

BIOÉTICA EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID-19

BIOETHICS IN PANDEMIC'S TIME COVID -19

Dra. Marcela Concha V.^{1,2}, Dra. Paola Gómez P.^{2,3}, EU. Francisca Tuteleers T.^{2,4}, Dra. María Arzola R.¹, Dr. Gastón Duffau T.⁵

1.- Pediatra Intensivista Clínica INDISA, Santiago de Chile.

2.- Maestrante en Bioética Universidad Europea del Atlántico, Universidad Internacional Iberoamericana

3.- Pediatra, Unidad de Cuidados Intensivos Clínica INDISA.

4.- Enfermera Universitaria, Unidad de Cuidados Intensivos Clínica INDISA, Santiago de Chile.

5.- Pediatra, Universidad de Chile, Profesor titular Universidad de Chile.

ABSTRACT

The current CoVID-19 pandemic has changed the world. The role of bioethics is to help us prioritize our values and put them ahead of our personal interests. We have examples of pandemics throughout history, but these happened in completely different living conditions, and decisions were made based on different scenarios. Today, we are facing a society with diverse and especial needs, and advanced technologies that allow us to "save lives". At the same time, our health systems need to make crucial decisions such as who should get the last bed?, the last ventilator?, how to properly manage sensitive populations (e.g., the elderly, patients with chronic or unknown conditions). This is further exacerbated if we consider the limited hospital capacity and lack of basic sanitary resources that countries face. In absence of a definitive treatment and vaccine for this virus, studies that are not properly structured, from an ethics point of view, are being conducted, hence leading to a problematic situation. In this work, we aim to provide a broad overview of the bioethics situation we are facing around the world. It is important to note that at this time there are not sufficient articles of scientific validity available. Resources currently available mostly show experts' opinions on the problem. This is understandable given that the time we have to experiment and find a vaccine for CoVID-19 is rather limited. This pandemic has brought us to a completely new, global situation, and most of us do not have any prior experience with this type of scenarios. In the midst of all, we hope that this global crisis can lead us to a change in society, where we pursue equity and we become more empathetic human beings.

This article summarizes the confrontation of the principles of bioethics with the current pandemic situation

Keywords: CoVID-19, bioethics, beneficence, distributive justice, no maleficence.

RESUMEN

La pandemia de CoVID-19 ha cambiado al mundo. La bioética nos ayuda a ordenar y a colocar nuestros valores por sobre nuestros intereses. La historia nos relata pandemias, pero las condiciones de vida fueron completamente diferentes y las decisiones fueron tomadas en escenarios distintos. Actualmente nos vemos enfrentados a una sociedad con diversas necesidades especiales, una tecnología avanzada que permite "salvar vidas", esto sumado a la imperiosa necesidad de tomar decisiones por parte de los sistemas de salud que están sobrepasados por la situación epidemiológica actual. Así tener que ser parte de la decisión sobre a quién otorgar "la última cama" o "el último ventilador mecánico", además del adecuado manejo de ancianos, pacientes con enfermedades crónicas o sin un pronóstico conocido, se ha vuelto una realidad. Esto se ve vinculado a las deficiencias que afrontan los países en cuanto a la capacidad hospitalaria y de insumos sanitarios básicos. La situación de no tener un tratamiento, una vacuna y la realización de estudios que éticamente no están bien estructurados, llevan a un dilema difícil de resolver. En este artículo se resume el enfrentamiento de los principios de la bioética con la situación de la pandemia actual. Por eso es que decidimos hacer una revisión de lo que sucede a nivel mundial desde el punto de vista bioético, a pesar de que la bibliografía es de escaso contenido científico y se encuentra mayoritariamente como opinión de expertos. Esta pandemia es una condición nueva, no tenemos experiencias, solo esperamos que sirva para una reflexión que lleve a una sociedad más justa y a ser personas más empáticas.

Palabras Clave: CoVID-19, bioética, beneficencia, justicia distributiva, no maleficencia.

El CoVID-19 es causado por el virus SARS-CoV-2, que se detectó por primera vez en la ciudad china de Wuhan (provincia de Hubei), en diciembre de 2019. Expandiéndose de una manera rápida a todo el mundo, por lo que el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la

declaró pandemia. (1). El concepto de pandemia es conocido como "la afectación de una enfermedad infecciosa de los humanos a lo largo de un área geográficamente muy extensa" (2).

A lo largo de la historia mundial varios episodios infecciosos han causado la muerte de millares de personas; recapitulando un poco podemos mencionar los datos históricos de pandemias: en la edad media la peste negra o bubónica (1347-1351), empezó en Asia y llegó hasta Europa, dejó entre 50 a 200 millones de muertos. La nueva peste negra (1885-1920), comenzó en China y se extendió por varios países de

Correspondencia:

Dra Marcela Concha

Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica INDISA

Avenida Santa María 1810, Santiago de Chile

gasmarce@yahoo.com

Asia y el Caribe; con 12 millones de muertes. Durante la gripe española (1918 - 1920), provocada por el virus de la gripe A del subtipo H1N1; se calcula que murieron al menos 50 millones de personas en todo el mundo (3). La gripe asiática (1957 - 1958), provocada por el virus Influenza A H2N2, dejó alrededor de dos millones de muertos. En 1968 la gripe de Hong Kong, causada por otro virus Influenza H3N2 con un millón de personas fallecidas. El Ebola fué descrito en 1976, pero no es hasta el 2014 y 2016 que se produce la epidemia más extensa, con dos brotes simultáneos en el sur de Sudán y en la República Democrática del Congo. El SARS 2002–2003 coronavirus SARS-CoV, se la considera la primera pandemia del siglo XXI; hubo 774 muertes oficiales y 8.098 infecciones en 29 países de todo el mundo. En el año 2009 la gripe A o H1N1 o gripe porcina, variante de Influenza virus A (subtipo H1N1) se expandió por casi todos los países con una tasa de contagio muy alta, pero letalidad baja; está fué la última vez que la OMS calificó un brote como pandemia antes de la del CoVID-19 (4). El MERS-CoV con un brote inicial en el 2012 tuvo 2.494 casos (el 80% de ellos en Arabia Saudí, que es donde comenzó la enfermedad) en 27 países y 858 muertes, pero han habido algunos rebrotes, como el que sucedió en Corea del Sur en 2015 (5).

Desde diciembre del 2019, con la detección de este nuevo virus SARS- CoV-2, varios países decidieron comenzar a tomar medidas preparándose para lo que podría venir.

En Chile, el 3 de marzo del 2020 se informa el primer caso confirmado de CoVID-19 (6), desde entonces, la cifra de contagiados y fallecidos sube a diario. Las medidas a nivel país han ido avanzando, llegando a declararse estado de catástrofe y con ello la utilización de fondos para enfrentar la crisis, preparación de lugares para recibir a enfermos, etc. A pesar de todas estas medidas las preguntas son varias y difíciles de contestar: ¿Será esto suficiente? ¿El sistema de salud está listo para enfrentar una pandemia de la magnitud que estamos viendo en otros países? ¿Cuál será la conducta frente a la falta de ventiladores mecánicos? ¿El personal de salud está preparado psicológicamente para esto? Una de las incógnitas que más nos afecta y siguiendo los principios bioéticos es ¿A quién dar salud? ¿Es justo limitar el acceso a la salud por edad, condiciones físicas, u otras razones clínicas?

Es necesario recordar algunas definiciones bioéticas, conociendo que esta ciencia toma importancia inicialmente en el año 1974 con la creación de la "Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica" en EEUU, así en 1978 se publica el "Informe Belmont"(7), en donde se plantean los tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia; pero esto sólo involucra los dilemas éticos de investigación en seres humanos. En 1979 (8), se reformulan estos principios para ser aplicados a la ética asistencial, esto fue realizado por Tom L. Beauchamp, miembro de la Comisión Nacional de EEUU, y James F. Childress, así se publica el libro "Principios de ética biomédica"(9); estableciéndose cuatro principios: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

Al hablar de autonomía nos referimos al derecho de una persona a ser respetada, a reconocer sus puntos de vista, elegir y a realizar acciones basadas en valores y creencias

personales. Respecto a la autonomía del paciente, obliga a los profesionales a revelar la voluntariedad y a potenciar la participación del individuo en la toma de decisiones.

El principio de no-maleficencia, hace énfasis en la obligación de no infringir daño intencionadamente. Definiciones más específicas se refieren a los intereses físicos y psicológicos como la salud y la vida. Los daños físicos incluyen el dolor, la discapacidad y la muerte.

La beneficencia consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros. Mientras que la no-maleficencia implica la ausencia de acción, la beneficencia incluye siempre la acción. Una manera más simple hace referencia a los actos de buena voluntad, amabilidad, caridad, altruismo, amor o humanidad. En el ámbito de la medicina se refiere a que antes de realizar un tratamiento a un paciente, estamos obligados a hacer un balance de sus beneficios y riesgos. (10).

El término justicia distributiva nos lleva al principio de la distribución imparcial, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social. Sus aspectos incluyen las políticas que asignan beneficios diversos y cargas tales como propiedad, recursos, privilegios y oportunidades. Sobre el principio de justicia en bioética un autor especialmente relevante es Norman Daniels (11), quien entiende que la sociedad tiene la obligación de proteger la igualdad de oportunidades de todos sus miembros. Por eso hay que examinar las implicancias de las acciones que se siguen las instituciones sanitarias, pues han de reformarse si no son capaces de garantizar esa igualdad de oportunidades, que viene potenciada por el acceso igualitario a los cuidados de la salud. (12).

Esta pandemia es un desafío bioético para la salud pública de los estados, que como se explicó en los párrafos anteriores, tienen el deber ético de proteger a los ciudadanos del contagio, por lo que se han tomado decisiones que son claves para evitar la propagación de la enfermedad. Por otro lado los ciudadanos están en la obligación moral de obedecer las pautas recomendadas por las autoridades sanitarias, ya que el bien común debe prevalecer sobre los intereses particulares.

Klugmann, (13), propone realizar todo un proceso de preparación en la situación de contingencia y define la escasez de recursos y algunas soluciones en el estado de crisis. Se toma de base el documento del departameto de salud de Minnesota (14), en el que se consideran recomendaciones éticas básicas para tomar decisiones en el "triage", palabra que viene del francés Triage y que tiene la misma etimología que trillar o cribar o separar, de esta manera en el área de la salud, significa clasificar a los pacientes según la necesidad de atención que requiere, lo que es de importancia para armonizar las necesidades de las personas que acuden a un hospital con los recursos disponible de este (15). En la situación de pandemia esto se ha vuelto una situación que se vive cada minuto en los servicios de salud, empleándose para decidir quién ingresa a una cama de cuidados intensivos o quien va a utilizar el ventilador mecánico disponible. Es por esto que se hace necesario mencionar algunos de los items del documento de salud de Minnesota:

1. No tomar nunca las decisiones en soledad, por una sola persona, nadie puede escoger entre la vida y la muerte. La decisión colegiada aumenta la creatividad y asegura que están representadas distintas perspectivas de la situación.
2. Todas las vidas valen igual. No importa ninguna de las condiciones que acompañan al paciente. Todos los pacientes deben ser tratados de igual forma.
3. Si se establece una escala de priorización, debe ser respetada por todos. No existe una escala única e ideal, pero la que se utilice debe ser igual para todos.
4. Todos los profesionales que se dedican a servicios esenciales, deben priorizar su cuidado en la atención de los demás pacientes, tanto en uso de insumos de protección como en cuidados frente a un posible contagio. Así mismo, respetar los periodos de aislamiento y de regreso a su trabajo a favor de la comunidad, sin arriesgar su propia vida.
5. Mantener una comunicación clara y transparente con el paciente o sus familiares es de importancia máxima, podría ser duro y difícil, pero a largo plazo resulta lo más adecuado.
6. El racionamiento de recursos debe hacerse por sectores y no por hospitales. Y debe hacerse siempre antes del estado de crisis.

Parte fundamental en estos tiempos es la ética enfocada en la responsabilidad de los comunicadores sociales, los que deben informar correctamente a la población, sin causar alarmas o falsas expectativas, a fin de que los ciudadanos estén al tanto de las medidas de prevención que los protejan, evitando el pánico con noticias dramáticas que distorsionen la realidad y puedan crear conflictos sociales. Además, está el compromiso de los profesionales de la salud, que ante emergencias como una epidemia, deben recordar su deber ético de atender a los enfermos aún a riesgo de contagiarse, porque pertenece a la vocación de servicio a la salud, la solidaridad hacia los más vulnerables y poner sus saberes y capacidades para ayudar en tales situaciones, en bien de los ciudadanos.

Es necesario tener muy en cuenta el principio de justicia, de tal manera que se distribuya la atención de la salud en forma igualitaria a toda la población que la requiera y no solo a un sector de la misma. Incluso, si no alcanzan los recursos hay que tomar decisiones justas para determinar cómo se racionarán los insumos, atendiendo a los más vulnerables en primer lugar.

Aún no está claro ni ha sido motivo de gran discusión la estrategia para evitar el colapso psicológico del personal de salud de primera línea durante esta pandemia, ya que se viven situaciones límites que desbordan y no dan tiempo de ser asimiladas. Llega un momento donde la psiquis se quiebra y puede derivar a un aumento de intentos de suicidio o a hechos ya consumados de personal de salud, que se quita la vida ante la impotencia de manejar las experiencias al límite. (16).

Uno de los dilemas mas cuestionados es el de

“la última cama” o el “elegir pacientes”, situación que se ven enfrentados todos los países debido a la cantidad de pacientes infectados por CoVID-19 versus la capacidad hospitalaria. En estos casos es donde el principio terapéutico y el principio de justicia se hacen difíciles de combinar. Dentro de los distintos artículos que tratan sobre este tema, destaca el de la Sociedad Italiana de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Cuidados Intensivos (17), en el que se indicó favorecer “la mayor esperanza de vida” entre los que deben ser hospitalizados en UCI. En este caso hay que considerar dos opciones:

1. Criterio de temporalidad, donde se ofrece tratamiento a aquellos que acuden primero. Aquí se destaca la dedicación del médico a cada paciente que lo necesita y a quienes ofrece todos los recursos disponibles. Desafortunadamente se puede caer en un dilema ético-deontológico al extender tratamientos sin una justificación real.

2. Criterio de pronóstico, reservando los recursos disponibles para aquellos que pueden beneficiarse más, teniendo más posibilidades de ser salvados. El médico debe tener en cuenta los recursos y esforzarse por identificar la proporcionalidad de continuar un tratamiento. Esto no significa quitarle los recursos a otro, sino decidir que ya no es proporcional para el otro. Entonces el dilema esta en identificar la proporcionalidad y desproporcionalidad de los tratamientos. Esta es la razón por la cual los consejos de ética clínica de cada hospital deben ayudar al médico que debe tomar las decisiones, apoyándolo en esta elección. (18).

Según las estadísticas y lo observado, la afectación al área pediátrica no es tan severa como en los adultos, pero en este grupo etario hay que considerar un grupo de niños que requiere una atención especial, como son los pacientes con enfermedades crónicas que exigen más dedicación y cuidado.

Se necesita con urgencia trabajar algunos temas muy frecuentes que apremian a quienes tienen que decidir. Estos son ingreso a las unidades de cuidados intensivos, uso de ventiladores invasivos o no invasivos, cirugías cardíacas en pacientes con genopatías y apoyos que serán otorgados a los pacientes con problemas neuro-musculares progresivos (19). Respecto a pacientes de avanzada edad o adulto mayor, algunos países como Italia, decidieron que los mayores de 80 años, no serían en ningún caso candidatos al beneficio de ventilación mecánica (20); tema que lleva consigo la falta a los principios básicos bioéticos.

Es imperiosa la búsqueda de tratamientos y vacunas para combatir a este virus, lo que ha hecho que múltiples centros a nivel mundial inicien sus trabajos científicos, pero esto debe ser bajo las leyes y normas que regulan la investigación biomédica. Existe la Ley de Investigación Biomédica 14/2007, emitida en España (21), que declara diferentes procedimientos y normas que se deben cumplir para desarrollar nuevos productos de uso humano. Aunque el tiempo apremia en el avance de esta pandemia, se deben cumplir con los tiempos y etapas necesarias para la investigación y con los primeros principios de la bioética: no maleficiencia y no beneficiencia.

Como seres humanos y personal de salud debemos guiarnos por los principios éticos, más que por nuestros pensamientos y convicciones. Los recursos, leyes y reglas éticas están disponibles, por lo que si hay dudas, hay que recurrir a expertos, incluso para evitar un mayor stress emocional y psicológico que se suma al del manejo de los pacientes con la exigencia que demanda esta pandemia.

Los autores declaran no tener conflictos de interés

REFERENCIAS

- Ghebreyesus, T; "La OMS considera que brote de coronavirus califica como una Pandemia Global". Ginebra, 11 marzo 2020. [Internet] Chile: Ministerio de Salud Pública; Available from <http://www.minsal.cl>
- Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2014). «pandemia». Diccionario de la lengua española. (23.ª edición). Madrid: Espasa. ISBN 978-84-670-4189-7
- Lederman, W; "El hombre y sus epidemias a través de la historia"; Rev. Chil. Infec. Edición aniversario 2003; 13-17
- LePan, N; "Una Historia visual de las pandemias"; World Economic Forum, Marzo 20, 2020.
- Centros para el control y prevención de enfermedades, Centro Nacional de Vacunación y Enfermedades Respiratorias (NCIRD); Pandemia H1N1 del 2009 (virus H1N1pdm09), Marzo 2018
- Boletín informativo: "Ministerio de Salud confirma primer caso de Coronavirus en Chile". Instituto de Salud Pública (ISP). Laboratorio del Hospital Guillermo Grant Benavente. Chile, 3 marzo 2020 [Internet] Chile: Ministerio de Salud Pública; Disponible en: <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-confirma-primer-caso-de-coronavirus-en-chile/>
- "El Informe Belmont, Principios y Guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación Biomédica y del comportamiento" U.S.A. Abril 18 de 1979 [Internet]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.es> and <http://www.bioeticaidret.cat>.
- "Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de Investigación". Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Departamento de salud, Educación y bienestar de los Estados Unidos de Norteamérica. 18 de abril de 1979. [Internet] <http://www.medicina.uc.cl/docman/358/doc>
- Beauchamp T L, Childress J F. "Principles of biomedical Ethics". 6a ed. New York: Oxford University Press, 2009.
- Siurana Aparisi, Juan Carlos. "Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural". Veritas, Valparaíso, n.22, p. 121-157, marzo 2010. [Internet] Accedido en 19 abr. 2020. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>.
- Daniels N; "Why justice is good for our health" "Interfaces between bioethics and the empirical social sciences". Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2002.
- Cfr. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, "Informe Belmont de 30 de septiembre de 1978. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación", en M. CASADO (con la colaboración de S. Darío Bergel, M. Dobernig, G. Figueroa Yáñez y A. Sánchez Urrutia); Las leyes de la bioética. Gedisa, Barcelona 2004, 85-111.
- Klugman, C. Crónicas del Covid: ¿Qué significa "Triage", como se hace y cuando lo necesitaremos. Marzo 17, 2020 [Internet] Available from: <http://www.bioethics.net>.
- Troug, Robert, M.D, The Toughest Triage- Allocating Ventilators in a Pandemic, marzo 2020. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005689>
- "Covid-19: protecting health-care workers. Editorial". The Lancet. [Internet] [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30644-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30644-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc).
- Sociedad de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Cuidados intensivos Italiana; "Atender a quien pueda sobrevivir: el protocolo para las UCI de Italia" Marzo 14, 2020 [Internet] Available: <http://www.siaarti.it/News/raccomandazioni-etichedelibera-regione-piemonte.aspx>
- Italian Society of Anesthesia, Analgesia, Resuscitation and Intensive Care (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva [SIAARTI]). Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances [Internet] Available from <http://bit.ly/2x5mZ6Q>. b
- Araneda, I.; "Bioética y pediatría: relación médico - familia del paciente" Revista Médica Clínica Las Condes. Volume 22, Issue 2, March 2011, Pages 238-241
- Italian Society of Anesthesia, Analgesia, Resuscitation and Intensive Care (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva [SIAARTI]). Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances [Internet] Available from: <http://bit.ly/2x5mZ6Q>. b
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. Jefatura del Estado «BOE» núm. 159, de 4 de julio de 2007 Referencia: BOE-A-2007-12945 Texto Consolidado. Última modificación: 2 de junio de 2011 [Internet] Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-12945>