

COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ
COMITÉ DE VIGILANCIA ÉTICA Y DEONTOLOGÍA

**ORIENTACIONES ÉTICAS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA
PANDEMIA COVID-19**

La Pandemia Covid-19, por su rápida e imprevista evolución, ha colocado a la Humanidad en una situación nunca antes vista ni esperada. Todo lo que sabemos del Covid-19 va cambiando rápidamente, el conocimiento de la estructura del virus y su forma de transmisión, el impacto de la enfermedad en las diversas poblaciones, los intentos desde la epidemiología de lograr el control del brote, y las diversas propuestas terapéuticas que se van trabajando por diversos grupos de investigación a nivel mundial.

En toda esta vorágine de datos que corren a una velocidad increíble, es necesario reservar espacios de reflexión, para saber que estamos yendo por el camino correcto, con pleno respeto de los Derechos Humanos y de los principios Bioéticos, a fin de tomar en cada escenario que se presenta las decisiones más prudentes posibles.

La bioética viene en nuestra ayuda, más aun en condiciones de Emergencia Sanitaria, y cuando la disponibilidad de recursos, siempre escasa, se agudiza aún más. Las condiciones habituales de atención en salud nos enfocan en los principios éticos de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia y el reconocimiento de la Dignidad de la Persona humana.

Al ser situaciones excepcionales de crisis, determina que se tengan que asumir otro enfoque que no es el mismo de las situaciones habituales. El enfoque ético de salud pública, más centrada que en el paciente individual, que sin descuidarlo obliga a que se tenga que realizar cierta priorización en la atención de salud enfocada en maximizar los beneficios (salvar la mayor cantidad de vidas con calidad posible), tratando a la gente con igualdad y bajo los mismos principios al paciente Covid-19 y no Covid-19 (eso de “el primero que llega es primero en ser atendido – que se conoce más como “ganar por puesta de mano”, no es lo éticamente recomendable) resguardando el valor instrumental (priorización de la protección del personal sanitario porque es el que va a salvar otras vidas), y dando prioridad al que está peor o al más joven en base a la mejor evidencia científica disponible.

La tarea es difícil y compleja, y no se puede priorizar en base a un solo concepto, sino luego de un análisis profundo de los valores en peligro, contando con un marco ético que garantice el respeto de la dignidad de los seres humanos. En este contexto, el papel del médico es esencial no solo en el tratamiento de los enfermos, sino también en la prevención de la transmisión de la enfermedad, evitando convertirse en un vector de la misma.

Este documento intenta contribuir a la reflexión y plantear algunas líneas de acción a nivel del trabajo hospitalario, con base a los conocimientos científicos que se vienen acumulando, y orientar a los equipos tratantes en las medidas terapéuticas a indicar a los pacientes con Covid-19 en un marco ético que los respalde. Asimismo, dada la situación de Emergencia Sanitaria actual es importante orientar el proceder del médico ante la dificultad para realizar su actividad asistencial con pacientes COVID, debido a la escasez de recursos tecnológicos y de medios de aislamiento y protección.

Base Legal

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- Ley N° 29414, Modifica la Ley General de Salud y Establece los Derechos de las Personas usuarias de los Servicios de Salud
- Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú. 2007.
- Ley N° 30846 Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas.

Objetivos

- a. Apoyar a los profesionales de la salud, en la toma de decisiones especialmente en aquellos casos que planteen dudas terapéuticas a implementar.
- b. Sugerir criterios de priorización en la atención de pacientes que pudieran requerir Cuidados Intensivos y necesidad de Ventilación Mecánica, en el escenario de una mayor demanda de dichos servicios, previsible en la Pandemia Covid-19, y con respeto de los derechos y dignidad humana.

Principios éticos en situaciones de Emergencia Sanitaria

- a. Justicia : proceder con una adecuada distribución de las cargas y recursos.
- b. Deber de Cuidar, que es la prima finalidad de la atención de salud.
- c. Deber de administrar adecuadamente los recursos.
- d. Transparencia en todas las acciones y procesos de la atención.
- e. Consistencia, es decir y hacer de acuerdo a los parámetros previamente establecidos
- f. Proporcionalidad en las medidas a tomar en cada paciente y en los diversos escenarios de la enfermedad y de la epidemia.

- g. Responsabilidad y Responsabilidad ¹, asumir las consecuencias de las decisiones y dar cuenta de ellas cuando sea necesario.

Deberes éticos de la Autoridad Sanitaria

Ante una situación de emergencia sanitaria, que pudiera derivar en una catástrofe sanitaria ², no se puede dejar al criterio discrecional de los trabajadores de salud. La autoridad de salud (en cada IPRESS) tiene 3 deberes éticos a cumplir:

1. Planificar: se realiza con criterio científico, ético y respeto de los derechos humanos. Esto implica dar las indicaciones para un correcto triaje, diseñar las herramientas y procesos de atención de los pacientes Covid-19 y no Covid-19. Orientar las decisiones según los niveles de gravedad de los pacientes.
2. Proteger: en primer lugar, a los Trabajadores de Salud dotándolos de los EPP necesarios para realizar sus funciones. Realizando las pruebas diagnósticas. En segundo lugar, a los grupos vulnerables a fin de que no sean estigmatizados o discriminados, y reciban la atención que corresponde.
3. Guiar, a fin de determinar los niveles de contingencia. Desde el punto de vista ético “el primero en llegar, es el primero en ser atendido”, no es lo adecuado en situación de emergencia sanitaria, por lo que deberá diseñarse los procesos de atención de tal manera de priorizar la atención de la forma más cuidadosa y ética posible. Para ello se debe:
 - a. Diseñar flujograma de atención diferenciada de pacientes Covid-19 y No covid-19 en la IPRESS respectiva, cuidando de determinar los circuitos de circulación de pacientes Covid-19 y no Covid-19 (especialmente los vulnerables o con factores de riesgo), material contaminado, disposición de cadáveres, etc..
 - b. Priorizar la atención de pacientes con Covid 19 o sospechosos, sin descuidar la atención de pacientes en situación de emergencia o con riesgo de tenerla.
 - c. Hacer una adecuada distribución de recursos disponibles, redireccionar los equipos sanitarios de acuerdo a la demanda con las medidas de protección (EPP) adecuadas para brindar la atención requerida, gestionar en caso de necesitar adicionales (equipos, insumos) o conseguir reposiciones oportunas para evitar desabastecimiento y afectar la continuidad y calidad de la atención, o poniendo en riesgo al personal de salud.
 - d. Realizar una adecuada, oportuna y completa notificación de casos a la autoridad nacional.
 - e. Capacitar al personal de salud de manera rápida sobre el adecuado uso de los EPP, y garantizar su distribución oportuna.

¹ Responsabilidad como traducción del término "accountability" y se refiere a la obligación moral, y ética de responder a los ciudadanos cuando estos le requieren información de actos que la administración está proyectando o realizando... Publicado en <https://www.eltribuno.com/salta/nota/2015-1-12-17-19-0-responsabilidad-la-obligacion-de-rendir-cuentas>.

² Diego Gracia (Gracia 2016) define la Emergencia Sanitaria como aquella situación que pone en grave riesgo uno o varios valores (por ejemplo, la vida, bienestar, la salud). Catástrofe Sanitaria a la situación de urgencia en que la necesidad de atención inmediata es superior a los recursos disponibles.

- f. Guardar la debida confidencialidad y privacidad de los datos de los pacientes.
- g. Brindar las facilidades en situaciones especiales (por ejemplo continuidad de Lactancia Materna, gestantes en trabajo de parto, acompañamiento en caso de niños pequeños), proporcionando los EPP adecuados en cada caso.
- h. Elaboración de protocolos para Adecuación de Esfuerzo Terapéutico³, y Decisiones Anticipadas⁴
- i. Asegurar el acceso a Cuidados Paliativos a los pacientes y familias que lo requieren.
- j. Planificar cuidadosamente los turnos y horas de trabajo del personal de salud, a fin de evitar sobrecarga de trabajo y errores en la atención.
- k. Proveer soporte emocional a los trabajadores afectados por el estrés y sobredemanda.
- l. Constituir o fortalecer los Comités de ética asistencial o ética clínica que brinden el soporte ético a través de la discusión, reflexión y revisión de las decisiones en los casos más complejos.

Fases en la atención de pacientes en la Pandemia Covid-19

- Primera etapa: atención de los más enfermos y los más jóvenes
- Segunda etapa: criterio de salvar la mayor cantidad de vidas posible, es decir brindar soporte intensivo a los que tienen mayor esperanza de vida luego del tratamiento. Considerar prioritario la protección y atención del personal de salud.

Priorización de atención en Unidad de Cuidados Intensivos de pacientes Covid-19

La priorización se realiza teniendo siempre presente la Dignidad de la Persona Humana, y cuidando que las personas afectadas por Covid-19 y aquellas con enfermedades No Covid-19, reciban similares cuidados con criterios de razonabilidad, proporcionalidad y oportunidad.. Con esto no se pretende decidir entre la vida o la muerte, sino brindar los cuidados necesarios a quien lo necesita, cuando lo necesita y en la justa medida que lo necesita.

La priorización se establecerá teniendo como referencia los siguientes grupos de pacientes para la toma de decisiones:

1. Pacientes críticos e inestables que requieren tratamiento intensivo
2. Pacientes que requieren monitorización intensiva y pueden requerir intervenciones inmediatas

³ Adecuación del Esfuerzo terapéutico puede definirse como el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente. La AET ha de considerarse en casos en los que hay una escasa posibilidad de respuesta a los tratamientos e implica la valoración de un cambio en la estrategia terapéutica que supone la retirada o no instauración de algún tratamiento. F.M Perez P. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. Med. De Familia Vol. 42, N°8: 566-574 dic. 2016. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-adequacion-del-esfuerzo-terapeutico-una-S1138359315004177>.

⁴ Voluntades Anticipadas son las instrucciones u orientaciones expresadas por la persona con anterioridad, dirigidas al médico respecto a los cuidados y tratamientos relativos a su salud para que se cumplan cuando ésta no esté en condiciones de pronunciarse. Ana M. Marcos . Voluntades Anticipadas. Pag. 394, 10 Palabras clave ane el Final de la Vida. F.J. Elizari. Ed. Verbo Divino. España. 2013.

3. Pacientes inestables y críticos con pocas posibilidades de recuperación basados en la enfermedad o comorbilidades de fondo. Pueden recibir tratamiento, pero estableciendo límites: no intubación, no RCP.
4. Pacientes que no tienen indicación para UCI, ya sea porque están estables, o porque tienen enfermedades en fase terminal e irreversible.

Esquema de decisión de ingresos en UCI en situación de crisis:

Pacientes con Prioridad 1	Pacientes con Prioridad 2
Críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva, depuración renal continua...).	Precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. No ventilación Mecánica Invasiva Oxigenoterapia Alto flujo o VMNI por PaFiO ₂ <200 o <300 con fracaso de otro órgano.
Ingreso en UCI	Ingreso en cuidados Intermedios/Semicríticos
Pacientes con Prioridad 3	Pacientes con Prioridad 4
Inestables y críticos pero con pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos, como por ejemplo no intubar y/o no intentar RCP.	Su ingreso no está generalmente indicado: Beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo. Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente la muerte.
No Ingreso en UCI	

Tomado de O. Rubio, A Estella, M Cruz, I Saralegui et al. Recomendaciones éticas para tomar decisiones en las situaciones clínicas excepcionales de crisis por pandemia Covid-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos . Bioética web. 23 de marzo 2020

Recomendaciones:

1. Aplicación estricta del triaje para ingreso a UCI
2. Optimizar los procesos de evaluación del curso clínico de los pacientes en UCI, de tal manera de iniciar destete de Ventilación Mecánica lo mas rápido posible y permitir la movilización a áreas no críticas.
3. Si el paciente tiene una mala evolución o presenta complicaciones, es necesario Adecuar el Esfuerzo terapéutico y brindar Cuidados Paliativos, movilizándolo al paciente a un área no crítica, a fin que se encuentren lo mas confortables posibles, pudiendo aplicar si es oportuno y necesario la Sedación Paliativa.

4. Los pacientes Covid-19 deberán tener explícito en la Historia clínica (y de conocimiento del paciente, cuidador o familiar), el plan a seguir, a fin de poder tomar las decisiones oportunas, de acuerdo a su nivel de complejidad y otras consideraciones (valor social de la persona, la expectativa de vida), estableciendo los objetivos terapéuticos desde el ingreso, ya que si no se consiguen, se procedería a Adecuación del Esfuerzo Terapéutico, respetando los valores del paciente o cuidadores y recomendándose consensuar esto a través de firma del Consentimiento de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico.
5. En caso de niños (0-18 años), deberá tenerse especial consideración de la necesidad de contar con acompañamiento de uno de sus padres, que deberá contar con EPP adecuado, y el apoyo psicológico y social necesario.
6. No ingresar pacientes que van a tener beneficio mínimo (por no estar inestables o críticos) o que no tendrán beneficio (pacientes en situación de terminalidad, con una expectativa de vida corta, o mala calidad de vida presente o futura).
7. Ante dos pacientes con similar situación, priorizar la persona que pueda tener mejor cantidad y calidad de vida (QUALY)⁵.
8. En caso de duda, de si un paciente debe o no ingresar a UCI, se sugiere reevaluar el curso en 48 horas de forma objetiva (utilizando criterio SOFA⁶ u otro adecuado), informando a la familia sobre el retiro o continuación del tratamiento.
9. No someter a los pacientes a tratamientos no aprobados, con efectos colaterales importantes o con evidencia clínica insuficiente, creando falsas expectativas y poniendo en mayor riesgo a esta población vulnerable.
10. En caso de implementarse algún ensayo clínico este debe de contar con la autorización del paciente o del familiar según sea el caso.
11. Los pacientes que no son tributarios de ingreso a UCI o recibir mediadas de soporte extraordinario de vida, deberán recibir los Cuidados Paliativos
12. Propiciar y facilitar la intervención del Comité de ética clínica o ética asistencial o de quien haga sus veces (Comité evaluador para toma de decisiones ⁷), en caso de conflicto entre cuidadores o familiares, el equipo médico o la institución, con disposición inmediata ya sea en forma presencial, o por Telemedicina (video conferencia).
13. Las personas con deterioro cognitivo severo, o demencia o enfermedades degenerativas en fase avanzada o en condiciones de

⁵ QUALY o QALY (Calidad de vida ajustada por año de vida) es una medida genérica de la carga de la enfermedad, que incluye tanto la calidad como la cantidad de vida vivida. Se utiliza en la evaluación económica para evaluar el valor de las intervenciones médicas.

⁶ SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) criterio para determinar severidad de sepsis en base a compromiso de diversos órganos.

⁷ Comité evaluador de toma de decisiones : en caso de no existir Comité de ética asistencial, conformado por al menos 3 personas, de prestigio académico y ético, que no estén a cargo de la atención de pacientes, que puedan evaluar cada caso en conflicto, y determinar el plan de atención a seguir. Es nuestra opinión que deba estar dirigido por el Director de la IPRESS.

terminalidad⁸ no son subsidiarias de ingresar a UCI o recibir soporte ventilatorio.

14. Prevenir situaciones de estrés laboral en los trabajadores de salud, brindando el soporte psicológico adecuado y oportuno.
15. Atención a la familia, brindando la información en forma oportuna, entendible, empática, con el apoyo psicológico y social que amerite, y acompañamiento en el duelo.

Referencias Bibliográficas

- D. Gracia. La ética en las situaciones trágicas. *EIDON N° 46 Dic 2016; 46: 70-82.*
- O. Rubio, A Estella, M Cruz, I Saralegui et al. Recomendaciones éticas para tomar decisiones en las situaciones clínicas excepcionales de crisis por pandemia Covid-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos . Bioética web. 23 de marzo 2020.
<https://www.bioeticaweb.com/recomendaciones-eticas-pandemia-coronavirus/>
- N. Berlinger, M. Wyma, T. Powell, M Hester et al. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to Covid-19. *The Hastings Center. March 16, 2020.*
- J. Hick, D. Hanfling, M. Wyma, A. Pavia. Duty to Plan: Health Care, Crisis Standards of Care, and Novel Coronavirus SARS-CoV 2. Discussion Paper. *Nat. Acad Med. March 5, 2020.*
- E. Emanuel, G.ersad, R.Upshur, B. Thorne et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *NEJM, March 2020.* DOI: 10.1056/NEJMs2005114.
[https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114?fbclid=IwAR1kA7VMtv-G6ZX1N-xl1yMpqS_bOGosIk9ySNbhCGcUWkj7UNUuL9J-2.](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114?fbclid=IwAR1kA7VMtv-G6ZX1N-xl1yMpqS_bOGosIk9ySNbhCGcUWkj7UNUuL9J-2)
- 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 Observatori de Bioética i Dret. UNESCO. uniTwin. Marzo 2020.

⁸ El concepto de terminalidad entendido como la persona con una enfermedad severa y cuya expectativa de vida se calcula en menor de 6 meses.