



Càtedra
de Bioètica
UVIC·UCC
FUNDACIÓ GRÍFOLS



Tertúlia Claris Salut

Pandèmia i bioètica: reptes i oportunitats ...

Núria Terribas i Sala



COVID- 19: un repte per a la bioètica

La pandèmia ha evidenciat més que mai la VULNERABILITAT de l'ésser humà i n'ha testimoniat aspectes clau:

- **Condicció humana social i relacional** ← **imperiosa necessitat "dels altres"** (professionals de la salut, família, veïns, cuidadors...)
- **Influència del context** ← **aïllament i soledat**
- **Solidaritat i Treball en col.laboració** ← **equips fent pinya !**

Més que mai s'ha fet palès el valor de la CURA en sentit ampli... !



Alhora també...

- **Esgotament físic i emocional dels professionals, amb vivències molt dures !**
- **Trastorns / “burn out” / claudicació**
- **Esgotament també dels responsables polítics... cal reconèixer l'esforç malgrat els possibles errors !**
- **Esgotament de la ciutadania ... sovint “criminalitzada”, però que ha tingut una actitud de resistència i col.laboració notable durant molt de temps !**



Banc de proves de la **Bioètica, que ha tingut un gran protagonisme i s'ha fet "necessària" la seva reflexió !!**

Marc general dels 4 principis bàsics de la bioètica:

- **No maleficència** – per sobre de tot no fer mal!
- **Beneficència** – buscar el millor benefici entre les opcions disponibles
- **Autonomia** – respectar les decisions de la persona competent
- **Justícia** – accés igualitari, segons necessitats.



➤ NO MALEFICÈNCIA

Sense voler-ho, desbordats per la situació nova, desconeguda i sobtada, s'ha fet mal ... a molta gent, especialment col.lectius més vulnerables agreujant encara més la seva vulnerabilitat, sota el criteri de la seva "protecció" : GENT GRAN / NENS i JOVES / DISCAPACITATS / DONES VÍCTIMES DE VIOLÈNCIA DE GÈNERE, etc... també als PROFESSIONALS

Soledat, aïllament ... i MORT !

➤ **BENEFICÈNCIA**

No s'ha pogut triar entre l'opció més beneficiosa per la persona i menys encara tenir en compte el seu parer ← recursos escassos, desconeixement per ponderar opcions, manca de temps i presses

Amb el que es tenia es feia el millor que es sabia i amb la millor voluntat ! ← gairebé "medicina en temps de guerra"



COVID- 19: un repte per a la bioètica

➤ **AUTONOMIA**

El ciutadà no ha tingut cap protagonisme com a “subjecte moral autònom” ← raons de salut pública han estat les que han servit per **IMPOSAR** en tot moment el que calia fer, sense preguntar ni escoltar.

Els elements cabdals de l’assistència, com són la **informació i el consentiment** per a les actuacions clíniques han estat absents ← no hi havia temps a perdre i calia actuar !!

Limitació de Drets Fonamentals sovint injustificades (“estat d’alarma”)!



➤ JUSTICIA

Als criteris tradicionals i coneguts de “priorització” i “adequació de l’esforç terapèutic” hi hem hagut d’afegir el de “racionament**” dels recursos i criteris per aplicar-lo, fent impossible actuar amb **EQUITAT** i havent de descartar a persones que sabíem que moririen**



LIMITACIÓ / ADEQUACIÓ de tractament ➡
ponderació de les opcions terapèutiques i
diagnòstiques en cada cas, optant per aplicar
aquelles que són pertinents, aporten benefici al
pacient i no li augmenten el mal. Objectiu doble:

➡ Evitar actuacions fútils quan l'evolució i
irreversibilitat de la patologia/-es de base així ho
indiquen

➡ Evitar la "maleficència" o major perjudici pel
pacient

Les decisions sovint impliquen retirada o no inici de
tractaments –especialment de suport vital- o mesures
diagnòstiques evitant caure en l'obstinació.

PRIORITZACIÓ ➔ és l'acció/decisió d'establir un ordre de prioritats en l'atenció al pacient, basat en criteris preestablerts (ordre d'arribada, gravetat, càrregues socials i familiars, pressió laboral, etc.). Tothom rep el tractament adequat i que necessita però no en el mateix moment i sovint diferit en el temps, ja que els recursos són sempre limitats !

Exemple: llistes d'espera en cirurgia o altres procediments (període de garantia – 6 mesos)

Marc conceptual

RACIONAMENT ➡ és l'acció/decisió de sotmetre els recursos de primera necessitat, en cas de no haver-n'hi per tothom, a una distribució establerta per l'autoritat o estament corresponent (hi ha més pacients que tractaments disponibles en un mateix moment i lloc quan es requereixen de manera perentòria)

Exemple: Comitè de la Mort (Seattle) - 1962 hemodiàlisi –primer esbós dels CEAs-



Priorització i racionament en el context de la COVID-19

L'afectació sobtada i virulenta del virus va generar un desequilibri entre necessitats i recursos assistencials, en especial per atendre les afectacions greus d'insuficiència respiratòria, amb potencial indicació de tècniques de suport vital avançat.

☛ necessitat d'establir criteris en la prioritització de l'accés als recursos, i fins i tot pel seu racionament en moments àlgids de la pandèmia (des de les EPIs fins als respiradors...)

Manca de criteris prèviament establerts !!



En els moments inicials (primeres setmanes) va quedar a criteri de les **institucions i dels professionals** la presa de decisions, intentant evitar caure en arbitrietat o discriminació.

El concepte d'AET també va haver de ser revisat i tenir una **mirada "col.lectiva"** més que individual... calia també rebutjar un ingrés o retirar respirador si l'evolució no era bona per aprofitar-lo per un altre pacient amb més eficiència, **i deixar morir** no sempre de la millor manera...



Els professionals varen haver de **prendre decisions** de “priorització / racionament” i AET **sota una pressió i stress emocional brutal**, sentint-se molt sols en la presa de decisions ➡ burnout per “culpabilització”, per excés o per defecte que continua tenint efectes mesos després.

- Tensió entre el que podien fer i els seus deures professionals que percebien com inexcusables... però impossibles d'aplicar per la **limitació dels recursos + risc propi !!**
- Visió de **l'atenció individual vs. atenció col.lectiva**
➡ l'empatia emocional amb el que tenim davant no permet a vegades percebre el que queda desatès a fora.

Posicionaments

Rapid policy briefing

NUFFIELD
COUNCIL ON
BIOETHICS



Ethical considerations in responding to the
COVID-19 pandemic



NIH Public Access

Author Manuscript

Ann Intern Med. Author manuscript; available in PMC 2010 January 20.

Published in final edited form as:

Ann Intern Med. 2009 January 20; 150(2): 132–138.

NIH-PA Author Manuscript

**Who Should Receive Life Support During a Public Health
Emergency? Using Ethical Principles to Improve Allocation
Decisions**

Douglas B. White, MD, MAS^{1,2}, Mitchell H. Katz, MD [Director]³, John M. Luce, MD⁴, and
Bernard Lo, MD^{2,5}

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

Comitè d'Ètica Assistencial

CLÍNIC
Corporació Sanitària

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

DOCUMENT SOBRE ADEQUACIÓ DEL TRACTAMENT DE SUPORT VITAL EN EL
PERÍODE DE PANDÈMIA SARS-CoV-2

Posicionaments – Societats científiques

RECOMENDACIONES GENERALES relacionadas con las DECISIONES ÉTICAS DIFÍCILES y la ADECUACIÓN DE LA INTENSIDAD ASISTENCIAL / ingreso en las UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS en SITUACIONES EXCEPCIONALES DE CRISIS

Relacionados con la ORGANIZACIÓN/ RECURSO (disponibilidad y alternativas)		Relacionados con las CARACTERÍSTICAS de la PERSONA / SITUACIÓN GLOBAL		Relacionados con la ÉTICA de las DECISIONES	
FACTOR	RECOMENDACIÓN	FACTOR	RECOMENDACIÓN	FACTOR	RECOMENDACIÓN
 PLAN DE CONTINGENCIA TERRITORIAL	<ul style="list-style-type: none"> Disponer de un plan de contingencia de emergencia que planifique la distribución de pacientes entre áreas geográficas. Priorizar la solidaridad entre centros para maximizar el bien común por encima del individual, valorando la posibilidad de transferencia o derivación a otro centro con posibilidades. Valorar la posibilidad de ampliar la capacidad de las UCIs locales, facilitando ingresos en otras áreas habilitadas para esta epidemia con recursos adecuados. 	 VALORACIÓN DE LA PERSONA	<ul style="list-style-type: none"> Valorar el paciente de forma global, y no la enfermedad de forma aislada. Para conocer la situación global, puede ser de especial utilidad contactar con su equipo de Atención Primaria. En el caso de personas mayores, la valoración implica tener en cuenta su situación global o "edad biológica". La Valoración Geriátrica Integral, las escalas clínicas de fragilidad o los índices de fragilidad pueden ser de ayuda para tal fin. Conocer los valores y preferencias de la persona, preguntando por si dispone de un documento de voluntades anticipadas o existe un plan de cuidados anticipados. 	 OUTCOMES	<ul style="list-style-type: none"> Ante las situaciones de crisis y la necesidad de estrategias de asignación, desde la ética se aboga por priorizar: <ul style="list-style-type: none"> la maximización de la supervivencia al alta hospitalaria la maximización del número de años de vida salvados la maximización de las posibilidades de vivir de cada una de las etapas de la vida. Aún así, es importante enfatizar que la edad cronológica (en años) en ningún caso debería ser el único elemento a considerar en las estrategias de asignación.
 OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar aquellos procedimientos que faciliten el destete de ventilación mecánica y agilizar los circuitos de traslados a planta Optimizar la dotación de personal asistencial en la medida de lo posible Minimizar los ingresos condicionados a pruebas terapéuticas. No ingresar pacientes que han dejado escritas voluntades anticipadas donde se rechazan medidas invasivas (o que disponen de Plan de Cuidados Anticipados donde se consensuan medidas de adecuación terapéutica) Valorar la agrupación a este tipo de pacientes en áreas específicas dentro de la UCI 	 PRIORIZACIÓN DE LAS PERSONAS según sus características y situación actual	<ul style="list-style-type: none"> Se propone utilizar la Clasificación de las personas según el modelo de 4 prioridades clásico de la UCI (ver cuadro de la siguiente página)* Se priorizará los ingresos en UCI de pacientes clasificados como Prioridad 1, en aquellos hospitales que dispongan de dispositivos de cuidados intermedios, dejando estos últimos para los pacientes con prioridad 2. Se tendrá a no ingresar en unidades de cuidados intensivos los pacientes de prioridad 3 y 4 en casos de crisis. 	 TRIAJE basado en la JUSTICIA DISTRIBUTIVA	<ul style="list-style-type: none"> Principio coste /oportunidad: admitir un ingreso puede implicar denegar otro ingreso a otra persona que puede beneficiarse más (evitar el criterio "primero en llegar, primero en ingresar") Aplicar criterios estrictos de ingreso en UCI basados en maximizar el beneficio del bien común. Ante pacientes críticos con otras patologías crónicas diferentes a la infección por COVID-19, se debe valorar ingresar prioritariamente el que más se beneficia. Estos principios se deberían aplicar manera uniforme a todas las personas -y no de forma selectiva a los de perfil geriátrico o con patologías crónicas-

Posicionaments – Societats científiques

 <p>CONSENSO de los CRITERIOS a aplicar</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ante la limitación de recursos es imprescindible consensuar una serie de criterios técnicos y éticos-comunes. Es probable que los criterios se deban modificar en función de la situación global. Elo puede requerir de la creación de un comité de expertos territorial y/o de los respectivos ámbitos, con la participación de los comités de bioética y los profesionales asistenciales (hospitalarios y/o comunitarios) 	 <p>Adecuación de la INTENSIDAD TERAPÉUTICA según evolución</p>	<ul style="list-style-type: none"> Establecer desde el ingreso un plan de adecuación terapéutica y documentario en la historia clínica con definición clara de si existe o no indicación de ventilación mecánica. En caso de complicaciones o mala evolución (se pueden utilizar herramientas tipo SOFA...), plantear una desintensificación terapéutica - limitación del tratamiento de soporte vital (ITSV), evitando la futilidad y priorizando medidas paliativas. En este caso, será pertinente el traslado a un área de menor complejidad, garantizando la atención paliativa (incluyendo soporte emocional y el control sintomático). 	 <p>Principio de PROPORCIONALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> No ingresar a personas en las que se prevé un beneficio mínimo (como situaciones de fracaso multiborgánico establecido, riesgo de muerte calculado por escalas de gravedad elevado, o situaciones funcionales muy limitadas, condiciones de fragilidad avanzada, etc.) Valorar cuidadosamente el beneficio de ingreso de pacientes con expectativa de vida inferior a 1-2 años (utilizando herramientas como el NEOVAL o similar)
 <p>Planificación de las ALTERNATIVAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> En caso de desestimar ingreso a UCI, el sistema tiene que ofrecer alternativas asistenciales de calidad, que cubran las necesidades básicas y esenciales de las personas y de sus familias (incluyendo soporte emocional y el control sintomático) 		 <p>TRANSPARENCIA Y CONFIANZA</p> <ul style="list-style-type: none"> Se debe comunicar a pacientes /familiares la extraordinariedad de la situación y la justificación de las medidas propuestas. Estas decisiones deben ser consensuadas en la medida de lo posible, y públicamente defendibles 	
 <p>SOPORTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> Planificar acciones para dar soporte a los familiares y a los profesionales, dado el impacto emocional/ <i>distress</i> moral de las decisiones éticas e incertidumbre Es recomendable realizar el proceso de toma de decisiones de forma compartida entre el equipo interdisciplinario y siempre que sea posible, con el paciente y familia. 			

Basado en el documento de la SEMICYUC "RECOMENDACIONES ÉTICAS PARA TOMAR DECISIONES EN LA SITUACIÓN EXCEPCIONAL DE CRISIS POR PANDEMIA COVID EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS". Elaboración del framework: Olga Rubio, Mariona Esquerda y Jordi Arribas

* MODELO DE 4 PRIORIDADES de la UCI	
Prioridad 1	Pacientes críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI.
Prioridad 2	Pacientes que precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas, no ventilados de forma invasiva, pero con altos requerimientos de oxigenoterapia y con fracaso de otro órgano.
Prioridad 3	Pacientes inestables y críticos, con pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda.
Prioridad 4	Beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo o situación de enfermedad avanzada/terminal.

BIBLIOGRAFÍA:

- White, DB, et al. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann. Intern. Med.* 2009; 150, 132-138
- Dowse, J, et al. Palliating a Pandemic: 'All Patients Must Be Cared For'. *J. Pain Symptom Manage.* 2009;28, 291-295
- Thompson, et al. Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Med.* 2006; 7
- Felley, JJ, et al. Facility assessment in the ICU: translation to 'real-world' clinical practice. *Anaesthesia.* 2019;74, 700-708
- Leong, J et al. The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: Opportunities for palliative care. *Palliat Med.* 2004;18, 12-18
- Seena, A, et al. Ethics preparedness: Facilitating ethics review during outbreaks. *BMC Med. Ethic.* 2018; 20, 1-10
- Grasselli G, et al Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy. Early Experience and Forecast During an Emergency Response. *JAMA.* 2020; March 13
- Covinsky KE, et al. Health status vs quality of life in older patients: does the distinction matter? *Am J Med.* 1999 Apr;106(4):430-40.
- Sprung CL, et al. Recommendations for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster: summary report of the European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. *Intensive Care Med.* 2010 Mar;36(3):428-43
- Levin D, et al. Altered standards of care during an influenza pandemic: Identifying ethical, legal, and practical principles to guide decision making. *Disaster Med Public Health Prep.* 2009 Dec;3 Suppl 2:S132-40.
- Suhonen R, et al. Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *Int J Nurs Stud.* 2018 Dec;88:25-42
- World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. *Who* 2019, 12 (2020).

CON EL AVAL DE:



criteris ètics de prioritizació → document de consens

BENEFICIS

- **Maximitzar la supervivència a l'alta hospitalària**
 - **Maximitzar el nombre "d'anys de vida salvats"**
 - **Maximitzar les possibilitats de viure encara diferents etapes de vida.**
- **l'edat cronològica en cap cas pot ser l'únic element a considerar en estratègies d'assignació d'un recurs... en alguns àmbits ho va ser!**

criteris ètics de prioritizació ← document de consens

JUSTÍCIA DISTRIBUTIVA

- **Cost / oportunitat: acceptar un ingrés pot implicar denegar-ne un altre amb més possibilitats de sobreviure (no vàlid el criteri d'arribada)**
- **Criteris estrictes d'ingrés a UCI, fins i tot entre pacient COVID i pacient d'altra patologia ... no de forma selectiva segons perfil (geriàtric, pluripatològic o crònic)**



PRINCIPI DE PROPORCIONALITAT

- **No ingrés de persones en les que es preveu **benefici mínim** (risc de fallada multiorgànica, situacions funcionals molt limitades, fragilitat avançada...)**
- **Pacients NECPAL ← valoració molt acurada**

TRANSPARÈNCIA I CONFIANÇA

- **Comunicar a pacient i familiars l'exceptcionalitat de la situació i justificació de les mesures proposades, procurant presa de decisions compartida.**
- **Consens en la mesura de possible i mesures "públicament" defensables.**
- **Suport emocional**



Malgrat totes aquestes formulacions i intent de consens en els criteris de prioritització i racionament de recursos...

- **La prioritització no sempre ha estat correcta**
- **S'han discriminat col·lectius i s'ha faltat al criteri d'equitat**
- **El criteri de l'edat avançada ha estat massa vegades determinant, obviant altres factors (disparitat d'indicacions i instruccions... context residencial!!)**
- **Ha mancat un lideratge més ferm i criteris més clars.**
- **Els mitjans comunicació no han ajudat**

En les següents onades, com ho hem anat fent?

La 2^a. Fase de la pandèmia (2^a. onada i posteriors), ha portat a una millor gestió de l'atenció als afectats ← l'experiència prèvia i més coneixement del virus, més recursos i els canvis de comportament del virus / persones també ho ha afavorit.

Debat al voltant de **mesures de "control" i de limitació de Drets** que han permès aguantar dins del sistema la pressió de les diferents onades .. **Cost social i econòmic molt important** ← **objectiu últim: NO saturar el sistema!**

En certs àmbits, com el de la **gent gran** "ha plogut sobre mullat" ← **restriccions severes**



En les següents onades, com ho hem anat fent?

La prioritització que no s'ha fet bé és la que té a veure amb la **resta de patologia NO COVID:**

- Mesures **d'aïllament dels pacients** ingressats sense poder rebre visites ni acompanyament
- Por de la ciutadania a recòrrer de nou al sistema
- Mesures preventives COVID que allunyen al ciutadà del sistema (**telemedicina**) quan necessita accedir-hi ← Sensació de "bloqueig" des d'atenció primària
- Reducció de l'activitat a nivell hospitalari a tot Catalunya que cal recuperar, **generant missatge de confiança per evitar "maleficència"**.
- Patologia "amagada" que aflora quan ja és greu i portarà major mortalitat (càncer i altres...)



El repte ètic de les VACUNES...

En els **moments inicials**, d'escassetat de vacunes, la "priorització" es va aplicar amb alguns criteris de dubtosa objectivitat, com p.e. la selecció de col·lectius prioritaris (cossos de seguretat, ensenyament abans que franges de gent gran per sobre dels 80, etc.)

Estratègia de vacunació a Catalunya i a Espanya **àgil i eficaç** ... ara hi ha vacunes per a tothom, però hem arribat al topall d'aquest 30% aprox que no es vol vacunar o simplement "passa del tema".

Qué fem ??



El repte ètic de les VACUNES...

- Debat al voltant de **l'obligatorietat de la vacuna**
 - ☛ podem obligar quan la llei no obliga i tot ciutadà té dret al "rebuig al tractament"?
- Possibles "repercussions" laborals per les **negatives** (professionals salut... altres?)
- Perjudici dels menors o altres persones vulnerables quan els **progenitors o tutors els neguen l'accés la vacuna** o a mesures com la mascareta ☛ fer prevaldre el dret del menor !
- Mesures "coercitives", p.e. en el món universitari
- **"Green pass"** (certificat vacunació per accedir a certes activitats o entorns).



El repte ètic de les VACUNES...

De nou debat al voltant de **l'AUTONOMIA i la JUSTICIA:**

- **Llibertat vs bé comú / Economia vs. Seguretat**
 - ↳ **difícil equilibri entre Drets que ha qüestionat les decisions de política sanitària davant els Tribunals!!**
- **Disparitat de criteris segons territoris, països i realitats (CC.AA., França, Itàlia...)**
- **Primer món vs pandèmia global (debat sobre l'accés a les vacunes al 3r. Món i sobre les patents) ↳ inacció d'institucions com la OMS per manca d'autoritat!**



Oportunitats

- **Identificació dels problemes del sistema**
 - ☛ **necessitat de correcció:**
 - **Integració del sistema d'atenció social i sanitària: replantejament de l'atenció a la gent gran !!**
 - **Revisió dels criteris en relació a la vacunació**
 - **Establiment de nous marcs legals per establir criteris clars en la possible limitació de Drets !**
 - **Adequació del sistema a les necessitats i capacitat de reacció davant l'emergència** (prevenció, provisió de recursos en temps breu, etc.)

☛ **Necessitat del retorn a la "normalitat" com a sistema de salut i social, aprofitant les lliçons apreses i sabent que haurem de conviure amb la COVID i altres...**



**El debat ètic continua i queda molta
FEINA PER FER !!**

Moltes gràcies...



Càtedra
de Bioètica

UVIC·UCC
FUNDACIÓ GRÍFOLS

