

Βιοηθικά διλήμματα κατά την πανδημία της Covid-19: διαλογή (triage) ασθενών για νοσηλεία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

Γεώργιος Κρανιδιώτης

Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πανδημία της COVID-19 ασκεί μεγάλη πίεση στα συστήματα υγείας και ειδικά στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Όταν η ζήτηση για κλίνες ΜΕΘ υπερβαίνει την προσφορά, καθίσταται αναγκαία η διαλογή (triage), δηλαδή ο ιατρός καλείται να αποφασίσει ποιοι ασθενείς θα εισαχθούν στη ΜΕΘ και ποιοι όχι. Παρουσιάζονται τα κριτήρια που έχουν προταθεί για τη διαλογή, η ηθική τους θεμελίωση και οι περιορισμοί τους. Το βασικό επίδικο είναι το αν πρέπει να λαμβάνεται υπόψη μόνον η πρόγνωση της οξείας διαταραχής ή/και η πρόγνωση των χρονίων υποκειμένων νοσημάτων και η ηλικία. Πολλές ευρωπαϊκές χώρες προχώρησαν στην έκδοση σχετικών οδηγιών, οι οποίες διαφέρουν μεταξύ τους.

Λέξεις ευρετηρίου: βιοηθική, Covid-19, διαλογή, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Παραπομπή

Γ. Κρανιδιώτης. Βιοηθικά διλήμματα κατά την πανδημία της Covid-19: διαλογή (triage) ασθενών για νοσηλεία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(3): 399-407

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πανδημία της COVID-19 ασκεί παγκοσμίως μεγάλη πίεση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και ειδικά στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Σε πολύ βραχύ χρονικό διάστημα, ένας τεράστιος αριθμός ασθενών με αναπνευστική ανεπάρκεια που χρήζουν μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής εισάγεται στα νοσοκομεία, υπερκαλύπτοντας τις διαθέσιμες κλίνες ΜΕΘ. Υπάρχει έντονη ανησυχία ότι, σε πολλές χώρες, ασθενείς που θα μπορούσαν να επιβιώσουν ενδέχεται να πεθάνουν λόγω

έλλειψης αναπνευστήρων. Υπ' αυτές τις συνθήκες έκτακτης ανάγκης και ακραίας υπερφόρτωσης του συστήματος υγείας, ανακύπτουν σοβαρά βιοηθικά διλήμματα: Η ηθική υποχρέωση του ιατρού για την παροχή φροντίδας στον καθ' έκαστον άρρωστο συγκρούεται με πολιτικές δημόσιας υγείας που αποσκοπούν στη μεγιστοποίηση του οφέλους για τον μεγαλύτερο αριθμό ασθενών. Όταν η ζήτηση για κλίνες εντατικής θεραπείας υπερβαίνει την προσφορά, καθίσταται αναγκαία η διαλογή (triage), δηλαδή ο ιατρός καλείται να αποφασίσει ποιοι ασθενείς θα εισαχθούν στη ΜΕΘ και

ποιοι όχι. Όμως, ποια είναι τα κριτήρια βάσει των οποίων θα ληφθεί η εν λόγω απόφαση [1]; Παρακάτω παρουσιάζονται τα κριτήρια που προτάθηκαν, η ηθική τους θεμελίωση, καθώς και οι περιορισμοί τους.

Η **μεγιστοποίηση του οφέλους (maximization of benefit)** μπορεί να εξειδικευθεί ως σωτηρία είτε των περισσότερων ατομικών ζώων είτε των περισσότερων ετών ζωής (life-years). Στη μεν πρώτη περίπτωση, λαμβάνεται υπόψη μόνον η πρόγνωση της οξείας διαταραχής, ενώ στη δεύτερη μαζί μ' αυτήν συνεκτιμώνται η πρόγνωση των χρονίων νοσημάτων και η ηλικία του ασθενούς, ήτοι δίνεται προτεραιότητα στους αρρώστους που προβλέπεται πως θα ζήσουν περισσότερα χρόνια μετά την εφαρμογή της θεραπείας. Η απόλυτη **ισότητα (equity)** στην παροχή περίθαλψης θα επέβαλε την εισαγωγή στη ΜΕΘ είτε βάσει της χρονικής σειράς προσέλευσης ("first come, first served") είτε μέσω εντελώς τυχαίας επιλογής, π.χ. με κλήρωση (lottery). Η προαγωγή ή ανταμοιβή της **εργαλειακής αξίας (instrumental value)** των ατόμων, τουτέστιν της χρησιμότητάς τους - λαμβανομένης αντιστοίχως προοπτικά ή αναδρομικά - για την αντιμετώπιση της πανδημίας, οδηγεί στην πρόκριση των επαγγελματιών υγείας και των συμμετεχόντων σε κλινικές δοκιμές. Τέλος, η προτίμηση αυτών που βρίσκονται στη **χειρότερη κατάσταση (worst off)** δυνατόν να υλοποιηθεί ως επιλογή είτε των βαρύτερα νοσούντων είτε των νεωτέρων σε ηλικία, καθώς οι τελευταίοι, αν πεθάνουν χωρίς να τους προσφερθεί θεραπεία, θα έχουν ζήσει τις βραχύτερης διάρκειας ζωές [2].

Η εισαγωγή στη ΜΕΘ βάσει της αρχής "first come, first served" είναι άδικη για τους ασθενείς που τυχαίνει να διαμένουν μακριά από τις υγειονομικές δομές ή η πρόσβασή τους σε αυτές είναι δυσχερής για κοινωνικο-οικονομικούς λόγους ή εξαιτίας αναπηρίας ή άλλων προβλημάτων υγείας ή δυσκολιών στην επικοινωνία και τη μετακίνηση. Επίσης, θα ενθάρρυνε τον συνωπισμό στα νοσοκομεία, ακόμη και τη βία, σε μια περίοδο όπου επιβάλλεται η τήρηση αποστάσεων ασφαλείας. Τέλος, η αρχή αυτή είναι άδικη και για έναν επιπλέον λόγο: Καταλήγει να αποκλείει από τη θεραπεία ανθρώπους οι οποίοι, ένεκα της αυστηρότερης προσήλωσής τους στα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας, συνέβη να αρρωστήσουν αργότερα [2,3]. Η κλήρωση δεν ενέχει τα παραπάνω μειονεκτήματα και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως "tiebreaker" επί ασθενών με όμοιες προγνώσεις [2]. Ωστόσο, το υγειονομικό προσωπικό δεν είναι εξοικειωμένο με τη διαδικασία, πράγμα που πιθανόν να οδηγήσει σε απώλεια πολύτιμου χρόνου [4].

Η πρόκριση των επαγγελματιών υγείας, λόγω της μελλοντικής χρησιμότητάς τους για το σύστημα περίθαλψης και κατ' επέκτασιν για τη σωτηρία της ζωής των συνανθρώπων τους - επιπροσθέτως δε επειδή η αντικατάστασή τους είναι δύσκολη, εξαιτίας της μακράς και ειδικής εκπαίδευσης που απαιτείται - προσκρούει στις εξής αντιρρήσεις: Πρώτον, είναι απίθανο οι επαγγελματίες αυτοί, εφόσον αρρωστήσουν τόσο βαριά ώστε να χρειαστούν εντατική θεραπεία, να επανέλθουν σύντομα στα καθήκοντά τους. Δεύτερον, αν δινόταν προτεραιότητα στους επαγγελματίες υγείας, θα κλονιζόταν η βεβαιότητα της κοινωνίας

για το αδιάβλητο της διαδικασίας διαλογής, σε μια δύσκολη συγκυρία όπου η αξιοπιστία των θεσμών είναι εκ των ων ουκ άνευ [4].

Διχογνωμία επικρατεί σχετικά με το αν ως κριτήριο εισαγωγής στη ΜΕΘ πρέπει να λαμβάνεται υπόψη μόνον η πρόγνωση της οξείας διαταραχής, δηλαδή της νόσου Covid-19 αυτής καθ' εαυτήν στον καθ' έκαστον ασθενή, ή/και η πρόγνωση των χρονίων υποκειμένων νοσημάτων και η ηλικία του.

Κατ' αρχήν, δύο θέσεις απολαύουν, στο θεωρητικό πεδίο, σχεδόν καθολικής αποδοχής: Πρώτον, η εντατική θεραπεία πρέπει να παρέχεται κατά προτεραιότητα στους ασθενείς εκείνους που έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να ωφεληθούν από αυτήν, όπερ σημαίνει ότι πρέπει να προτιμώνται οι άρρωστοι που είναι μεν αρκετά βαριά ώστε δεν θα μπορούσαν να σωθούν άνευ αυτής, αλλά η κατάστασή τους είναι δυνητικά αναστρέψιμη, έναντι αφενός αυτών που θα μπορούσαν να ανανήψουν και χωρίς αυτήν αφετέρου αυτών που είναι απίθανο να επιζήσουν ακόμη και αν τους παρασχεθεί [2,3]. Η θέση αυτή θεμελιώνεται στη βιοηθική αρχή της διανεμητικής δικαιοσύνης (distributive justice) [5]. Δεύτερον, δεν πρέπει να αποκλείονται a priori ολόκληρες κατηγορίες ασθενών βάσει ορισμένης χρονίας νόσου ή αναπηρίας ή ηλικίας (categorical exclusion). Κάτι τέτοιο θα έκανε πολλούς ανθρώπους να αισθανθούν ότι η ζωή τους “δεν αξίζει” να σωθεί, πως αποτιμάται λιγότερο από τη ζωή άλλων συνανθρώπων τους, και θα συνιστούσε διάκριση (discrimination) [1,3,6].

Το βασικό επιχείρημα που επιστρατεύεται υπέρ της κατά προτεραιότητα νοσηλείας των μικρότερων σε ηλικία αρρώστων είναι το εξής: Τα νεαρά άτομα πρέπει να νοσηλευτούν κατά προτεραιότητα, όχι γιατί έχουν μεγαλύτερη αξία ή χρησιμότητα για την κοινωνία, αλλά διότι πρέπει να τους δοθεί ίση ευκαιρία (με τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, που την ευκαιρία αυτή την είχαν, είτε εξ ολοκλήρου είτε μερικώς αλλά πάντως σχετικά περισσότερο) να διεξέλθουν τα διάφορα στάδια της ζωής: παιδική, νεανική, μέση και γεροντική ηλικία (equal opportunity to pass through the stages of life). Οι νεαροί ασθενείς βρίσκονται στη χειρότερη κατάσταση, υπό την έννοια ότι είχαν τη μικρότερη ευκαιρία να ζήσουν έναν πλήρη ημερών βίο· για τον ίδιο λόγο, αν πεθάνουν, θα έχουν υποστεί συγκριτικά και τη μεγαλύτερη βλάβη (harm) [1,3]. Γίνεται, επίσης, επίκληση της ηθικής ενόρασης (moral intuition) της πλειονότητας των ανθρώπων. Η ενόραση αυτή δικαιολογεί να προτιμηθεί ένας ασθενής που πεθαίνοντας θα χάσει 40 χρόνια προσδοκώμενης ζωής από έναν υπερήλικα ή έναν ασθενή με χρόνια νόσο ο οποίος πιθανότατα θα πεθάνει (ένεκα αυτής) εντός ολίγων ετών [1].

Ωστόσο, εκφράζονται και σοβαρές αντιρρήσεις: Κατ' αρχάς, όπως έδειξε η προοπτική μελέτη ELDICUS [7], η οποία διεξήχθη προ 15ετίας σε 11 ΜΕΘ 7 ευρωπαϊκών χωρών, παρά το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς παρουσιάζουν υψηλότερη θνητότητα από τους νέους, το όφελος από τη νοσηλεία στη ΜΕΘ είναι σχετικά μεγαλύτερο για τους ηλικιωμένους, καθώς στους ασθενείς άνω των 65 ετών κατεγράφη (συγκριτικά με τους κάτω των 65) μεγαλύτερη διαφορά στη θνητότητα ανάμεσα

σε αυτούς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ και σε εκείνους που δεν εισήχθησαν. Ακόμη, έχει βρεθεί ότι η σοβαρότητα της νόσου, εκφραζόμενη δια του SAPS (Simplified Acute Physiology Score), σχετίζεται ισχυρότερα με τη θνητότητα απ' ό,τι η ηλικία [8]. Επιπλέον, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων είναι εξαιρετικά ανομοιογενής. Σε σύγκριση με τα νεώτερα τους άτομα, οι ηλικιωμένοι διαφέρουν περισσότερο μεταξύ τους, όσον αφορά στη φυσική κατάσταση [9]. Συνεπώς, στις αποφάσεις διαλογής, η ηλικία πρέπει να συναξιολογείται με άλλες παραμέτρους και να μην είναι ο μοναδικός καθοριστικός παράγοντας. Μάλιστα, η βιολογική ηλικία είναι σημαντικότερη από τη χρονολογική (physiological vs. chronological age) [10].

Το American College of Physicians ισχυρίζεται ότι η κατανομή των διαθέσιμων θεραπευτικών μέσων, ακόμη και σε καταστάσεις ακραίας υπερφόρτωσης του συστήματος υγείας όπως η τωρινή, οφείλει να αποσκοπεί στη μεγιστοποίηση του αριθμού των ασθενών που θα αναρρώσουν, και όχι του αριθμού των “ετών ζωής” που θα σωθούν. Και τούτο διότι το κριτήριο της μεγιστοποίησης των “ετών ζωής” είναι εγγενώς μεροληπτικό σε βάρος των ηλικιωμένων και των πασχόντων από χρόνια νοσήματα που μειώνουν το προσδόκιμο ζωής [11]. Η “ηθική ενόραση” περί προτεραιότητας των νέων αμφισβητείται, αφού μπορεί να αποτελεί απλώς προϊόν κοινωνικά εδραιωμένων προκαταλήψεων, όπως συνέβαινε παλαιότερα στις ΗΠΑ με τον φυλετικό διαχωρισμό των θαλάμων νοσηλείας, ο οποίος θεωρούνταν αυτονόητος και έχαιρε ευρείας υποστήριξης από το κοινό [12].

Σε αντιδιαστολή με την ωφελμιστική (utilitarian) οπτική που αποβλέπει στη μεγιστοποίηση του οφέλους σε επίπεδο πληθυσμού, η δεοντοκρατική (deontological) προσέγγιση τονίζει την υπέρτατη αξία κάθε ανθρωπίνου προσώπου [13]. Δεοντοκρατικώς, ακόμη και υπό συνθήκες έλλειψης πόρων, η διαδικασία διαλογής των ασθενών στους οποίους θα γίνει κατά προτεραιότητα χρήση των πόρων αυτών δεν πρέπει να θέτει εν αμφιβόλω την υγεία, την ευεξία και την αξιοπρέπεια του εκάστοτε συγκεκριμένου αρρώστου και δη του ηλικιωμένου ή του πάσχοντος από χρόνια νόσο ή αναπηρία.

Οι ηλικιωμένοι εμπλουτίζουν την κοινωνία, γεφυρώνουν το παρόν με το παρελθόν ως φορείς της συλλογικής μνήμης και της παράδοσης και προάγουν τη διαγενεακή ανταλλαγή γνώσεων, δεξιοτήτων και εμπειριών [14]. Η πρόκριση των νέων έναντι των ηλικιωμένων (ή των υγιών έναντι των χρονίως πασχόντων ή μιας διαγνωστικής κατηγορίας ασθενών έναντι κάποιας άλλης) θα έστρεφε τη μία γενεά ή ομάδα εναντίον της άλλης και θα υπέσκαπτε την εμπιστοσύνη στο ιατρικό επάγγελμα, σε μια εποχή μάλιστα όπου η ενότητα της κοινωνίας, η αλληλεγγύη των μελών της και το κύρος της επιστημονικής κοινότητας είναι ουσιώδη για την επιτυχή αντιμετώπιση της πανδημίας [12,14].

Η διαλογή που υπηρετεί τη μεγιστοποίηση του οφέλους, οριζόμενη ως σωτηρία των περισσότερων ετών ζωής, αναγκαστικά λαμβάνει υπόψη της όχι μόνο την πρόγνωση της οξείας διαταραχής, ήτοι την πιθανότητα εξόδου από τη ΜΕΘ, αλλά και τη μακροπρόθεσμη πρόγνωση του ασθενούς,

δηλαδή το προσδόκιμο ζωής του επί τη βάση των χρονίων νοσημάτων από τα οποία πάσχει. Πέραν των όσων προαναφέρθηκαν σε σχέση με τους ηλικιωμένους και τα οποία βρίσκουν εφαρμογή και επί των πασχόντων από χρόνια νοσήματα, εν προκειμένω εγείρονται επιπλέον αντιλογίες: Κατ' αρχάς, η εκτίμηση της μακροπρόθεσμης πρόγνωσης είναι αβέβαιη και υποκείμενη στην τυχόν προδεδομένη διάθεση του κρίνοντος (bias). Έπειτα, η διαλογή δεν πρέπει να παροξύνει τις εξ αντικειμένου προϋπάρχουσες ανισότητες, τουτέστιν να καθιστά έτι δυσμενέστερη την ήδη μειονεκτική (ως προς το προσδόκιμο ζωής) θέση των χρονίως αρρώστων [3]. Ακόμη, πολλές φορές, η μακροπρόθεσμη πρόγνωση δεν είναι συνάρτηση μόνο της φυσικής ιστορίας της νόσου αυτής τούτης, αλλά και των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών και σχέσεων εντός των οποίων διαβιώνει ο ασθενής· π.χ. η φτώχεια και η έλλειψη πρόσβασης στο σύστημα υγείας επιβαρύνουν την πρόγνωση δραματικά [6].

Οι υπό των ιατρών αξιολογήσεις της ποιότητας ζωής (quality of life) του αρρώστου, είτε της προγενέστερης της παρούσας οξείας νόσησης είτε της προβλεπόμενης μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ, δεν πρέπει να αποτελούν κριτήριο διαλογής. Ο μόνος που δικαιούται να προβεί σε τέτοιες αξιολογήσεις και ενδεχομένως να αποφασίσει τη μη-εισαγωγή του στη ΜΕΘ είναι ο ίδιος ο ασθενής. Οι αξιολογήσεις των ιατρών είναι εν πολλοίς αυθαίρετες, καθώς μπορεί να αντανακλούν τις προσωπικές τους αξίες και προτιμήσεις ή να ενσωματώνουν στοιχεία της κυρίαρχης ιδεολογίας και κοινωνικά στερεότυπα. Ομοίως, συστήματα βαθμολόγησης της

ποιότητας ζωής που υπολογίζουν τα λεγόμενα “έτη ζωής σταθμισμένα με την ποιότητά τους” [quality-adjusted life years (QALYs)] δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται, διότι εξ ορισμού παράγουν διακρίσεις, εκτιμώντας ένα έτος ζωής ενός ατόμου πάσχοντος από χρόνια νόσο ή αναπηρία σαν έχον μικρότερη αξία από ένα έτος ζωής ενός υγιούς ατόμου [3,6,12].

Εν τούτοις, η προβληματικότητα της μακροπρόθεσμης πρόγνωσης και της ποιότητας ζωής ως κριτηρίων διαλογής δεν οδηγεί αυτομάτως στην υιοθέτηση της εξίσου προβληματικής αντιδιαμετρικής θέσης ότι μόνον η πρόγνωση της οξείας διαταραχής πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Στην πραγματικότητα, η εφαρμογή της ακραίας αυτής θέσης θα απέβαινε σε βάρος των χρονίως αρρώστων που έχουν καλή μεσοπρόθεσμη πρόγνωση και των αναπήρων, αφού, επί παραδείγματι, ένας ασθενής με προχωρημένο μεταστατικό καρκίνο παγκρέατος που αναμένεται να πεθάνει μέσα στις επόμενες εβδομάδες θα είχε ίση προτεραιότητα να νοσηλευτεί στη ΜΕΘ με έναν ασθενή με πολλαπλό μυέλωμα που αναμένεται να ζήσει 5 χρόνια ή με έναν τετραπληγικό [6].

Μία μεσαία λύση θα ήταν η συνεκτίμηση της πρόγνωσης της οξείας διαταραχής με τη μεσοπρόθεσμη πρόγνωση (near-term prognosis), δηλαδή την πιθανότητα επιβίωσης για λίγα ακόμη έτη υπό θεραπευτική αγωγή [6]. Ωσαύτως, προτείνεται το κριτήριο της “επιβιωσιμότητας” (survivability), οριζομένης ως η πιθανότητα να εξέλθει ο ασθενής ζωντανός από το

νοσοκομείο και να παραμένει εν ζωή έναν χρόνο μετά το εξιτήριο [3].

Εν μέσω της πανδημίας της Covid-19, όταν κατέστη φανερό πως η ζήτηση για κλίνες εντατικής θεραπείας θα υπερέβαινε κατά πολύ τη διαθεσιμότητά τους, πολλές ευρωπαϊκές χώρες προχώρησαν στην έκδοση οδηγιών (guidelines) και συστάσεων (recommendations) σχετικά με τη διαλογή (triage) των ασθενών που θα εισάγονταν στις ΜΕΘ [15]. Στην Ιταλία, τη χώρα της οποίας το σύστημα υγείας δέχθηκε τη μεγαλύτερη πίεση [16], ετέθη όριο ηλικίας για την εισαγωγή στη ΜΕΘ, ενώ μαζί με την ηλικία λαμβάνονταν υπόψη οι συννοσηρότητες (comorbidities) και το προϋπάρχον της οξείας νόσου “επίπεδο λειτουργικότητας” (functional status) του αρρώστου, με ρητό σκοπό τη “μεγιστοποίηση του οφέλους για τον μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων” [17]. Επιπροσθέτως, οι ισπανικές συστάσεις [18] θέσπισαν το ηθικώς επιλήψιμο κριτήριο της “κοινωνικής αξίας” (valor social) του ασθενούς. Στην αντίθετη κατεύθυνση κινούνται οι ελβετικές οδηγίες [19], οι οποίες ορίζουν ως αποφασιστικής σημασίας κριτήριο για την εισαγωγή στη ΜΕΘ τη βραχυπρόθεσμη πρόγνωση (short-term prognosis), ήτοι την πιθανότητα εξόδου από το νοσοκομείο, ενώ η ηλικία παίζει μόνον έμμεσο ρόλο, ως μία εκ των παραμέτρων που συγκαθορίζουν τη βραχυπρόθεσμη πρόγνωση. Παρεμφερώς, οι βελγικές οδηγίες [20] επισημαίνουν ότι «*καίτοι η μεγάλη ηλικία*

συσχετίζεται με χειρότερες εκβάσεις της Covid-19, η ηλικία μόνη της δεν μπορεί να χρησιμοποιείται για αποφάσεις διαλογής, αλλά πρέπει να συναξιολογείται με άλλες κλινικές παραμέτρους». Οι σουηδικές οδηγίες [21] υιοθετούν κατ’ αρχήν το κριτήριο της μεσοπρόθεσμης πρόγνωσης, δίδοντας σε όλους τους ασθενείς με προσδόκιμο ζωής άνω του ενός έτους ίση προτεραιότητα, χρησιμοποιούν όμως τη μακροπρόθεσμη πρόγνωση και τη βιολογική (όχι τη χρονολογική) ηλικία ως tiebreakers. Ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος απορρίπτει την ηλικία ως μοναδικό κριτήριο λήψης των αποφάσεων, όπως και την αυτόματη προτεραιότητα των νεωτέρων, θεωρεί δε ότι η θέσπιση ορίου ηλικίας για την εισαγωγή στη ΜΕΘ είναι παράνομη και συνιστά εξόφθαλμη διάκριση· προτείνει η διαλογή να βασίζεται στην κλινική αξιολόγηση κάθε ασθενούς χωριστά και στην κατά περίπτωση εκτίμηση της πιθανότητας οφέλους από τη χρήση των διαθεσίμων μέσων [22]. Τέλος, οι ισραηλινές οδηγίες [23] επικεντρώνουν αποκλειστικά στη βραχυπρόθεσμη πρόγνωση (short-term survival) και στην πιθανότητα απογαλακτισμού από τον αναπνευστήρα, ενώ η χρονολογική ηλικία και οι συννοσηρότητες υπεισέρχονται μόνον ως μεταβλητές που επηρεάζουν τα παραπάνω· στόχος είναι η σωτηρία όσο το δυνατόν περισσότερων ανθρώπων χωρίς περαιτέρω διαφοροποιήσεις, καθώς όλοι οι άνθρωποι είναι ίσοι και οι ζωές τους έχουν ίση αξία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. *JAMA* 2020; 323: 1773-1774.
2. Ezekiel JE, Govind P, Ross U, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med* 2020; 382: 2049-2055.
3. Solomon MZ, Wynia MK, Gostin LO. Covid-19 Crisis Triage - Optimizing Health Outcomes and Disability Rights. *N Engl J Med* 2020; 383: e27.
4. Sprung CL, Joynt GM, Christian MD, et al. Adult ICU Triage During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Who Will Live and Who Will Die? Recommendations to Improve Survival. *Crit Care Med* 2020; 48: 1196-1202.
5. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed, Oxford University Press, New York, 2009.
6. Mello MM, Persad G, White DB. Respecting Disability Rights - Toward Improved Crisis Standards of Care. *N Engl J Med* 2020; 383: e26.
7. Sprung CL, Artigas A, Kesecioglu J, et al. The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units. Part II: Intensive care benefit for the elderly. *Crit Care Med* 2012; 40: 132-138.
8. Brunner-Ziegler S, Heinze G, et al. "Oldest old" patients in intensive care: prognosis and therapeutic activity. *Wien Klin Wochenschr* 2007; 119: 14-9.
9. Levinsky NG. The purpose of advance medical planning-autonomy for patients or limitation of care? *N Engl J Med* 1996; 335: 741-3.
10. Sprung CL, Danis M, Iapichino G, et al: Triage of intensive care patients: Identifying agreement and controversy. *Intensive Care Med* 2013; 39: 1916-1924.
11. American College of Physicians. Non-Discrimination in the Stewardship and Allocation of Resources During Health System Catastrophes Including COVID-19. Approved by the Executive Committee of the Board of Regents on behalf of the Board of Regents on March 26, 2020.
12. Bledsoe TA, Jokela JA, Deep NN, et al. Universal Do-Not-Resuscitate Orders, Social Worth, and Life-Years: Opposing Discriminatory Approaches to the Allocation of Resources During the COVID-19 Pandemic and Other Health System Catastrophes. *Ann Intern Med* 2020; 173: 230-232.
13. Mandal J, Ponnambath DK, Parija SC. Utilitarian and deontological ethics in medicine. *Trop Parasitol* 2016; 6: 5-7.
14. Carrieri D, Peccatori FA, Boniolo G. COVID-19: a plea to protect the older population. *Int J Equity Health* 2020; 19: 72.

15. Joebges S, Biller-Andorno N. Ethics guidelines on COVID-19 triage-an emerging international consensus. *Crit Care* 2020; 24: 201.
16. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy - Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *N Engl J Med* 2020; 382: 1873-1875.
17. Vergano M, Bertolini G, Giannini A, et al. Italian Society of Anesthesia, Analgesia, Resuscitation and Intensive Care (SIAARTI). Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments in exceptional, resource-limited circumstances. March 16 2020.
18. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia Covid-19 en las unidades de cuidados intensivos. March 2020.
19. Swiss Academy of Medical Sciences / Swiss Intensive Care Medicine Society. COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity. March 24 2020.
20. Meyfroidt G, Vlieghe E, Biston P, et al. Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive care medicine – update 26-03-2020.
21. Munthe C. New Swedish Guidelines for ICU Priority Setting in Exceptional Circumstances. March 27 2020.
22. British Medical Association (BMA). COVID-19 ethical issues. A guidance note. April 1 2020.
23. Steinberg A, Levy-Lahad E, Karni T, et al. Israeli Position Paper: Triage Decisions for Severely Ill Patients During the COVID-19 Pandemic. Joint Commission of the Israel National Bioethics Council, the Ethics Bureau of the Israel Medical Association and Representatives from the Israeli Ministry of Health. *Rambam Maimonides Med J* 2020; 11: e0019.

Bioethical dilemmas during the Covid-19 pandemic: triage of patients for admission in the Intensive Care Units

Georgios Kranidiotis

First Department of Internal Medicine, "Tzaneio" General Hospital of Piraeus, Greece

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic overwhelms health care systems and especially Intensive Care Units (ICUs). When demand for ICU beds exceeds supply, triage becomes necessary, i.e. the physician is asked to decide which patients will be admitted to the ICU and which will not. We present the suggested triage criteria along with their ethical foundations and limitations. The main issue is whether, besides the prognosis of acute disorder, prognosis of chronic underlying diseases and/or age should also be considered. Many European countries have launched relevant guidelines that differ from each other.

Keywords: bioethics, Covid-19, triage, intensive care unit

Citation

G. Kranidiotis. Bioethical dilemmas during the Covid-19 pandemic: triage of patients for admission in the Intensive Care Units. *Scientific Chronicles* 2020; 25(3): 399-407