

RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE DECISIONES ÉTICAS SOBRE EL ACCESO DE PACIENTES A UNIDADES DE CUIDADOS ESPECIALES EN SITUACIONES DE PANDEMIA

Documento de consenso del OBD

Marzo 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

Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de
pacientes a unidades de cuidados especiales en situaciones de pandemia.
Documento de consenso del OBD

Sumario:

Justificación del documento. -Consideraciones bioéticas. -Informes de referencia. -
Recomendaciones de consenso. -Anexos

1. Justificación del Documento

El 31 de diciembre de 2019 las autoridades de la República Popular China comunicaron a la OMS varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei. Una semana más tarde confirmaron que se trataba de un nuevo coronavirus que ha sido denominado SARS-CoV-2. Este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios que varían desde tos, malestar general y fiebre hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio agudo, shock séptico y fallo multi-orgánico. La mayoría de los casos de COVID-19 notificados hasta el momento cursan con cuadros leves. No obstante, tanto el pronóstico de la enfermedad como el conocimiento actual, basado en los datos más recientes publicados y los pacientes ya tratados, indican que un porcentaje significativo de pacientes cursaran con insuficiencia respiratoria aguda, neumonía intersticial e hipoxemia grave que requieren ventilación mecánica prolongada y presentan una mortalidad elevada.

La expansión del virus a prácticamente todo el planeta, su capacidad de difusión y su infectividad, el elevado número de afectados en crecimiento exponencial, una mortalidad creciente con la edad y la comorbilidad de los afectados, así como su impacto sobre la vida de las personas y el sistema de asistencia sanitaria han provocado una emergencia sanitaria mundial de grandes proporciones. Esta emergencia se ha traducido en la necesidad de confinar a los ciudadanos en sus domicilios, hecho que ha tenido un grave impacto en la economía y, sobre todo, en la necesidad de adquirir o fabricar utensilios sanitarios de forma urgente por las insuficiencias de las existencias almacenadas. Actualmente, se carece de suficientes equipos de protección individual (mascarillas, guantes), pero, en especial, de suficientes camas hospitalarias y de camas en las unidades de cuidados intensivos, de personal sanitario y de respiradores necesarios para atender a la población más afectada por la pandemia. Además, como efecto colateral, se está perjudicando el tratamiento del resto de patologías que lógicamente continúan afectando a la población. Asimismo, la escasez de recursos está mermando el número de médicos y personal de enfermería por los contagios, lo que acentúa estas carencias.

Por otro lado, esta emergencia tiene gran impacto en la vida de la sociedad ya que, temporalmente, proscribire la vida social, paraliza muchas actividades laborales o impide los ritos funerarios. En suma, limita derechos fundamentales, pone el acento en la protección del bien común –en este caso la salud de las personas- y, en esta situación, requiere priorizar el principio bioético de justicia.

Ante las condiciones actuales de emergencia sanitaria, esta propuesta tiene el objetivo de orientar la actuación de los profesionales y facilitar una toma de decisiones homogénea en el ámbito de la atención a pacientes en situación crítica.

Las indicaciones del presente protocolo de actuación deben interpretarse de forma individualizada para cada paciente y debe prevalecer el juicio clínico. Estas recomendaciones pueden variar según evolucione nuestro conocimiento acerca de la enfermedad y la situación epidemiológica en España.

2. Consideraciones bioéticas

En condiciones normales, los profesionales sanitarios trabajan con personas de forma individualizada, de ahí que su deber sea procurar beneficios a ese individuo siempre respetando las preferencias y valores de este último. No obstante, en una situación excepcional de emergencia como la actual, las necesidades de la salud pública pueden justificar una limitación de los derechos y preferencias de los individuos. Esta limitación también puede afectar a la atención sanitaria. Así, una emergencia de salud pública puede obligar a cambiar la práctica de los profesionales, es decir, a modificar los estándares de atención, de tal manera que el profesional haya de priorizar su deber hacia la comunidad sobre los deberes de respeto al individuo. No obstante, siempre estará obligado a buscar alternativas de tratamiento, a no abandonar al individuo, a aliviar su sufrimiento y a procurarle la mejor atención disponible según los protocolos diseñados para atajar la situación de emergencia. Evidentemente, este cambio de una atención centrada en el individuo a una atención guiada por la salud pública genera tensiones en el personal sanitario, en las familias y en la sociedad. La tensión que producen estos conflictos éticos se manifiesta como “sufrimiento moral” entre los profesionales y falta de justicia entre la población que, además, percibe cierta pérdida de respeto por los valores socialmente vigentes.

En este contexto se generan las siguientes obligaciones:

- Organizar la respuesta a la crisis mediante un plan de contingencia que contemple los diferentes aspectos de la atención a los pacientes, adaptada a las necesidades de la salud pública y que salvaguarde la salud y la seguridad de pacientes, empleados y estudiantes.
- Tomar medidas de forma equitativa y por razones de salud pública; nunca en base a otros criterios tales como clase social, etnia u otro tipo de consideración. En particular, las restricciones no se aplicarán de modo que castiguen más a poblaciones vulnerables, como presos, trabajadores manuales o minorías étnicas.
- Preservar la confidencialidad y la intimidad de todos los afectados en todo momento; obligación que compete no solo los sanitarios sino también a cualquier profesional.
- Tomar las decisiones de manera colegiada, de forma que puedan expresarse diferentes puntos de vista y se eviten los sesgos ligados a interpretaciones y valoraciones individuales de las situaciones problemáticas.
- Planificar y prever los dilemas éticos a que se enfrentan los profesionales sanitarios de optar por una solución para cada uno de ellos y de planificar los medios necesarios para ponerla en práctica: elección del acceso a los recursos (UCI frente a una unidad de hospitalización convencional), uso de tratamientos vitales (reanimación cardiopulmonar, ventilación asistida), retirada de tratamientos o derivación a unidades de tratamiento paliativo centradas en el confort (cuando no existen o no están disponibles otros tratamientos). También deben establecerse los criterios de actuación en caso de falta de personal, espacio o suministros.

- Informar a pacientes y familiares sobre las medidas tomadas. Las decisiones deben estar argumentadas y consensuadas en la medida de lo posible. Deben poder conocerse los criterios utilizados por el equipo médico/sanitario que toma las decisiones.

3. Informes de referencia

Con el fin de ofrecer soluciones a los dilemas éticos generados por la pandemia del SARS-CoV-2, diferentes organizaciones científicas han elaborado y publicado documentos que razonan cómo se deben tomar decisiones en esta situación excepcional de emergencia de salud pública.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. [*Documento técnico del 19 de marzo 2020. Manejo Clínico del COVID-19: unidades de cuidados intensivos.*](#) Este documento expone el consenso de las diferentes sociedades científicas comprometidas con la atención a los pacientes afectados de COVID-19 en relación con la atención clínica de los enfermos.
- The Hastings Center de EEUU. [*Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 \(COVID-19\). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice.*](#)
- NuffieldCouncil. [*Ethical considerations in responding to the COVID-19 pandemic.*](#)
- The New England Journal of Medicine. [*The Toughest Triage — Allocating Ventilators in a Pandemic*](#)
- Organización Mundial de la Salud. [*Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks.*](#)
- Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC): [*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.*](#)
- Comité de Ética Asistencial (CEA) del Hospital Clínic de Barcelona: *Document sobre adequació del tractament de suport vital en el període de pandèmia SARS-CoV-2.* (marzo 2020)

4. Recomendaciones de consenso

El Observatorio de Bioética y Derecho-Catedra Unesco de Bioética de la Universidad de Barcelona, habiendo recibido múltiples solicitudes de asesoramiento por parte de diversas personas y entidades, efectúa esta propuesta cuyo marco de referencia son los derechos humanos internacionalmente reconocidos y los principios bioéticos de respecto a las personas, beneficencia, equidad y transparencia, así como la normativa existente. Partiendo, además, de los documentos antes mencionados y, muy especialmente, el del Comité de Ética Asistencial del Hospital Clínico de Barcelona, el OBD propone las siguientes consideraciones y pautas de actuación:

A) Cuestiones a considerar previamente:

A1: Previsión de la evolución de la pandemia en el ámbito local concreto.

A2: Valoración de los recursos disponibles, ya que estos modularán las decisiones que se deben **tomar**. La aplicación de los criterios de triaje debe estar precedida del esfuerzo de maximizar la posibilidad de disponer y distribuir recursos de forma equitativa entre la población afectada. Es decir, el triaje se contemplaría en el contexto de falta de recursos disponibles tanto humanos como materiales, tras haber agotado todos los recursos tanto intra como extrahospitalarios. Ello incluye la adaptación de nuevos escenarios (habilitación de camas de UCI en otros espacios) y la transferencia de pacientes entre centros con disponibilidad del recurso.

A3: Valoración del beneficio esperado para cada paciente concreto, especialmente, de la esperanza y la calidad de vida esperada. No solo atendiendo a la edad sino también a su situación global de salud (comorbilidades y la situación evolutiva concreta de estas comorbilidades).

A4: Valoración de la evolución clínica y de la respuesta a las medidas instauradas.

A5: Valoración de los deseos de los pacientes y de su familia (que pueden ser difíciles de conocer en circunstancias determinadas). Se debe realizar la consulta correspondiente para saber si existe un documento de voluntades anticipadas.

A6: En situación de grave dificultad, con desajustes entre la oferta y la demanda, se deberá maximizar el beneficio. Por ello, las decisiones se centrarán en aquellos pacientes que puedan obtener mayor beneficio, y el triaje se realizará de forma anónima, de manera que los responsables valoraran los datos clínicos sin conocer la identidad del paciente.

En A3 y A4: es necesario apoyarse tanto como sea posible en criterios objetivos utilizando escalas de situación funcional, pronóstico y gravedad con las que se esté familiarizado: índice de edad-comorbilidad de Charlson, índice de Barthel, MACA, edad, APACHE3, SOFA y SOFA evolutivo. No solo ayudan a tomar decisiones, también reducen estrés al personal facultativo.

B) Pautas de actuación:

B1: Se les realizará una valoración precoz y proactiva a los pacientes que potencialmente puedan ser candidatos de ingreso en la UCI; que incluya su situación funcional, cognitiva y de comorbilidad previas, para evitar la toma de decisiones en situación de urgencia.

B2: Se evaluará la comorbilidad del paciente para determinar si las patologías que presenta están en fase avanzada o terminal. En este sentido, se pueden usar los criterios *Patient Chronic Complex (PCC)* y/o *Enfermedades crónicas avanzadas (MACA)*. En estos casos se limitará tanto el ingreso en la UCI como otras medidas de soporte a los órganos.

B3: En la fase de la pandemia en la que los recursos son escasos (de personal especializado, de material o de espacios) y no existen alternativas de traslado a otras instituciones, se debe establecer previamente una priorización en el acceso y utilización de dichos recursos. Esto se llevará a cabo estableciendo los criterios específicos para acceder a esos recursos y fijando previamente en qué momento posterior se tomará la decisión de continuar con el tratamiento iniciado o de cambiar a otro de nivel inferior, sin abandonar al paciente y garantizando siempre el confort.

En cuanto a la edad, se debe de considerar el soporte respiratorio máximo en formas distintas a la ventilación mecánica con intubación y oxigenoterapia de alto flujo a los pacientes mayores de 80 años con comorbilidades. Los pacientes entre 70 y 80 años sin comorbilidades destacables o con comorbilidad en fase diferente de la referida en el apartado B2 podrían ser candidatos a ventilación mecánica. En caso contrario se debe valorar otros procedimientos terapéuticos con la ayuda de los criterios más objetivos y contrastados posibles (ver anexo).

B4: Se evaluará limitar el tratamiento de soporte vital en aquellos pacientes en los que se han instaurado medidas invasivas y que evolucionan de forma desfavorable. Esto hará de acuerdo a parámetros objetivos -como el SOFA-revisados de forma diaria, considerando el tratamiento condicional y priorizando la retirada del tratamiento sobre el no incremento de medidas terapéuticas (estos momentos la Limitación del Esfuerzo Terapéutico, LET, debe ser rápida y una vez se ha tomado la decisión suministrar al paciente solo medidas de confort)

B5: Lo ideal es que las decisiones se tomen por un Comité de Triage hospitalario -formado como mínimo por un miembro del CEA y un médico intensivista- y, además, que las medidas se establezcan anticipadamente y no en situaciones de urgencia. En caso de que el criterio profesional difiera razonablemente de las indicaciones antes mencionadas, se debería tomar una decisión consensuada con el resto del equipo asistencial y efectuar una consulta al CEA.

En situaciones en las cuales las condiciones epidemiológicas sean diferentes y no exista la posibilidad de consultar a un CEA conviene establecer como medida de toma de decisiones y parámetro de acción “el apoyo en situación terminal”.

B6: Estas recomendaciones deben ser reevaluadas de forma dinámica, en función de la evolución de la pandemia y de la disponibilidad de los recursos.

B7: Se asegurará a todos los pacientes la adecuación de los cuidados al final de la vida priorizando el confort y el alivio de los síntomas.

B8: Se deben arbitrar medidas de soporte emocional para los profesionales implicados en la toma de decisiones que puedan ayudar a manejar estas situaciones de crisis.

Siempre que sea posible, estas decisiones extraordinarias provocadas por la pandemia actual se tomarán de manera colegiada por 2 o 3 médicos de los cuales solo uno deberá estar implicado en el tratamiento del paciente concreto. Esta medida ayudará a los equipos implicados en la atención directa, ante unas actuaciones de enorme dificultad.
--

Las decisiones de no acceso a la unidad deberán estar sujetas a evaluación dinámica para adecuar los criterios excepcionales a la realidad actual.
--

La historia clínica del paciente debe reflejar de manera razonada la toma de decisiones.
--

Anexos:

Tablas elaboradas por la Dra. Teresa Honrubia

Tabla 1. Diferenciación entre la limitación del tratamiento de soporte vital y el triaje

Limitación del tratamiento de soporte vital	Triaje (Priorización para racionamiento)
Lo que es mejor (o menos malo) para un paciente	Lo que es lo mejor para el mayor número posible de pacientes No admite el “azar” de llegar primero
No se tienen en cuenta factores económicos ni ningún elemento de eficiencia, solo al paciente	Reparto de recursos escasos: humanos y materiales. Coste-oportunidad... Fundamental: equidad entre pacientes, centros, servicios, tipos de pacientes (COVID-19 y otras patologías)
La toma de decisiones la hace el equipo asistencial junto con el paciente (o familia)	Toma de decisiones “fuera” del equipo asistencial: comité de triaje
Habitual en la práctica clínica	En situaciones excepcionales o en determinadas circunstancias en las que los recursos son siempre escasos, p. ej., trasplantes
Actuación con protocolos establecidos por los centros y servicios	Revaluación periódica frecuente según las circunstancias externas
Actuación médica apoyada en la medida de lo posible en datos y criterios objetivos y contrastados	
Anticipación para evitar la toma de decisiones en situación de estrés por la urgencia	
El valor moral de no instaurar es el mismo que el de retirar	
Comunicación. Documentar en la historia clínica	

⁽¹⁾ Comité hospitalario formado como mínimo por un miembro del CEA y un intensivista que deberá reunirse y analizar a diario los posibles pacientes candidatos a pasar a un escalón asistencial superior.

Tabla 2. Justificación de uso de la edad como criterio para racionar el ingreso en UCI hospitalaria durante la crisis del coronavirus ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

Menor probabilidad de supervivencia.	La edad tiene un gran peso en los principales índices pronósticos tanto a corto como a medio plazo. En el caso de la COVID-19, la mortalidad se duplica por cada 10 años de vida. De manera que, a partir de los 50 años la mortalidad se incrementa un 2%, a partir de los 60 un 4% y así sucesivamente.
Estancias más prolongadas (a igual supervivencia)	Las estancias más prolongadas tienen asociado todavía mayor coste de oportunidad, es decir sustraen recursos a otros que también los necesitan.
Menor ganancia de años de vida ajustados por calidad	Menor supervivencia libre de discapacidad.
Han desarrollado la mayor parte de su proyecto vital	

⁽²⁾ Los argumentos arriba mencionados se suman a los criterios de ingreso en UCI o de limitación de los tratamientos de soporte vital habituales aplicables a pacientes con y sin COVID-19. En todo caso se tendrá siempre en cuenta: (i) La gravedad, (ii) la situación basal y funcional y (iii) las comorbilidades.

⁽³⁾ Estos argumentos no entran a juzgar, ni en general ni mucho menos individualmente, la calidad y el valor de la vida de las personas de edad avanzada.

⁽⁴⁾ Esta justificación no es solo para uso de los facultativos, sino que es una síntesis de argumentos que pueden ser útiles para hablar con los pacientes y sus familiares.

Listado de participantes:

María Casado

Doctora en Derecho. Catedrática de Universidad. Directora del Observatorio de Bioética y Derecho y del máster en Bioética y Derecho. Titular de la Cátedra Unesco de Bioética de la Universitat de Barcelona.

Marta Consuegra Fernández

Doctora en Biomedicina de la Universitat de Barcelona. Investigadora, redactora científica y profesora del máster en comunicación especializada de la UB.

Mirentxu Corcoy

Catedrática de Derecho Penal de la Universitat de Barcelona. Miembro del Observatorio de Bioética y Derecho de la UB.

María Cruz Martín Delgado

Doctora en Medicina. Médico intensivista. Hospital Universitario de Torrejón. Madrid. Ha sido presidenta de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC 2017-2019).

Fernando Estévez Abad

Doctor en Medicina. Docente de la Facultad de Medicina en la Universidad de Cuenca, Ecuador. Médico del Hospital Santa Inés y director del Departamento de Neurofisiología Clínica, Cuenca.

Fernando García López

Doctor en Medicina. Especialista en epidemiología de la Instituto Carlos III, de Madrid. Miembro del Observatorio de Bioética y Derecho de la UB.

Ricardo García Manrique

Doctor en Derecho. Catedrático de Filosofía del Derecho, Universitat de Barcelona. Miembro del Observatorio de Bioética y Derecho de la UB.

Teresa Honrubia

Doctora en Medicina. Exjefa de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de Móstoles, Madrid.

Itziar de Lecuona

Doctora en Derecho y profesora agregada del Departamento de Medicina de la Universitat de Barcelona. Secretaria de la Facultad de Medicina, UB. Subdirectora del Observatorio de Bioética y Derecho de la UB.

Fabiola Leyton

Doctora en Filosofía. Profesora asociada de Filosofía del Derecho y del Máster en Alimentación, Ética y Derecho de la Universitat de Barcelona. Miembro del Observatorio de Bioética y Derecho de la UB.

Manuel J. López Baroni

Doctor en Derecho y en Filosofía. Profesor de Filosofía del Derecho de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla. Coordinador del Máster en Bioética y Derecho de la UB.

Gemma Marfany

Doctora en Biología. Catedrática de Genética de la Universitat de Barcelona. Miembro de la Comisión de Bioética de la UB.

Ferran Masanés

Doctor en Medicina. Médico internista. Presidente del Comité de Ética Asistencial, Hospital Clínico de Barcelona.

Joaquim Martínez Montauti

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Interna. Miembro del Observatorio de Bioética y Derecho de la UB.

Mónica Navarro-Michel

Doctora en Derecho. Profesora de Derecho Civil de la Universitat de Barcelona. Miembro del Observatorio de Bioética y Derecho de la UB.

Josep Santaló

Doctor en Biología. Catedrático de Biología Celular de la Unidad de Biología Celular de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Yasmina Soto

Máster en Gestión de Contenidos Digitales de la Universitat de Barcelona. Co-coordinadora del Máster en Bioética y Derecho de la UB.

Albert Royes y Qui

Doctor en Filosofía. Profesor jubilado de Ética Médica de la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona. Secretario de la Comisión de Bioética de la UB.



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