



FACULTAD DE MEDICINA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CHILE

ORIENTACIONES ÉTICAS PARA DECISIONES MÉDICAS EN CONTEXTO DE PANDEMIA EN CHILE

Este texto, fruto de la reflexión de los integrantes del Centro de Bioética y de médicos de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, plantea algunos principios y valores que es importante resguardar en la toma de decisiones del equipo médico en la atención de los pacientes en un contexto de pandemia. Este documento busca aportar una mirada ética para avanzar en la propuesta de un marco general que apoye a los equipos de salud en la toma de decisiones en condiciones excepcionales, cuando existe un gran desequilibrio entre necesidades y recursos disponibles.

Para ello, enumeramos algunas orientaciones éticas básicas para una situación de crisis del sistema sanitario, como la actual. No pretendemos dar respuestas concretas a todas las dudas éticas particulares que puedan surgir, pero sí recomendaciones que guíen y complementen el **juicio prudencial** del equipo médico. Es importante comprender que estos son contextos de decisión altamente variables (debido a la progresión de la difusión del Covid-19 en el país, las posibles mutaciones y el mayor conocimiento del comportamiento del virus que se pueda ir adquiriendo), por lo que hay que **adecuar y contextualizar las orientaciones a la situación clínica de cada paciente y de cada hospital**.

Las orientaciones están agrupadas en cuatro secciones, según el tipo de decisión al que se refieren (admisión a la UCI, tratamiento en la UCI, respecto al equipo clínico y respecto a la gestión del centro sanitario). Están, también, redactadas de modo breve e imperativo, para mayor claridad. Cada una de ellas tiene una sólida fundamentación ética.

Antes de formular las recomendaciones, declaramos que el primer principio que ellas buscan salvaguardar es la **centralidad de la persona en la relación y en la atención clínica**. Este principio, fundamento del *ethos* de la medicina, obliga a:

- tratar con **dignidad** a cada paciente;
- ofrecer un **cuidado de calidad, proporcionado** a la condición de cada paciente, reconociendo las limitaciones que podría imponer la escasez de recursos;
- también implica **cuidar al equipo de salud** particularmente expuesto en esta situación, desarrollando una conciencia de **responsabilidades compartidas**.

ORIENTACIONES ÉTICAS

I. Sobre los criterios para admisión de paciente a la UCI

1. Más que nunca en el contexto de pandemia, **vale el principio del “to care por sobre to cure”** (cuidar por sobre curar).
 - A pesar de la escasez de recursos, no se puede renunciar a cuidar a cada paciente, es decir, **no se puede abandonar a nadie**. Todo paciente tiene derecho a que se le dé cuenta de cómo se lo está cuidando (“no-abandonando”).
2. La admisión de todos los pacientes debe ser considerada por igual. Los criterios se aplican a todos ellos, **sin discriminar ni positiva ni negativamente** a los infectados por Covid-19.
3. En situaciones de crisis, **los criterios de admisión y alta deben ser flexibles** y se deben adaptar localmente según la disponibilidad de recursos y de personal, la posibilidad real de transferir pacientes, el número de accesos en curso o planeado.
4. La presencia de comorbilidades y estado funcional previo debe evaluarse cuidadosamente. En esta valoración, no se deben tomar decisiones médicas exclusivamente con criterios técnicos o económicos, sino **hacer lo que es proporcionado a la condición clínica del paciente en el contexto actual de escasez de recursos**.
 - Las expectativas de recuperación deben balancearse con la condición del paciente antes de caer en una condición crítica. Por lo mismo, es necesaria una valoración contextual de las posibilidades de recuperación, así como de la posible futilidad de tratamientos y monitoreo habitualmente costosos.
 - La edad como criterio para ingresar a la UCI solo debe ser una referencia para definir el estado de salud y pronóstico del paciente. Los límites de edad no deben ser un criterio en sí mismo ni mucho menos el único criterio dirimente.
5. Cuando corresponda, **la posibilidad del ingreso a la UCI para cada paciente debe discutirse con él y su familia lo antes posible**.
 - Esto debiese comenzar a definirse desde el servicio de urgencias. Debe recogerse la opinión previa expresada por el paciente, de existir, y aconsejar respecto de lo eventualmente inadecuado del un ingreso a UCI.
 - Si es posible, se debe crear e ir actualizando una lista de pacientes considerados adecuados para Cuidados Intensivos cuando ocurra el deterioro clínico, siempre que la disponibilidad en ese momento lo permita.
6. **Toda indicación de “no intubar” o “no reanimar” debe estar registrada en la ficha clínica**.
 - De este modo puede ser utilizada como guía si el deterioro clínico ocurre precipitadamente y en presencia de cuidadores que no han participado en la planificación o no conocen al paciente.
 - En este sentido, es importante velar por una comunicación fluida y transparente entre los distintos cuidadores (incluso los familiares).

7. Respecto de los pacientes para quienes se considere desproporcionado el acceso a una UCI, **la decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico debe estar fundamentada, comunicada y documentada.**
- Dicha adecuación no contraindica el uso de terapia antimicrobiana, por ejemplo, u otros tratamientos de una complejidad más baja.
 - Se debe asegurar en todo momento el control de síntomas de *discomfort* físico como el dolor o la disnea, así como el acompañamiento.
 - Se debe considerar que, dependiendo tanto del progreso de la pandemia como de la escasez de recursos de cada momento, la proporcionalidad o desproporcionalidad de los tratamientos puede variar constantemente. Es decir, **las medidas que se consideren ordinarias en un cierto momento y lugar** (por existencia de recursos y de personal), **en otro contexto pueden considerarse extraordinarias** (por escasez de estos), y por tanto no éticamente obligatorias.
 - Conviene que esta decisión se tome en conjunto con quien tenga una visión más general de la situación de la pandemia, y, posiblemente, con el comité de ética asistencial o expertos en ética.

II. Sobre los tratamientos de pacientes en UCI

8. **Todos los ingresos a cuidados intensivos deben estar sujetos a reevaluación periódica y constante** de los objetivos y la proporcionalidad de los tratamientos.
- Si se considera que un paciente tiene mal pronóstico por no evidenciar una respuesta favorable al tratamiento instituido, habiéndose agotado las propuestas curativas, no debe posponerse la decisión de disminuir la terapia y una reasignación de cuidados intensivos a paliativos, en un escenario de afluencia excepcionalmente alta de pacientes.
9. Se debe considerar el **procurar una muerte digna** para los pacientes que fallezcan por infección Covid-19 y por cualquier otra causa.
- El proceso de fin de vida en una UCI conlleva hacerse cargo de aspectos físicos, psicológicos, espirituales, sociales y familiares.
 - Se entiende por muerte digna aquella muerte que ocurre debido al avance natural de la enfermedad y en la que se intenta proporcionar el máximo de confort, aseo personal, alivio del dolor y de otros síntomas asociados a la agonía. **No puede ser considerada digna una muerte en la que terceros decidan adelantar el proceso natural aduciendo razones económicas, de efectividad o incluso supuestamente humanitarias para aliviar el dolor o el sufrimiento.**
 - Si se definió previamente no ingresar a un paciente a una UCI o, estando en esta unidad, se ha definido no avanzar en la intubación y conexión a ventilación mecánica, **la “sedación paliativa”** en estos pacientes **puede considerarse como expresión de buena práctica clínica** y debe seguir las recomendaciones existentes. Si se prevé un período agónico largo, se debe evaluar mover el paciente fuera de la UCI.
 - Hay que considerar que, por motivo de restricciones para seguridad del equipo médico, de los familiares o cercanos del paciente y de la población general, podría ser necesario prohibir las visitas y el acompañamiento en los momentos finales de la vida del paciente. Velar por la muerte digna significará también buscar medidas alternativas para que el paciente y sus seres queridos puedan gozar de alguna forma de acompañamiento psicológico y espiritual.
10. Si surgen situaciones de dificultad particular durante el proceso de toma de decisiones, se debe buscar **la segunda opinión de otros médicos con más experiencia, del comité de ética asistencial o de algún experto en ética clínica.**

- Hay que intentar construir redes entre los comités de ética asistencial (extendiendo a los expertos de ética clínica), y entre clínicos y éticistas, para que se pueda generar un apoyo constante y eficiente y para que los equipos clínicos no se sientan abandonados a decisiones particularmente difíciles.

11. **La decisión de adecuar los cuidados intensivos debe ser discutida y compartida** tanto como sea posible por el equipo tratante y, en la medida de lo posible, con el paciente y su familia.

- Se recomienda que todas las familias de pacientes ingresados a UCI donde existan casos de Covid-19 reciban la información habitual diaria que proporciona el equipo médico fuera de la unidad, previa designación de un interlocutor responsable. Este (posiblemente siempre el mismo profesional) comunicará al resto de los cercanos las novedades respecto del manejo médico y la evolución del paciente. En caso de que la situación en el hospital se haga muy crítica, puede darse la necesidad de canalizar la información por vía exclusivamente telefónica.

12. **La decisión de adecuar los cuidados intensivos debe estar fundada en razones, debe poder comunicarse.**

- Un criterio para averiguar si es posible tomar una decisión tan importante como esta es si hay razones claras para hacerlo; la prueba de que existen estas razones es que se pueden formular lingüísticamente.
- Es esperable que la necesidad de tomar decisiones repetidas de este tipo hará que el proceso de toma de decisiones sea más sólido y adaptable a la disponibilidad de recursos en cada UCI.

III. Sobre el equipo clínico

13. La organización deberá siempre proporcionar los elementos de protección personal según las mejores recomendaciones estándar para estos casos, **para que el trabajo del equipo tratante no ponga en riesgo innecesario su salud ni la de sus familiares.**

- Cada funcionario (profesionales médicos, enfermeros, kinesiólogos, técnicos de enfermería, entre otros) tiene el deber de valorar y presentar oportunamente sus vulnerabilidades personales ante su jefatura para tomar las medidas pertinentes.

14. Cuando las condiciones lo permitan, se debe **dedicar tiempo y recursos a la evaluación y monitoreo del *burnout*, el estrés y el *distrés moral* de los profesionales sanitarios.**

- La experiencia en el hemisferio norte respecto del impacto de la infección por Covid-19 constituye un elemento valioso para anticipar las mayores áreas en las cuales el personal sanitario puede verse afectado por esta pandemia.
- Conviene establecer y fortalecer redes para el intercambio de información entre centros y profesionales en cuanto a las experiencias del personal de salud, y diseñar así estrategias que permitan prevenir y mitigar el impacto de estas situaciones.
- Hay que velar por que cada miembro del equipo se sienta siempre apoyado por los demás, y que todos se sientan **responsables de las decisiones compartidas** que se hayan tomado, cada uno según el rol que desempeña.
- Hay que favorecer la realización de ritos convenidos por el equipo (pausa de silencio, *debriefing*, etc.) y de disponer espacios de contención y conversación posteriores al fallecimiento de un paciente. Estas prácticas deben ser alentadas y mantenidas, aunque la contingencia eventualmente las restrinja a un formato más abreviado y menos concurrido.

- Es necesaria la reflexión en torno al *ethos* profesional, al cuidado de los pacientes y al autocuidado. Crisis como esta no deben impedir recordar cuál es la verdadera vocación de todas las personas que trabajan en el cuidado del paciente.

IV. Sobre la gestión del hospital/clínica

15. Para quienes dirigen los hospitales/clínicas, **es un deber planificar lo antes posible la coordinación de todos los miembros y de los equipos de salud a corto y largo plazo.**

- Dicha planificación tiene que hacerse con todos los equipos e informar con tiempo a cada miembro el rol que tomará (turnos, cambios de funciones, “olas”, etc.).

16. **Las decisiones** que se tomen a nivel directivo del centro sanitario sobre la gestión de los recursos y los criterios éticos que se utilizarán durante la crisis **deben ser comunicadas a todo el equipo de salud, de manera de crear una “ética corporativa”.**

- Todos los funcionarios del centro sanitario, particularmente los equipos de salud, deben estar informados (y participar) sobre el proceso de toma de decisiones en tiempos de crisis. Se requiere transparencia, comunicación, y explicar el sentido de las medidas.
- Debe existir un acuerdo previo sobre cómo comunicar las decisiones (terminología que se usará, quiénes tendrán esa tarea, tiempos, etc.), tanto dentro del centro de salud, como a los pacientes y sus familiares.
- Las instituciones deben velar en prioridad por el cuidado de los profesionales de la salud, pues son ellos quienes cuidan a la población, otorgándoles todos los medios materiales y sustento psicológico y humano para cubrir sus necesidades.