

## Temat: Rozpoczynanie i powstrzymywanie się od intensywnej terapii u chorych na COVID-19 w nadzwyczajnej sytuacji dysproporcji między zapotrzebowaniem a dostępnymi zasobami

prof. dr hab. n. med. Wojciech Szczeklik, dr n. med. Łukasz Nowak; Klinika Intensywnej Terapii i Anestezjologii, 5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Kraków; Zakład Intensywnej Terapii i Medycyny Okołożabiegowej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

### Wprowadzenie

Pandemia COVID-19 wybuchła niespodziewanie i zaskoczyła cały świat. Okazało się, że nie byliśmy na nią przygotowani i może zabraknąć nie tylko wykwalifikowanego personelu medycznego, ale również miejsc w szpitalach, zwłaszcza na oddziałach intensywnej terapii (OIT), w których leczy się najcięższych chorych. W takiej sytuacji znalazły się Włochy, a Polska znajduje się w przededniu zagrożenia.

Niezmiernie istotnym, a jednocześnie trudnym etycznie i moralnie problemem jest przygotowanie się do potencjalnego wyczerpania zasobów systemu ochrony zdrowia w sytuacji lawinowo rosnącej liczby chorych wymagających intensywnej opieki.

Włoskie Towarzystwo Anestezjologii, Leczenia Bólu, Reanimacji i Intensywnej Terapii (*Societa Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva*, SIAARTI) opublikowało 6 marca br. zalecenia dotyczące tej kwestii.<sup>1</sup> Ukazały się one w okresie szybkiego zwiększania się liczby chorych wymagających intensywnej terapii we Włoszech. Niektóre sformułowania brzmią dramatycznie i przypominają zasady postępowania, jakimi kierowano się podczas wojen i wielkich katastrof masowych. Należy przypuszczać, że sami autorzy zaleceń mają nadzieję, iż nie zajdzie konieczność ich zastosowania. Niestety przy obserwowanej dynamice zachorowań rodzi się obawa, że nawet największy wysiłek władz włoskich może się okazać niewystarczający do zapewnienia wszystkim chorym, którzy będą tego wymagać, dostępu do intensywnej terapii.

Zalecenia SIAARTI przedstawiamy poniżej, chcemy natomiast zwrócić uwagę na dwa zagadnienia, które mogą mieć istotne znaczenie w warunkach polskich. Pierwsze to racjonalne podejście do stosowania pozaustrojowej przezbłonowej oksygenacji krwi (ECMO). W warunkach znacznego przekroczenia możliwości systemu opieki zdrowotnej przez nadmiar pacjentów terapię angażującą znacznie większą liczbę członków personelu medycznego i zasobów medycznych (tak jest w przypadku ECMO) powinno się stosować z dużą wstrzeźliwością i jedynie w ośrodkach wysokospecjalistycznych, szczególnie wobec braku jednoznacznych dowodów na skuteczność wczesnego stosowania ECMO u chorych z zespołem ostrej niewydolności oddechowej (ARDS) i niewystarczających dowodów na skuteczność w leczeniu chorych na COVID-19.

Druga uwaga dotyczy stosowania protokołu terapii daremnej. Polskiego protokołu, który powstał pod kierunkiem profesora Andrzeja Küblera, używa się niestety stosunkowo rzadko. Być może pandemia COVID-19 skłoni lekarzy pracujących na OIT do przypomnienia sobie tego dokumentu oraz używania go w codziennej praktyce klinicznej.

Polska wchodzi w fazę przygotowań do szybkiego zwiększenia się liczby zachorowań na COVID-19, z czym obecnie zmagają się Włochy. Trzeba przy tym zaznaczyć, że w porównaniu z realiami włoskimi możliwości naszych OIT są proporcjonalnie mniejsze, a dostępność środków ochrony osobistej w wielu szpitalach niewystarczająca. Szacuje się, że 5–10% pacjentów z COVID-19 wymaga intensywnej terapii, a duża ich część ma szansę na wyzdrowienie. Dlatego tak ważne jest odpowiednie zabezpieczenie jak największej liczby łóżek intensywnej terapii i odpowiedzialne nimi zarządzanie.

Największy wpływ na śmiertelność związaną z pandemią COVID-19 mogą mieć działania epidemiologiczno-prewencyjne, których celem jest ograniczenie liczby zachorowań i uniknięcie sytuacji drastycznego zwiększenia ich liczby w krótkim czasie. Dlatego wszyscy musimy zadbać o to, by nikt nie był zmuszony do podejmowania decyzji, o których mowa w przedstawianych zaleceniach.

## **Zalecenia SIAARTI**

1. Kryteria nadzwyczajne dotyczące przyjęć i wypisów mają charakter elastyczny i mogą być dostosowywane lokalnie w zależności od dostępnych zasobów, możliwości przekazywania chorych do innych ośrodków oraz rzeczywistej i przewidywanej liczby chorych wymagających przyjęcia. Dotyczą one wszystkich chorych wymagających intensywnej terapii, nie tylko tych z COVID-19.

2. Alokacja środków jest procesem złożonym i wymagającym szczególnej wrażliwości. Należy również wziąć pod uwagę, że nadmierne zwiększenie dodatkowej liczby łóżek intensywnej terapii doprowadziłoby do sytuacji, w której nie dałoby się zagwarantować odpowiedniego poziomu opieki poszczególnym chorym oraz zmniejszyłoby zasoby, uwagę i energię poświęcane pozostałym chorym na OIT. Trzeba sobie ponadto zdać sprawę z możliwego i dającego się przewidzieć zwiększenia śmiertelności chorych na choroby niezwiązane z aktualną epidemią COVID-19 wskutek zmniejszenia liczby wykonywanych operacji chirurgicznych oraz udzielanych porad ambulatoryjnych, a także ograniczenia dostępności intensywnej terapii.

3. Może się okazać konieczne określenie limitu wieku dla chorych przyjmowanych na OIT. Nie chodzi o podejmowanie decyzji wyłącznie na podstawie kryterium aksjologicznego, lecz o zabezpieczenie zasobów, które mogą szybko ulegać wyczerpaniu, dla chorych o większym prawdopodobieństwie przeżycia, a także o potencjalnie dłuższym przeżyciu. Takie postępowanie ma na celu uzyskanie jak największych korzyści dla jak największej liczby ludzi. W sytuacji całkowitego wypełnienia OIT kontynuowanie przyjmowania chorych w kolejności zgłoszeń byłoby równoważne z decyzją o nieleczeniu ewentualnych kolejnych chorych, pozbawionych dostępu do intensywnej terapii.

4. Oprócz wieku metrykalnego należy uważnie ocenić stan ogólny chorego i występowanie u niego innych chorób. Można przypuszczać, że o ile u chorych nieobciążonych czynnikami ryzyka zakażenie będzie przebiegać stosunkowo krótko, o tyle u osób w starszym wieku, z zespołem kruchości i poważnymi chorobami współistniejącymi leczenie będzie trwało dłużej i w związku z tym będzie wymagało zaangażowania dużo większych środków systemu opieki zdrowotnej. (...)

5. Należy uważnie przeanalizować złożone przez chorego ewentualne oświadczenia woli dotyczące podejmowania u niego działań leczniczych (...) oraz – co w szczególności dotyczy

chorych na choroby przewlekłe – zalecenia zawarte w planach leczenia opracowanych wspólnie z osobami sprawującymi nad nimi opiekę.

6. Jeśli się uzna, że u danego chorego prowadzenie intensywnej terapii byłoby niewskazane, decyzję o ustaleniu granic terapii należy odpowiednio uzasadnić i udokumentować, a następnie poinformować o niej. Jeżeli granice terapii nie obejmują wentylacji mechanicznej, nie należy rezygnować z intensyfikacji leczenia na niższym poziomie.

7. W obliczu nadzwyczajności sytuacji znajdują uzasadnienie ewentualne decyzje o bezzasadności intensywnej terapii wynikające wyłącznie z kryteriów sprawiedliwości dystrybutywnej (skrajna dysproporcja między zapotrzebowaniem a dostępnością).

8. W razie wątpliwości lub trudności przy podejmowaniu decyzji pożądane jest zasięgnięcie opinii (w niektórych sytuacjach nawet tylko telefonicznej) u osób o dużym doświadczeniu (np. za pośrednictwem regionalnego centrum koordynującego).

9. W przypadku każdego chorego kryteria przyjęcia na OIT powinno się określić i omówić jak najwcześniej, tak by stworzyć w odpowiednim momencie listę chorych, których przeniesienie na OIT w razie pogorszenia stanu klinicznego uznaje się za zasadne, oczywiście pod warunkiem istnienia takiej możliwości. W dokumentacji pacjenta należy umieścić polecenie „nie intubować”, tak by można się było do niego odwołać w razie gwałtownego pogorszenia stanu klinicznego i w obecności osób sprawujących opiekę medyczną, które nie uczestniczyły w planowaniu leczenia i nie znają chorego.

10. U chorych z hipoksemią i progresją choroby powinno się stosować sedację paliatywną, gdyż jest to element dobrej praktyki klinicznej. Należy przy tym postępować zgodnie z istniejącymi wytycznymi. Jeśli się przewiduje, że proces umierania będzie trwał dłużej, należy zaplanować przeniesienie chorego poza OIT. (*p. komentarz do artykułu – przyp. red.*).

11. Wszystkie przyjęcia chorych na OIT należy traktować jako „próbę intensywnej terapii” i tak je określać. Z tego względu każdego chorego należy oceniać codziennie pod kątem adekwatności stosowanego leczenia, celów terapeutycznych i proporcjonalności stosowanych metod. Jeśli się uzna, że chory (być może przyjęty na oddział na granicy kryteriów) nie odpowiada na przedłużające się leczenie wstępne albo jeśli wystąpiły u niego ciężkie powikłania, nie należy opóźniać podjęcia decyzji o deeskalacji terapii i zmianie podejścia z intensywnej terapii na terapię paliatywną – w razie gdyby liczba zgłaszających się chorych była szczególnie duża.

12. Decyzje o ograniczaniu intensywności leczenia należy podejmować wspólnie i przy akceptacji całego zespołu leczącego oraz, o ile to możliwe, po uzgodnieniu z chorym (i jego bliskimi). Musi jednak istnieć możliwość decydowania bez zwłoki. Można przewidzieć, że konieczność wielokrotnego podejmowania takich decyzji doprowadzi do ugruntowania procesu decyzyjnego w poszczególnych OIT i sprawi, że decyzje będą lepiej dostosowane do dostępności zasobów.

13. Ponieważ stosowanie ECMO wymaga zaangażowania znacznych środków, w porównaniu z innymi procedurami zazwyczaj wykonywanych na OIT, w razie znacznego nadmiaru chorych należy ograniczyć kwalifikację do tych, u których przewiduje się możliwość szybkiego odłączenia ECMO. W miarę możliwości należy ograniczyć stosowanie ECMO do specjalistycznych ośrodków, w których wykonuje się dużo takich zabiegów, a opieka nad

chorymi poddawanych ECMO wymaga wykorzystania proporcjonalnie mniejszej ilości zasobów niż w ośrodkach bez odpowiedniego doświadczenia.

14. Ważne, by utworzyć sieć umożliwiającą gromadzenie i wymianę informacji między ośrodkami i poszczególnymi specjalistami. Jeżeli obciążenie pracą na to pozwoli, w miarę zbliżania się końca stanu zagrożenia bardzo ważne będzie, by poświęcić czas i wysiłki na przeanalizowanie podjętych działań oraz poszukiwanie u personelu oznak wypalenia zawodowego i stresu związanego z podejmowaniem moralnie obciążających decyzji.

15. Należy również zwrócić uwagę na obciążenie, jakie hospitalizacja na OIT stanowi dla bliskich chorych na COVID-19, zwłaszcza w przypadku śmierci chorego w okresie obowiązywania całkowitego zakazu odwiedzin.