesidades van a variar dependiendo del proceso de adaptación al contexto, y del manejo y gestión emocional. Es bueno **saber qué podemos experimentar para lograr hacerle frente** de una manera sana y serena.

Como **consejos generales**, se recomienda: 1) cuidar el lenguaje interior, evitar juzgarse, ser consciente de toda la ayuda que se ha prestado durante la jornada; 2) procurar ser operativo centrándose en cumplir las indicaciones y promoviendo el apoyo de los compañeros; 3) buscar un tiempo de reflexión ante cualquier decisión importante; 4) evitar la culpa bloqueante manteniendo un espíritu constructivo al revisar las decisiones y 5) respetar el tiempo de desconexión temporal, evitar la sobreexposición a información y mantener una red de apoyo social.

9. Protección de la salud del paciente y equipo sanitario frente a la infección por SARS-CoV-2

En los servicios de Oncología Médica, se deben llevar a cabo las **medidas recomendadas para minimizar el riesgo de contagio entre pacientes y entre profesionales**.

Entre estas medidas se incluye el lavado de manos, la limpieza y desinfección del material como el fonendo, la protección con mascarilla de los profesionales y pacientes, la consulta por síntomas compatibles con Covid-19 a la llegada del paciente o previo a su visita, la separación entre pacientes en el hospital de día y el posponer, siempre que sea posible, la asistencia al centro de los pacientes oncológicos infectados.

Se procurará evitar la exposición a pacientes con Covid-19 de los trabajadores que, en función de sus características personales, patologías, medicación, trastornos inmunitarios, etc. sean **considerados más susceptibles al riesgo de infección**.

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. Enlace: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>
2. Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2. Enlace: https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf
3. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos. (SEMICYUC). Enlace: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf
4. NICE 2020. COVID-19 rapid guideline: delivery of systemic anticancer treatments. Enlace: www.nice.org.uk/guidance/ng161
5. Recomendaciones GEICAM sobre el manejo del paciente con cáncer de mama. Enlace: https://seom.org/images/GEICAM_Recomendaciones_COVID_19_Cancer_de_Mama.pdf

Anexo. Niveles NICE de relación beneficio-tratamiento:

Nivel 1: Tratamiento curativo con probabilidad elevada de cura (>50%)

Nivel 2: Tratamiento curativo con una probabilidad intermedia de cura (15- 50%)

Nivel 3: Tratamiento no curativo con una estimación de supervivencia de más del 50% a un año.

Nivel 4: Tratamiento no curativo con una estimación baja (0-15%) de éxito o con una probabilidad intermedia (15-50%) de más de 1 año de extensión esperada de vida

Nivel 5: Tratamiento no curativo con una probabilidad alta (>50%) de paliación o control tumoral temporal y menos de 1 año de extensión esperada de vida

Nivel 6: Tratamiento no curativo con una posibilidad intermedia (15-50%) de paliación o control temporal del tumor y menos de 1 año de extensión esperada a la vida