

RECOMANACIONS PER A LA PRESA DE DECISIONS ÈTIQUES SOBRE L'ACCÉS DE PACIENTS A UNITATS DE CURES ESPECIALS EN SITUACIONS DE PANDÈMIA

Document de consens de l'OBD

Març 2020



Organització
de les Nacions Unides
per a l'Educació,
la Ciència i la Cultura



Càtedra UNESCO de Bioètica
de la Universitat de Barcelona



Observatori de
Bioètica i Dret

www.bioeticaidret.cat
www.bioeticayderecho.ub.edu
www.bioethicsandlaw.es

Recomanacions per a la presa de decisions ètiques sobre l'accés de
pacients a unitats de cures especials en situacions de pandèmia.
Document de consens de l'OBD

Sumari:

Justificació del Document. -Consideracions bioètiques. -Informes de referència.
-Recomanacions de consens. -Annexos.

1. Justificació del Document

El 31 de desembre de 2019 les autoritats de la República Popular de la Xina van comunicar a l'OMS diversos casos de pneumònia d'etiologia desconeguda a Wuhan, una ciutat situada a la província xinesa d'Hubei. Una setmana més tard, es va confirmar que es tractava d'un nou coronavirus que ha estat denominat SARS-CoV-2. Aquest virus causa diverses manifestacions clíniques englobades sota el terme COVID-19 i que inclouen quadres respiratoris que varien des de tos, malestar general i febre fins a quadres de pneumònia greu amb síndrome de distrès respiratori agut, xoc sèptic i fallida multiorgànica. La majoria dels casos de COVID-19 notificats fins ara cursen amb quadres lleus. No obstant això, tant el pronòstic de la malaltia com el coneixement actual, basat en les dades publicades més recentment i en els pacients ja tractats, indiquen que un percentatge significatiu de pacients patiran insuficiència respiratòria aguda, pneumònia intersticial i hipoxèmia greu, necessitaran ventilació mecànica prolongada i presentaran una mortalitat elevada.

L'expansió del virus a pràcticament tot el planeta, la seva capacitat de difusió i la seva infectivitat, l'elevat nombre d'afectats en creixement exponencial, una mortalitat que s'incrementa amb l'edat i la comorbiditat dels afectats, així com el seu impacte en la vida de les persones i en el sistema d'assistència sanitària han provocat una emergència sanitària mundial de proporcions enormes. Aquesta emergència s'ha traduït en la necessitat de confinar els ciutadans en els seus domicilis, fet que ha tingut un greu impacte en l'economia i, sobretot, en la necessitat d'adquirir o fabricar utensilis sanitaris de manera urgent a causa de la insuficiència de les existències emmagatzemades. Actualment, hom manca d'equips de protecció individual suficients (màscares, guants), però, especialment, de llits hospitalaris i de llits a les unitats de vigilància intensiva, de personal sanitari i dels respiradors necessaris per atendre la població més afectada per la pandèmia. A més, com a efecte col·lateral, s'està perjudicant el tractament de la resta de patologies que lògicament continuen afectant a la població. Així mateix, l'escassetat de recursos està minvant el nombre de metges i personal d'infermeria a causa dels contagis, la qual cosa accentua les mancances i aconsella augmentar no solament els pressupostos sinó el nombre de metges i d'infermeres, especialment intensivistes, la formació polivalent dels quals fa que siguin útils en múltiples àrees i situacions, siguin o no de pandèmia.

D'altra banda, aquesta emergència té un gran impacte en el conjunt de la societat ja que, temporalment, proscriu la vida social, paralitza moltes activitats laborals i impedeix els ritus funeraris. En suma, limita drets fonamentals, posa l'accent en la protecció del bé comú –en aquest cas la salut de les persones- i, en aquesta situació, prioritza el principi bioètic de justícia.

Davant les condicions actuals d'emergència sanitària, aquest Document té l'objectiu d'orientar l'actuació dels professionals i facilitar la presa de decisions de manera homogènia en l'àmbit de l'atenció a pacients en situació crítica.

Les indicacions del present protocol d'actuació s'han d'interpretar de manera individualitzada per a cada pacient i sempre ha de prevaler el judici clínic. Aquestes recomanacions poden variar segons evolucioni el nostre coneixement sobre la malaltia i la situació epidemiològica.

2. Consideracions bioètiques

En condicions normals, els professionals sanitaris treballen amb persones de manera individualitzada, i per aquest motiu el seu deure és procurar beneficis a les persones respectant-ne en tot moment les preferències i els valors. No obstant això, en una situació excepcional d'emergència com l'actual, les necessitats de la salut pública poden justificar una limitació dels drets i preferències dels individus. Aquesta limitació també pot afectar l'atenció sanitària. Així, una emergència de salut pública pot obligar a canviar la pràctica dels professionals, és a dir, a modificar els estàndards d'atenció, de tal manera que el professional hagi de prioritzar el seu deure envers la comunitat per damunt del deure de respecte als individus. No obstant això, sempre estarà obligat a buscar alternatives de tractament, a no abandonar les persones individuals, a alleujar el seu sofriment i a procurar-los la millor atenció disponible segons els protocols dissenyats per a una situació d'emergència. Evidentment, aquest canvi d'una atenció centrada en l'individu a una atenció guiada per la salut pública genera tensions en el personal sanitari, en les famílies i en la societat. La tensió que produeixen aquests conflictes ètics es manifesta com a patiment moral entre els professionals i sentiment de falta de justícia entre la població que, a més, percep certa pèrdua de respecte pels valors socialment vigents.

En aquest context es generen les següents obligacions:

- Organitzar la resposta a la crisi mitjançant un pla de contingència que contempli els diferents aspectes de l'atenció als pacients, adaptada a les necessitats de la salut pública i que salvaguardi la salut i la seguretat de pacients, empleats i estudiants.
- Prendre mesures de manera equitativa i per raons de salut pública i mai sobre la base d'altres criteris com ara la classe social, l'ètnia o qualsevol altre tipus de consideració. En particular, les restriccions que calgui no s'han d'aplicar de manera que castigui més a poblacions vulnerables, com són el presos, els treballadors manuals o les minories ètniques.
- Preservar en tot moment la confidencialitat i la intimitat de les persones afectades, obligació que competeix no sols als sanitaris sinó també a qualsevol altre professional.
- Prendre les decisions de manera col·legiada, de manera que es puguin expressar els diferents punts de vista i s'evitin els biaixos lligats a interpretacions i valoracions individuals de situacions problemàtiques.
- Planificar i preveure els dilemes ètics a què s'enfronten els professionals sanitaris, optar per una solució concreta per a cadascun d'ells i planificar els mitjans necessaris per posar-la en pràctica: elecció de l'accés als recursos (UCI enfront d'una unitat d'hospitalització convencional), ús de tractaments vitals (reanimació cardiopulmonar, ventilació assistida), retirada de tractaments o derivació a unitats

de tractament pal·liatiu centrades en el confort (quan no existeixin o no estiguin disponibles altres tractaments). També cal establir criteris d'actuació en cas de falta de personal, d'espai o de subministraments.

- Informar pacients i familiars de les mesures que s'hagin pres. Les decisions han d'estar argumentades i consensuades en la mesura que això sigui possible, i s'ha de poder conèixer els criteris utilitzats per l'equip mèdic/sanitari que pren les decisions.

3. Informes de referència

Amb la finalitat d'oferir solucions als dilemes ètics generats per la pandèmia del SARS-CoV-2, diferents organitzacions científiques han elaborat i publicat documents que raonen com s'han de prendre decisions en aquesta situació excepcional d'emergència de salut pública.

- Ministeri de Sanitat i Consum. [*Document tècnic del 19 de març 2020. Maneig Clínic del COVID-19: unitats de vigilància intensiva.*](#) Aquest document exposa el consens de les diferents societats científiques compromeses amb l'atenció als pacients afectes de COVID-19 en relació amb l'atenció clínica dels malalts.
- The Hastings Center dels EUA. [*Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novell Coronavirus SARS-CoV-2 \(COVID-19\). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice.*](#)
- Nuffield Council. [*Ethical considerations in responding to the COVID-19 pandemic.*](#)
- The New England Journal of Medicine. [*The Toughest Triage — Allocating Ventilators in a Pandemic*](#)
- Organització Mundial de la Salut. [*Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks.*](#)
- Societat Espanyola de Medicina Intensiva, Crítica i Unitats Coronàries (SEMICYUC): [*Recomanacions generals relacionades amb les decisions ètiques difícils i l'adequació de la intensitat assistencial / ingrés a les unitats de vigilància intensiva en situacions excepcionals de crisis.*](#)
- Comitè d'Ètica Assistencial (CEA) de l'Hospital Clínic de Barcelona: *Document sobri adequació del tractament de suport vital en el període de pandèmia SARS-CoV-2.* (març 2020)

4. Recomanacions de consens

L'Observatori de Bioètica i Dret-Càtedra UNESCO de Bioètica de la Universitat de Barcelona, havent rebut múltiples sol·licituds d'assessorament per part de diverses persones i entitats, ha elaborat la proposta següent el marc de referència de la qual són els drets humans internacionalment reconeguts i els principis bioètics de respecte a les persones, beneficència, equitat i transparència, així com la normativa existent. Partint, a més, dels documents abans esmentats i, molt especialment, el del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital Clínic de Barcelona, l'OBD proposa les següents consideracions i pautes d'actuació:

A) Qüestions que cal considerar prèviament:

A1: Previsió de l'evolució de la pandèmia en un àmbit local concret.

A2: Valoració dels recursos de què es disposa, ja que condicionaran les decisions que s'hagin de prendre. L'aplicació dels criteris de triatge ha d'estar precedida de l'esforç de maximitzar la possibilitat de disposar i distribuir recursos de manera equitativa entre la població afectada. És a dir, el triatge es contemplaria en el context de falta de recursos, tant humans com materials, i després que s'hagin esgotat tots els mitjans tant intra com extra hospitalaris. Això inclou l'adaptació de nous escenaris (habilitació de llits d'UCI en altres espais) i la transferència de pacients entre centres amb més disponibilitat d'un recurs concret.

A3: Valoració del benefici esperat per a cada pacient concret, i en especial de l'esperança i la qualitat de vida, atenent no solament a l'edat sinó també a la seva situació global de salut (comorbiditats que pateix i la situació evolutiva concreta d'aquestes comorbiditats).

A4: Valoració de l'evolució clínica i de la resposta a les mesures instaurades.

A5: Valoració dels desitjos dels pacients i de la seva família, tot i que poden ser difícils de conèixer en circumstàncies determinades. S'ha de fer la consulta corresponent a fi de saber si existeix un document de voluntats anticipades.

A6: En situació de greu dificultat, amb desajustaments entre l'oferta i la demanda, caldrà maximitzar el benefici. Per aquest motiu, les decisions que es prenguin prioritzaran els pacients que en puguin obtenir major benefici, i el triatge es realitzarà de manera anònima, de manera que els responsables tinguin en compte les dades clíniques sense conèixer, però, la identitat del pacient.

En A3 i A4: És necessari recolzar-se tant com sigui possible en criteris objectius utilitzant escales de situació funcional, pronòstic i gravetat amb les quals s'estigui familiaritzat: índex d'edat-comorbiditat de Charlson, índex de Barthel, MACA, edat, APACHE3, SOFA i SOFA evolutiu, perquè no sols ajuden a prendre decisions sinó que també redueixen estrès als facultatius.

B) Pautes d'actuació:

B1: Es farà una valoració precoç i proactiva dels pacients que potencialment puguin ser candidats d'ingrés a l'UCI que inclogui la seva situació funcional, cognitiva i de comorbiditat prèvies, a fi d'evitar haver de prendre decisions en situació d'urgència.

B2: S'avaluarà la comorbiditat del pacient per determinar si les patologies que presenta estan en fase avançada o terminal. En aquest sentit, es poden usar els criteris *Patient Chronic Complex* (PCC) i *Malalties cròniques avançades* (MACA). En aquests casos es limitarà tant l'ingrés a l'UCI com altres mesures de suport dels òrgans.

B3: En la fase de la pandèmia en la qual els recursos són escassos (de personal especialitzat, de material o d'espais) i no existeixin alternatives de trasllat a altres institucions, s'ha d'establir prèviament una prioritització en l'accés i utilització d'aquests recursos. Això exigirà establir criteris específics per accedir a aquests recursos i determinar prèviament en quin moment posterior es prendrà la decisió de continuar amb el tractament iniciat o de canviar a un altre de nivell inferior, sense abandonar el pacient i garantint-ne sempre el confort.

Quant a l'edat, s'ha de considerar el suport respiratori màxim de formes diferents a la ventilació mecànica amb intubació i oxigenoteràpia d'alt flux als pacients majors de 80 anys amb comorbiditats. Els pacients entre 70 i 80 anys sense comorbiditats destacables, o amb comorbiditat en fase diferent de la referida a l'apartat B2, podrien ser candidats a ventilació mecànica. En cas contrari s'ha de valorar altres procediments terapèutics amb l'ajuda dels criteris més objectius i contrastats possibles (vegi's els Annexos).

B4: S'avaluarà la limitació de tractaments de suport vital en aquells pacients en els quals s'han instaurat mesures invasives i que evolucionen de manera desfavorable. Això es farà d'acord amb paràmetres objectius -com el SOFA- de manera diària, tenint en compte el tractament condicional i prioritant la retirada del tractament sense augmentar les mesures terapèutiques (en aquests moments, la limitació de l'esforç terapèutic, LET, ha de ser ràpida i una vegada s'hagi pres la decisió únicament s'ha de proporcionar al pacient mesures de confort).

B5: Idealment, aquest tipus de decisions les hauria de prendre un comitè hospitalari de triatge -format com a mínim per un membre del CEA i un metge intensivista- i, a més, que les mesures que calgui prendre s'acordin anticipadament i no en situacions d'urgència. En cas que el criteri professional difereixi raonablement de les indicacions abans esmentades, s'hauria de prendre una decisió consensuada amb la resta de l'equip assistencial i consultar al CEA.

En situacions en les quals les condicions epidemiològiques siguin diferents i no existeixi la possibilitat de consultar a un CEA convé establir com a mesura de presa de decisions i paràmetre d'acció el suport en situació terminal.

B6: Aquestes recomanacions s'han de reavaluar de manera dinàmica, en funció de l'evolució de la pandèmia i de la disponibilitat dels recursos.

B7: Cal garantir a tots els pacients l'adequació de les cures al final de la vida prioritant el confort i l'alleujament dels símptomes.

B8: S'han d'implementar mesures de suport emocional per als professionals implicats en la presa de decisions i que puguin ajudar a manejar les situacions de crisi.

Sempre que sigui possible, aquestes decisions extraordinàries que exigeix la pandèmia actual s'han de prendre de manera col·legiada per dos o tres metges dels quals només un haurà d'estar implicat en el tractament del pacient afectat. Aquesta mesura ajudarà als equips implicats en l'atenció directa davant d'actuacions d'enorme dificultat.

Les decisions de no accés a la unitat de vigilància intensiva hauran de ser avaluades de manera dinàmica a fi d'adequar els criteris excepcionals a la realitat actual.

La història clínica del pacient ha de reflectir de manera raonada la presa de decisions.

Annexos:

Taules elaborades per la Dra. Teresa Honrubia

Taula 1. Diferenciació entre la limitació del tractament de suport vital i el triatge

Limitació del tractament de suport vital	Triage (criteris de prioritització)
El que és millor (o menys dolent) per a un pacient	El que és el millor per al major nombre possible de pacients No s'admet l' <i>atzar</i> d'arribar primer
No es tenen en compte factors econòmics ni cap element d'eficiència, només el pacient	Repartiment de recursos escassos: humans i materials. Criteris de cost-oportunitat... Fonamental: equitat entre pacients, centres, serveis, tipus de pacients (amb COVID-19 i altres patologies)
La presa de decisions la fa l'equip assistencial juntament amb el pacient o els familiars	Presa de decisions <i>externa</i> a l'equip assistencial: comitè de triatge. ⁽¹⁾
Habitual en la pràctica clínica	En situacions excepcionals o en determinades circumstàncies en les quals els recursos són sempre escassos, p. ex., trasplantaments
Actuació amb protocols establerts pels centres i serveis	Revaluació periòdica freqüent segons les circumstàncies externes
Actuació mèdica recolzada en la mesura que sigui possible en dades i criteris objectius i contrastats	
Anticipació, a fi d'evitar haver de prendre decisions en situació d'estrès per la urgència	
El valor moral de no instaurar és el mateix que el de retirar	
Comunicació. Documentar-ho a la història clínica	

⁽¹⁾ Comitè de triatge: comitè hospitalari format com a mínim per un membre del CEA i un intensivista que haurà de reunir-se diàriament per analitzar els casos de pacients candidats a passar a un graó assistencial superior.

Taula 2. Justificació d'ús de l'edat com a criteri per a limitar l'ingrés a la UCI hospitalària durant la crisi del coronavirus ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

Menor probabilitat de supervivència.	L'edat té un gran pes en els principals índex pronòstics, tant a curt com a mitjà termini. En el cas de la COVID-19, la mortalitat es duplica per cada 10 anys de vida, de manera que a partir dels 50 anys la mortalitat s'incrementa un 2%, a partir dels 60 un 4% i així successivament.
Estades més prolongades (a igual supervivència)	Les estades més prolongades s'associen a un cost d'oportunitat més gran, és a dir que sostenen recursos a altres pacients que també els necessiten.
Menor guany d'anys de vida ajustats per qualitat	Menor supervivència lliure de discapacitat.
Ja han desenvolupat la major part del seu projecte vital	

⁽²⁾ Els arguments esmentats se sumen als criteris d'ingrés a la UCI o de limitació dels tractaments de suport vital habituals aplicables a pacients amb i sense COVID-19. En tot cas es tindrà sempre en compte: (i) la gravetat, (ii) la situació basal i funcional i (iii) les comorbiditats.

⁽³⁾ Aquests arguments no tenen en compte, ni en general ni molt menys individualment, la qualitat i el valor de la vida de les persones d'edat avançada.

⁽⁴⁾ Aquesta justificació no és només per a ús dels facultatius, sinó que és una síntesi d'arguments que poden ser útils per parlar amb els pacients i els seus familiars.

Llistat de participants:

Lluís Cabré

Doctor en Medicina. Especialista en medicina intensiva, antic president de la SMICYUC, president de l'Associació de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.

María Casado

Doctora en Dret. Catedràtica d'Universitat. Directora de l'Observatori de Bioètica i Dret i del màster en Bioètica i Dret. Titular de la Càtedra UNESCO de Bioètica de la Universitat de Barcelona.

Marta Consogra Fernández

Doctora en Biomedicina per la Universitat de Barcelona. Investigadora, redactora científica i professora del màster en comunicació especialitzada de la Universitat de Barcelona.

Mirentxu Corcoy

Catedràtica de Dret Penal de la Universitat de Barcelona. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret.

Fernando Estévez Abad

Doctor en Medicina. Docent de la Facultat de Medicina en la Universitat de Cuenca, Equador. Metge de l'Hospital Santa Inés i director del Departament de Neurofisiologia Clínica, Cuenca.

Fernando García López

Doctor en Medicina. Especialista en epidemiologia del Instituto Carles III, Madrid. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret.

Ricardo García Manrique

Doctor en Dret. Catedràtic de Filosofia del Dret, Universitat de Barcelona. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret.

Teresa Honrubia

Doctora en Medicina. Excap de Servei de Medicina Intensiva de l'Hospital Universitari de Móstoles, Madrid.

Itziar de Lecuona

Doctora en Dret i professora agregada del Departament de Medicina de la Universitat de Barcelona. Secretària de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona. Subdirectora de l'Observatori de Bioètica i Dret.

Fabiola Leyton

Doctora en Filosofia. Professora associada de Filosofia del Dret i del Màster en Alimentació, Ètica i Dret de la Universitat de Barcelona. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret.

Manuel J. López Baroni

Doctor en Dret i en Filosofia. Professor de Filosofia del Dret de la Universitat Pablo d'Olavide, Sevilla. Coordinador del Màster en Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.

Gemma Marfany

Doctora en Biologia. Catedràtica de Genètica de la Universitat de Barcelona. Membre de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona.

María Cruz Martín Delgado

Doctora en Medicina. Metge intensivista. Hospital Universitari de Torrejón, Madrid. Ha estat presidenta de la Societat Espanyola de Medicina Intensiva, Crítica i Unitats Coronàries (SEMICYUC 2017-2019).

Joaquim Martínez Montauti

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Interna. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret.

Ferran Masanés

Doctor en Medicina. Metge internista. President del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital Clínic de Barcelona.

Mónica Navarro-Michel

Doctora en Dret. Professora de Dret Civil de la Universitat de Barcelona. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret.

Albert Royes

Doctor en Filosofia. Professor jubilat d'Ètica Mèdica de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona. Secretari de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona.

Josep Santaló

Doctor en Biologia. Catedràtic de Biologia Cel·lular de la Unitat de Biologia Cel·lular de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Yasmina Soto

Màster en Gestió de Continguts Digitals per la Universitat de Barcelona. Co-coordinadora del Màster en Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.



Organització
de les Nacions Unides
per a l'Educació,
la Ciència i la Cultura



Càtedra UNESCO de Bioètica
de la Universitat de Barcelona



Observatori de
Bioètica i Dret

www.bioeticaidret.cat
www.bioeticayderecho.ub.edu
www.bioethicsandlaw.es