

Comisión Estatal de Bioética

Lineamientos bioéticos

para la toma de decisiones en la asignación
de recursos durante la pandemia por Covid-19



Comisión Estatal de Bioética

Lineamientos bioéticos

para la toma de decisiones en la asignación
de recursos durante la pandemia por Covid-19

Junio 2020

Contenido

Presentación	5
La pandemia en el estado de Guanajuato	5
Valores	6
Derechos humanos	6
Principios bioéticos fundamentales	6
Criterios éticos para la selección de pacientes y distribución de recursos	7
Criterios para la realización de pruebas COVID-19	9
Grupos vulnerables	9
Consideraciones bioéticas para personal de enfermería	10
Consideraciones para el cuidado de la salud mental	10
Cuidados paliativos	12
Consentimiento informado	12
Confidencialidad	13
Comités hospitalarios de bioética	13
Recomendaciones generales	14
Referencias	17
Colaboradores	18
Directorio	19



Ante la complejidad y diversidad de problemas bioéticos planteados a los profesionales de la salud en la prestación de servicios de atención médica a pacientes afectados por la pandemia del COVID-19, la Comisión Estatal de Bioética del Estado de Guanajuato emite los presentes *Lineamientos*, que tienen el propósito de apoyarlos y orientarlos para la toma de decisiones, con base en los valores y principios bioéticos y en el respeto a los derechos humanos o fundamentales de los pacientes.

La pandemia en el estado de Guanajuato.

La OMS clasificó como pandemia al COVID-19 el día 11 de marzo del año 2020. La pandemia se caracteriza por su acelerado proceso de contagio y por su mortalidad. Una parte considerable de la población de nuestro Estado padece ya la enfermedad y otra está en riesgo de contagio. Los hospitales, en consecuencia, están en situación que puede alcanzar los niveles de sobresaturación. Los profesionales de la salud que en ellos laboran sufren una excesiva carga de trabajo, corren riesgos de contagio e incluso, de pérdida de la vida. Se enfrentan, además, a problemas bioéticos de decisiones que les significan dilemas profundamente preocupantes y de necesaria y apremiante solución.

Los profesionales de la salud se entregan sin reparo, con sacrificio de sus vidas personales y familiares, a su ardua labor de atención médica de esos múltiples pacientes contagiados. Sufren además, incomprendión, agresiones, denigraciones y discriminaciones, en vez de reconocimiento y ayuda para que sigan actuando en beneficio de las personas enfermas y de la sociedad.

En este contexto, las primeras interrogantes que enfrentan médicos y paramédicos giran en torno a considerar qué pacientes deben ser atendidos primero, cuáles deberían ser referidos a otro hospital y en qué condiciones hacerlo, y sobre todo -y qué duro es esto!- qué pacientes no deben recibir atención inmediata por considerar que es tardía su llegada en búsqueda de auxilio médico. Así, desde el papel, es fácil identificar las diversas circunstancias que inciden en la atención a pacientes en casos de crisis; pero... estas interrogantes y sus respuestas deben ser atendidas en un muy corto lapso de tiempo, minutos, tal vez segundos en algunas ocasiones, y aquí es cuando surge el terrible dilema bioético que médicos y paramédicos enfrentan, especialmente en la actualidad.

Valores.

La vida es un valor de superior jerarquía. Es condición necesaria para la existencia de todo ser humano, por lo cual es universal; amerita y debe ser preservada por todos. El valor de la vida funda el derecho que cada uno tiene a la vida. Es un derecho humano o fundamental, pues corresponde a todo ser humano por naturaleza. Frente al derecho a la vida de cada ser humano está el deber de los demás de respetársela.

La salud es también un valor de alta jerarquía. Cuando falta o se deteriora, el ser humano sufre y corre el riesgo de perder la vida. Este valor es fundante del derecho humano o fundamental a la protección de la salud. Los servicios de salud están destinados a proteger, promover y restaurar la salud de las personas.

La dignidad es asimismo un valor de semejante consideración. La esencia corporal y racional del ser humano hace que él sea el ser superior, el de mayor dignidad en la naturaleza. El ser humano razona, decide libremente sus actos, se propone fines y crea. Esto es lo que fundamenta su dignidad.

La verdad, que es la coincidencia entre lo que pensamos y el objeto o la situación en que pensamos, es otro valor de suma importancia. La mentira causa grandes estragos, por lo cual es censurada y sancionada. La verdad, en cambio, enriquece al ser humano y le hace posible tomar decisiones acertadas. Todos, por eso, tenemos un derecho humano o fundamental a la verdad.

La justicia consiste en dar a cada quien lo que le corresponde; en respetar a cada uno por su dignidad; en dar trato igual a los iguales y el que les corresponde a los desiguales para alcanzar igualdad. No es acorde a la justicia la indebida distribución de recursos; tampoco lo es la discriminación de seres humanos por consideraciones de edad, sexo, raza, condición económica, posición social o política o discapacidad física o mental.

Derechos Humanos.

Los Derechos Humanos (DH) se fundamentan en la obligación de respetar la dignidad de todas y cada una de las personas, sin distinción alguna. Por esa razón, incluso en situaciones como la actual pandemia, es necesario mantener dicho respeto. La asignación de recursos escasos no es una excepción, como tampoco lo es el manejo de los servicios de salud bajo la incertidumbre provocada por un virus nuevo, altamente contagioso y mortal. Las decisiones médicas deben apegarse estrictamente al marco jurídico y a las normas locales e internacionales para atender lo general (triaje, ingreso y egreso hospitalario, ingreso y egreso de terapias intensivas, manejo de la vía aérea, decisión de colocar un respirador mecánico, etc.). Sin embargo el uso de terapias sin evidencia científica de utilidad, la participación de pacientes en proyectos de investigación en situación de urgencia, así como muchas otras situaciones, debe regirse por el principio precautorio y en la medida de lo posible bajo la vigilancia de los comités locales, estatales y nacional de Bioética, quienes deben apoyar, recomendar y asesorar sobre la toma de decisiones en situaciones particularmente difíciles como esta.

Principios bioéticos fundamentales.

La ética médica se basa en cuatro principios fundamentales: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Los actos de los médicos y otros profesionales de la salud deben guiarse por estos principios con el propósito de otorgar atención médica al paciente en forma congruente con su condición humana, en cuanto a su organismo, su conciencia, su voluntad y su libertad. Se deben considerar también los siguientes principios:

- Respeto a la dignidad de la persona humana.
- Principio pro persona: todos los seres humanos son titulares de los derechos humanos.
- Proporcionalidad terapéutica: evaluación riesgo/beneficio, evitar tratamientos fútiles, evitar ensañamiento terapéutico.
- Principio precautorio y Principio de prevención.

- Promoción de toda vida humana: nadie debe ser discriminado ya que todas las personas merecen recibir atención médica.
- Solidaridad, Responsabilidad, Equidad, Empatía, Prudencia.

Principios de la Bioética personalista:

- Principio y defensa de la vida física: la vida física, corpórea, es el valor fundamental de la persona porque la persona no puede existir si no es en un cuerpo. Tampoco la libertad puede darse sin la vida física: para ser libre es necesario ser viviente.
- Libertad y responsabilidad: la libertad se ejerce con responsabilidad. Es el respeto a la autodeterminación; se relaciona con las preferencias de los pacientes, consentimiento Informado, calidad de vida relacionada con la salud.
- Totalidad/principio terapéutico: se fundamenta en el bien de la recuperación del todo, se relaciona con la beneficencia, eficacia, efectividad.
- Sociabilidad y subsidiariedad: destaca la vida como bien social y la promoción del bien común para lograrlo; se relaciona con la justicia, eficiencia y equidad.

Criterios éticos para la selección de pacientes y distribución de recursos.

Durante la pandemia actual es probable la necesidad de atención a un número de personas con comorbilidades asociadas; debido a la saturación de los servicios de urgencias, de medicina interna, cuidados intensivos o cualquier otro servicio que puede suponer una dificultad para garantizar su atención, es necesario contar con orientación bioética para facilitar la toma de decisiones en pacientes con COVID 19.

Los profesionales de la salud tienen que decidir con frecuencia sobre la asignación de recursos, lo que se debe realizar en forma prudente y oportuna aplicando principios bioéticos para evitar tratamientos fútiles. Surge la incertidumbre sobre la utilización de recursos escasos que un gran número de pacientes necesitarán.

Los sistemas de triaje se han utilizado desde siempre y en todos los casos. La responsabilidad vida-muerte del paciente recae en el personal médico, que es humano, subjetivo, y con un sistema de valores predeterminado por su educación y su entorno, con dependencia en los marcos legales que devienen en sistemas jurídicos y éticos.

Es importante tomar en cuenta la gravedad del enfermo, su pronóstico y qué tanto se beneficiará con la aplicación de un tratamiento; si el paciente se encuentra en estado terminal para no incurrir en obstinación terapéutica, la mejor decisión será la atención con cuidados paliativos. En caso contrario tendría que llevarse a cabo un análisis para opciones de triaje, en función de la gravedad del caso, su evolución y el pronóstico. Siempre deberán aplicarse principios bioéticos para la toma de decisiones considerando los siguientes criterios¹:

- Tratamiento: aplicarlo cuando exista oportunidad de mejoría, valorar riesgo/beneficio.
- Posibilidad de recuperación: aplicar escalas como: PSI/PORT², APACHE³, American Thoracic Society (ATS)⁴; Infectious Diseases Society of America (IDSA)⁵. La aplicación de escalas nunca deberá sustituir el criterio ni reflexión médica integral. En México se ha recomendado SOFA⁶ o pSOFA para niños⁷.

1 www.ssaver.gob.mx/seic/files/2020/04/4.-Recomendaciones-bio%C3%A9ticas-ante-COVID-19.pdf

2 PSI/PORT Score: Pneumonia Severity Index for CAP. Estimates mortality for adult patients with community-acquired pneumonia. <https://www.mdcalc.com/psi-port-score-pneumonia-severity-index-cap>

3 Cálculo aproximado de mortalidad. <https://www.msdmanuals.com/medical-calculators/ApacheScore-es.htm>

4 American Thoracic Society (ATS) <https://www.thoracic.org/>

5 Infectious Diseases Society of America (IDSA) https://www.idsociety.org/practice-guideline/practice-guidelines/#/date_na_dt/DESC/0/+/

6 www.samiuc.es/sofa-score/

7 www.samiuc.es/sofa-score/

- Pronóstico: una vez aplicadas las escalas es recomendable compartir los datos por lo menos con un colega para establecer el pronóstico de vida del paciente y de acuerdo a él decidir si se utiliza y asigna un recurso como el ingreso a la UCI, la instalación de un ventilador u otros.
- Decisiones: deben ser tomadas por el personal especializado y con base en la mejor evidencia científica disponible para que el ingreso a la UCI, la asignación de recursos y el proceso de triaje sean aplicados de manera equitativa e imparcial. En pacientes considerados con “Prioridad 4” para máxima terapéutica, la edad ≥80 años no debe ser un criterio aislado para la decisión. Cuando las medidas terapéuticas como la administración de aminas, antibióticos o el uso de ventilación asistida es fútil (medidas que no permitirán mejoría), se debe valorar su retiro previo análisis integral y cuidadoso del paciente, el cual será compartido por lo menos con un colega, así como consulta al Comité Hospitalario de Bioética. Si no se cumple con criterios de irreversibilidad (futilidad), no es ético retirar medidas de apoyo, el uso de ventilador u otros.
- En la reconversión de hospitales es conveniente integrar Comités Hospitalarios de Bioética.

El juicio de proporcionalidad para el triaje se estructurará además de la valoración riesgo/beneficio, de acuerdo a valores y principios éticos. Debe cumplir con: intencionalidad, decisiones con conocimiento de causa tomadas sin influencia de control en la decisión.

Se recomienda para la toma de decisiones:

- 1.** En situaciones en las que los recursos necesarios superen los disponibles deberán aplicarse criterios de triaje de ingreso a la UCI. Siempre debe existir un beneficio grande esperable y reversibilidad.
- 2.** Consultar al servicio de Cuidados Paliativos para procurar la continuidad de cuidados de los pacientes en los que se haya acordado la limitación de tratamientos. Para aliviar su sufrimiento se aplicará sedación paliativa o sedación en la agonía en los casos en los que sea precisa.
- 3.** Dentro de los planes de reconversión de hospitales debe contemplarse áreas para cuidados paliativos si no existieran previamente
- 4.** Establecer, en todos los pacientes una planificación anticipada y documentarlo en la historia clínica, con definición clara de si existe o no directrices de medidas invasivas y RCP en caso necesario.
- 5.** Si el paciente dispone de voluntad anticipada, consultar a los representantes designados en el documento.
- 6.** Se debe limitar la máxima terapéutica a personas en las que se prevé un beneficio mínimo como por ejemplo, situaciones de fracaso multiorgánico establecido, riesgo elevado de muerte calculado por escalas de gravedad o situaciones funcionales muy limitadas, condiciones de fragilidad, etc.
- 7.** No hay que olvidar el adecuado manejo de los cadáveres en los mortuorios de los hospitales, que merecen un trato digno y respetuoso.
- 8.** Es importante en las decisiones respetar la dignidad de persona humana y evitar aplicar criterios como el que llega primero, valor social, edad avanzada, discapacidad, grupos minoritarios u otros que sean discriminatorios⁸.

Se recomienda consultar a los Comités Hospitalarios de Bioética ante casos que presenten dilemas. La reflexión y el diálogo multi y transdisciplinario, permitirá llegar a la toma de decisiones más convenientes para el paciente y el personal sanitario.

⁸ “Art 468. Al profesional, técnico o auxiliar de las disciplinas para la salud, que sin causa legítima se rehuse a desempeñar las funciones o servicios que solicite la autoridad sanitaria en ejercicio de la acción extraordinaria en materia de salubridad general, se le aplicará de seis meses a tres años de prisión y multa por el equivalente de cinco a cincuenta días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate...”

Criterios para la realización de pruebas COVID-19.

Dar prioridad a población de alto riesgo y población vulnerable. Se considera población de alto riesgo al personal sanitario que atiende casos COVID-19, así también a los cuidadores en domicilio.

Evaluación de personas para la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), de la CDC⁹.

Prioridad alta:

- Pacientes hospitalizados con síntomas.
- Trabajadores de centros de salud, trabajadores en entornos de vida en congregación y socorristas con síntomas.
- Residentes en centros de atención a largo plazo u otros entornos de vida colectiva, incluidas las cárceles y refugios, con síntomas.

Prioridad:

- Personas con síntomas de posible infección por COVID-19, que incluyen: fiebre, tos, falta de aliento, escalofríos, dolor muscular, pérdida de sabor u olfato, vómitos o diarrea y / o dolor de garganta.
- Personas sin síntomas a las que los departamentos de salud o los médicos priorizan, por cualquier motivo, incluidos, entre otros: monitoreo de salud pública, vigilancia centinela o detección de otras personas asintomáticas de acuerdo con los planes estatales y locales.

Grupos vulnerables.

Todos los seres humanos somos vulnerables ya que el virus causante de la pandemia COVID-19 puede infectar a cualquier persona. En este escenario se debe tener especial cuidado con los grupos vulnerables por riesgo de discriminación debido a prejuicios sociales, mediante procesos equitativos, justos y transparentes.

Si bien la vulnerabilidad puede existir en todos, es mucho mayor en ciertos grupos poblacionales, entre ellos, mayores de 65 años, inmunosuprimidos, hipertensos, diabéticos y obesos entre otros. Pero resulta especialmente vulnerable el personal de salud que atiende a estos enfermos. De ahí la necesidad de que todos ellos cuenten con los insumos necesarios para su protección en primer lugar y, en la medida de lo posible, con los equipos y medicamentos necesarios para realizar adecuadamente su trabajo.

La gravedad de la pandemia, lo acelerado del crecimiento de casos, especialmente los graves, ha llevado a la saturación de hospitales y ha hecho posible el colapso del sistema de salud, por lo que es urgente la colaboración de toda la sociedad; algunos cumpliendo estrictamente las medidas de distanciamiento y en general de prevención de contagios, otros detectando enfermos, realizando el triaje, atendiendo en domicilios y hospitales y finalmente en las terapias intensivas. Las autoridades de salud, como los gobiernos locales, estatales y nacional tienen especial responsabilidad en proveer lo necesario para atender adecuadamente la emergencia sanitaria que representa la pandemia. Pero especialmente las autoridades son responsables de garantizar la seguridad del personal de salud, ya que estos son el frente de batalla y sin ellos la situación estaría totalmente fuera de control.

Las decisiones sobre la asignación de recursos médicos escasos no deben ser tomadas únicamente en función de la edad; los protocolos de clasificación deben garantizar que tales decisiones se tomen en función de las necesidades médicas. Se debe evitar la gerontofobia¹⁰.

9 www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/clinical-criteria.html

10 acnudh.org/covid-19-y-su-dimension-de-derechos-humanos/

Son grupos vulnerables los niños y niñas, adultos mayores, personas privadas de su libertad, pueblos indígenas, migrantes, mujeres embarazadas, personas LGBTI, personas con discapacidad, personas con VIH/SIDA, enfermos mentales, pobres, etc.

Consideraciones bioéticas para personal de enfermería.

Los cuidados de enfermería son esenciales y no se puede prescindir de ellos; deben brindarse a todos los pacientes, ya que no es ético limitar los cuidados de enfermería a una persona con COVID 19 por el riesgo de contagio; es importante estar preparados para atender a los pacientes, conocer cómo usar el equipo de protección personal (EPP) y que precauciones tomar en momentos críticos. Es responsabilidad garantizar el principio de justicia a todo paciente a su cargo sin distinción.

El profesional en enfermería debe estar familiarizado con las escalas pronósticas de mortalidad y morbilidad, desarrollar las habilidades de interpretación y brindar cuidados en todo momento para solventar las necesidades completas o bien paliar al paciente que así lo necesite y ser la compañía al final de la vida.

Un grupo particularmente vulnerables es el personal de enfermería. Su seguridad es primordial, cada uno debe velar por su propia seguridad y solicitar a las instituciones para las que trabajan, la dotación de los recursos de protección y seguridad necesarios.

Consideraciones para el cuidado de la salud mental.

En la atención integral del paciente crítico, se debe cuidar los problemas orgánicos, pero no se debe descuidar otros, que pueden pasar inadvertidos, como sus necesidades psicológicas, espirituales o sociales. Estos otros aspectos del cuidado del paciente crítico no son menos importantes que el primero, ya que incluso pueden influir en el pronóstico del paciente grave ingresado en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

La enfermedad crítica y el uso de gran cantidad de métodos invasivos que conllevarán una serie de problemas psicológicos y emocionales, como trastornos de sueño y de ansiedad, que tendrán consecuencias no sólo durante su ingreso, sino incluso a largo plazo.

La gran cantidad de métodos invasivos que puede llegar a necesitar un enfermo ingresado en una UCI produce importantes barreras para el contacto físico del paciente con el personal y con la familia. Esto puede hacer que el personal desempeñe más un trabajo técnico que los aspectos humanos de su profesión, que incluye cinco aspectos: el compromiso moral en la acción de cuidar; el conocimiento del significado vital que tiene para la persona el proceso de enfermar; la aplicación de cada acción teniendo en cuenta los aspectos biológico, psicológico, emocional y espiritual de la persona enferma; aplicar las técnicas y protocolos desde una base lógica y reflexiva, y por último, ser consciente de que hay una interacción médico-paciente, persona-persona y que no es sólo la aplicación de un procedimiento clínico.

Por lo anterior, es importante considerar que el equipo asignado disponible por la unidad deberá cuidar y promover el respeto a los derechos humanos de los pacientes y el trato digno durante toda su estancia, promoviendo su bienestar no solo físico sino mental.

Se recomienda:

1. Información y seguridad

- Identificar el familiar o persona responsable o cuidador principal, registrar el tipo de relación que tiene con el/la paciente y datos de contacto. Es importante considerar dos contactos en caso de que uno de ellos no esté disponible.
- En caso de que en la unidad no sea posible el ingreso de visitas, la información diaria deberá ser entregada de manera telefónica.

- Designar a personal de Salud mental encargado de la entrega oficial, el cual deberá realizar las llamadas a familiares de manera diaria, en horario definido.
- En caso de no poder cumplir con el horario designado para entregar información, se deberá designar a una persona del equipo que contacte con los familiares y proporcione un horario estimado para el contacto con el personal de salud.
- Usar lenguaje claro, directo y comprensible. Evitar tecnicismos.
- Establecer dialogo y confianza con el familiar reforzando que se comunicará cualquier situación oportuna sobre la salud del paciente, así como si llega a presentar complicaciones y de agravarse su estado de salud.
- Registrar en el expediente el horario y a quien se entregó la información telefónica así como un breve resumen de lo hablado.

2. Proximidad y apoyo

Se entiende como la necesidad de contacto y permanencia cerca del familiar, sin embargo, en el caso de pacientes con diagnóstico COVID-19, existe alta probabilidad de contar con restricción total de visitas, por lo que se recomienda:

- Establecer protocolo de visita, horario, duración, criterios, frecuencia etc.
- En caso de ingreso se deberá capacitar al familiar en relación al uso, manipulación y elementos de protección, así como evitar el contacto directo.
- Coordinar con familiar la disposición de un equipo electrónico que permita comunicarse, tomar fotografía o elemento significativo.
- Crear o utilizar un teléfono institucional mediante WhatsApp, que permita a los familiares enviar mensajes escritos o de voz que desean que su paciente escuche.
- El personal de salud mental de la unidad deberá ofrecer atención psicológica a los familiares y dar contención durante y después de la estancia en la unidad.
- Considerar que en adultos con alguna discapacidad se debe procurar la presencia del cuidador principal.
- Se mantendrá la confidencialidad en los datos de los pacientes proporcionando datos solo a los responsables autorizados.

3. Fin de la vida

Establecer un protocolo que permita desarrollar estrategias claras y específicas durante la pandemia de COVID-19 que favorezcan el cuidado y acompañamiento de pacientes y familiares al final de la vida: Se deberá considerar:

- Gestionar áreas pertinentes de la institución para el ingreso de 1 a 2 familiares del paciente, una vez que este se encuentra en proceso de fin de vida. Se proporcionará el equipo de protección adecuado. Considerando los criterios que deberán cumplir los familiares: Mayor de edad, no presentar síntomas respiratorios, fiebre, personas con vulnerabilidad, etc.
- En caso de que no sea factible la visita y acompañamiento familiar, se deberá facilitar y promover el contacto vía dispositivos tecnológicos.

- Brindar las facilidades para que el paciente y su familia puedan recibir acompañamiento según su religión ya sea presencial o mediante recursos digitales.
- En caso de que ningún familiar pueda acompañar al paciente en el momento de su muerte, asegurar a la familiar que su paciente no fallecerá solo y se deberá acordar con el equipo el personal que estará acompañando.
- Es importante considerar que al momento de la muerte se deberá cuidar y promover la utilización de sedantes y cuidados paliativos a fin de evitar ansiedad en los familiares y el paciente.
- Otorgar postvención a Familiares y al personal de Salud involucrado en el proceso.

Cuidados paliativos.

Al enfrentarse a pacientes en situación terminal o en agonía, las dificultades para tomar decisiones pueden tener diferentes grados; así, un primer nivel puede ser decidir criterios de “no reanimación”, en caso de pacientes cuyo pronóstico a corto plazo es malo o fatal y en donde la continuación del tratamiento resulta inútil y en ocasiones cruel; por tanto, si el paciente presenta un paro cardiorrespiratorio en tales condiciones, se decide no iniciar maniobras RCP.

Un segundo nivel para decidir es la “limitación del esfuerzo terapéutico”, en donde dada la evolución del paciente hacia el empeoramiento y ante la inutilidad de los tratamientos y medidas tomadas, se decide ya no avanzar a manejos más agresivos o de mayor nivel de complejidad y costo.

Por último, el nivel de mayor dificultad para la toma de decisiones es el retiro de medidas, en particular del soporte vital. Aquí cabe aclarar que si una medida no es bioéticamente obligatoria iniciarla, tampoco es obligatoria bioéticamente continuarla, por lo tanto su retiro no significa eutanasia, sino el reconocimiento de una medida fútil y en ocasiones cruel, desproporcionada y que equivale a ensañamiento terapéutico. En cualquier caso, el médico tratante no puede ni debe tomar decisiones en forma particular. En los dos primeros casos (criterios de no reanimación y limitación del esfuerzo), deberá al menos contar con el acuerdo del equipo de trabajo e idealmente con la aprobación del CHB. Sin embargo, en las tres situaciones deberá contarse con el consentimiento del paciente y/o su familia. Esto último se facilitará si el paciente ya cuenta con un documento de voluntad anticipada que orientará y facilitará las decisiones del equipo médico¹¹.

Existen escalas para asignar cuidados paliativos (proyecto NECPAL¹²), lo cual queda a criterio del clínico. Desde un punto de vista ético los servicios de cuidados paliativos deben estar bien organizados para proporcionar los cuidados necesarios.

Consentimiento informado.

Un documento de consentimiento informado es un gran apoyo en el proceso de información y toma de decisiones; y en ocasiones puede resultar un apoyo jurídico.

El consentimiento informado del paciente, si está en pleno uso de sus facultades mentales, o de un familiar cercano en caso de minoría de edad o discapacidad, es condición necesaria para el actuar del médico o la médica. Corresponde así al paciente o en su defecto a tal familiar, la toma de decisiones sobre si se somete o no a los tratamientos terapéuticos que el médico propone o si los rechaza; y en este supuesto, en situación terminal, si acepta recibir cuidados paliativos o ser trasladado a su domicilio particular. Para obtener el consentimiento del paciente o en su defecto, del familiar, el médico o la médica debe proporcionarles con veracidad previamente un informe suficiente y claro acerca del padecimiento, del tratamiento terapéutico o

¹¹ Ley Federal en Materia de Cuidados Paliativos / http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dmp-paliar_00C.pdf

¹² http://ico.gencat.cat/es/professionals/serveis_i_programes/observatori_qualy/programes/programa_necpal

de la carencia de éste y del pronóstico y evolución del padecimiento. La supresión de soportes artificiales sólo podrá hacerse previo el consentimiento informado del paciente. En caso de extrema urgencia, ante la inconsciencia o discapacidad del paciente y la ausencia de familiares, el médico habrá de tomar la decisión, siempre buscando la preservación de su vida.

El consentimiento informado debe constar en escrito, con las firmas del paciente o del familiar, del médico y de dos testigos. Sin embargo, en caso de urgencia, puede hacerse constar en la historia clínica, que llevará la firma del médico o médica tratante y de, cuando menos, un testigo.

La información al paciente y/o a su representante o familiares debe ser suficiente explicando el objetivo del procedimiento, sus beneficios, riesgos y efectos secundarios posibles. El lenguaje que se utilice para dar la información será adaptado a las peculiaridades socio-culturales del paciente y de quien recibe la información, evitando el uso de tecnicismos y relatos clínicos sofisticados.

En las circunstancias de la pandemia que estamos viviendo, es muy probable que los pacientes de COVID-19 se presenten al hospital en un estado de franca gravedad y el médico que lo atienda no pueda disponer de tiempo para realizar el procedimiento de información-consentimiento. Ante la emergencia, se buscará la manera de que alguien del equipo de atención médica pueda dar la información a la persona que representa al paciente y en su caso, se firme el documento de consentimiento informado. El procedimiento requiere realizarse en un espacio que ofrezca privacidad y confianza.

De tanto en tanto, es importante dar a los familiares información sobre el estado de su paciente en los espacios adecuados que permitan mantener la confidencialidad, de tal modo que se mantenga el respeto a las personas que se incluyen en el proceso y la dignidad tanto del paciente como de los trabajadores de la salud.

Confidencialidad.

En la relación paciente-trabajador de la salud es frecuente que surjan los temas de intimidad, privacidad y confidencialidad que exigen un dominio deontológico y jurídico. El respeto a la dignidad de las personas nos exige el respeto de su derecho a mantener su información en resguardo, especialmente cuando se trata de circunstancias y datos revelados a quienes atienden su salud.

Así, podemos definir la confidencialidad como el derecho del paciente –y la obligación correlativa de él o los trabajadores de la salud- de mantener en secreto la información proporcionada, expresada, conocida o inferida en el proceso de atención médica. Los profesionales de la salud que directa o indirectamente conozcan tales datos no podrán revelarlos sin el consentimiento expreso del paciente.

En la emergencia sanitaria por COVID-19 y de manera práctica, un problema que puede presentarse entre otros muchos, es el conflicto entre guardar la confidencialidad y el hecho de informar lo antes posible en casos positivos, a quienes hayan estado en contacto con el paciente a fin de tomar medidas de confinamiento y evitar un brote en el núcleo familiar y social del paciente, así como entre los trabajadores de la salud que tuvieron contacto con el caso positivo. En tales circunstancias no se atiende a la obligación de confidencialidad, sino que habiendo posibles daños a la salud de terceros, prevalece este valor sobre el valor del secreto médico.

Ante el derecho de cada persona a la confidencialidad de sus datos, corresponde correlativamente también la obligación del paciente a decir la verdad en el proceso de atención de la salud.

Comités Hospitalarios de Bioética (CHB).

El análisis bioético, aporta una perspectiva metacentífica y un análisis filosófico sobre los principios de las ciencias empíricas de la medicina clínica y la salud poblacional.

Los CHB, son espacios de reflexión, análisis, orientación y educación acerca de los dilemas que surgen en la atención médica. Se conforman como órganos interdisciplinarios y plurales, que en ningún caso pueden sustituir la responsabilidad de los médicos hacia los pacientes ni imponer sus decisiones; su carácter es únicamente consultivo¹³.

Sus principales objetivos son:

- Asesorar, mediar y recomendar al personal de salud y usuarios en relación con los problemas y dilemas bioéticos que surgen en la prestación de servicios de atención médica y docencia en salud, desde una perspectiva laica y científica.
- Fungir como foro para la reflexión de problemas y casos bioéticos.

Los CHB intervienen generalmente:

- Cuando se presenta una situación problemática derivada del proceso de atención a un paciente o de alguna persona que provee el servicio de atención y se observa un riesgo en la integridad física, moral o sicológica.
- En procesos de toma de decisiones que puedan implicar un riesgo mayor a la salud del paciente o su muerte.
- En situaciones de vulnerabilidad en el trato a cualquier persona involucrada en el proceso de atención a la salud.
- Cuando se requiera orientación sobre tratamientos muy costosos y/o de dudosa eficacia.
- En casos de pacientes no competentes para tomar decisiones, entre otros.

Los CHB tienen una función orientadora en lo siguiente:

1. Establece procedimientos de toma de decisiones en el ámbito clínico que contemplan conflictos de valor, como el rechazo del tratamiento y la falta de capacidad para otorgar el consentimiento como el caso de menores de edad, personas con deficiencia mental o pérdida temporal de conciencia.
2. Asesoran, median y recomiendan sobre aspectos bioéticos de dilemas que ocurren en la atención médica.

Recomendaciones generales.

- Se requiere la acción urgente de las autoridades para aumentar la disponibilidad en recursos limitados.
- El personal de salud debe contar con el equipo de protección adecuado para no exponer su salud y su vida.
- Aplicar el juicio prudencial ante los recursos limitados, en función de la gravedad de las personas, tomando en cuenta el pronóstico y la respuesta al tratamiento.
- Evitar el abandono de pacientes, la futilidad terapéutica y cualquier forma de discriminación.
- No utilizar en forma aislada los criterios de “el que llega primero” o la edad del paciente para la asignación de recursos.

¹³ <https://acnudh.org/covid-19-y-su-dimension-de-derechos-humanos/>

- Solo en situación de colapso asistencial se recurrirá a criterios que privilegien el bien común sobre el bien particular. Antes de esto se deberá valorar el traslado de pacientes a otras unidades que cuenten con lugares para continuar su atención.
- Tomar en cuenta la Voluntad Anticipada cuando el paciente la haya expresado.
- Asegurar condiciones para una muerte digna: brindar cuidados paliativos y evitar el abandono.
- Guardar la confidencialidad.
- Implementar una unidad de información para familiares de pacientes. Cada hospital deberá diseñar las estrategias de comunicación con los familiares y de éstos con los pacientes, de acuerdo a las situaciones locales y garantizando al máximo el respeto a la dignidad de las personas, el derecho a la información y al mismo tiempo la seguridad y las medidas de prevención.
- Trato a cadáveres: sistema de identificación, trato respetuoso; entrega pronta a los familiares.
- Promover el compromiso de la sociedad para actuar con prudencia y no exponer su salud y la de los demás.
- En caso de dilemas bioéticos el Comité Hospitalario de Bioética será un apoyo para la toma de decisiones. Es conveniente que en cada hospital los miembros de su comité estén dispuestos a reunirse con la mayor prontitud posible.
- Apoyo psicológico y espiritual a pacientes, familiares y profesionales de la salud.

Es importante que el equipo multidisciplinario acuda a sesiones o programas de salud mental en apoyo al estrés de enfrentar la muerte y el miedo a lo desconocido por la necesidad de ayudar y saber que no se podrá en todo momento. Para el personal de áreas operativas y para el personal de niveles estratégicos también es importante que se acuda a esta ayuda.

La población mundial está en una pandemia por infección viral, el virus Sars- Covid-2 ocasiona la enfermedad COVID-19 la cual ha presentado una tasa de mortalidad alta (en algunos países como España del 9.0, en México arriba del 10%), lo que ocasiona pánico en la población en general y que no excluye al personal médico y paramédico involucrado en la atención de los pacientes sospechosos de COVID-19 o los ya confirmados. La falta de insumos de Equipo de Protección Personal o de insumos para las medidas preventivas (mascarilla N95 oFPP2, guantes, batas, gorros, goggles o gafas protectoras, mascarillas, alcohol gel al 70%, cloro, etc.) generan inseguridad al personal médico y paramédico el cual se transforma en miedo o pánico en contraer la enfermedad y morir.

El profesional de la salud se prepara para atender a quienes lo necesitan; hoy más que nunca se evidencia lo valioso de su entrega. Se requiere otorgarles todo el apoyo y reconocimiento a su trabajo en esta emergencia.



Referencias

csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriaje_30_Abril_2020_7pm.pdf

<https://www.ssaver.gob.mx/seic/files/2020/04/4.-Recomendaciones-bio%C3%A9ticas-ante-COVID-19.pdf>

PSI/PORT Score: Pneumonia Severity Index for CAP. Estimates mortality for adult patients with community-acquired pneumonia. <https://www.mdcalc.com/psi-port-score-pneumonia-severity-index-cap>

Cálculo aproximado de mortalidad. <https://www.msdmanuals.com/medical-calculators/ApacheScore-es.htm>

American Thoracic Society (ATS) <https://www.thoracic.org/>

Infectious Diseases Society of American (IDSA) https://www.idsociety.org/practice-guideline/practice-guidelines/#/date_na_dt/DESC/0/+/

Sofa-score <http://www.samiuc.es/sofa-score/>

Escala pediátrica de evaluación de fallo multiorgánico secuencial. <http://www.samiuc.es/sofa-score/>

“Art 468. Al profesional, técnico o auxiliar de las disciplinas para la salud, que sin causa legítima se rehuse a desempeñar las funciones o servicios que solicite la autoridad sanitaria en ejercicio de la acción extraordinaria en materia de salubridad general, se le aplicará de seis meses a tres años de prisión y multa por el equivalente de cinco a cincuenta días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate...”

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/clinical-criteria.html>

<https://acnudh.org/covid-19-y-su-dimension-de-derechos-humanos/>

Ley Federal en Materia de Cuidados Paliativos http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dmp-paliar_00C.pdf

http://ico.gencat.cat/es/professionals/serveis_i_programes/observatori_qualy/programes/programa_

Recomendaciones y estrategias generales para la protección y la atención a la salud mental del personal sanitario que opera en los centros COVID y otras instalaciones que prestan atención a los casos sospechosos o confirmados/ Gobierno de Mexico/Secretaría de Salud/2020

Recomendaciones para el cuidado y acompañamiento de familiares de pacientes con Diagnóstico COVID-19/ Sociedad Chilena de Medicina Intensiva/ 2020.

Jonhs Hopkins University. Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

Brooks S, Webster R, Smith L, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence, Lancet. 2020; 395:912-20

Center for Disease Control (CDC). Interim Clinical Guidance for management of Patient with confirmed Coronavirus Disease (COVID-19). Clinical Course 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, et al. A communication Strategy and Brochure for Relative of Patients Dying in the ICU. N Engl J Med. 2007;356:469-478

Curtis J, Back A, Ford D, et al. Effect Of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomize trial. JAMA. 2013;310(921):2271-81

Colaboradores

Universidad de Guanajuato:

Dra. Bertha Isabel Arévalo Rivas / Vocal CEB

Dr. Jorge Luis Hernández Arriaga / Vocal CEB

Lic. Diego León y Rábago / Vocal CEB

Mtra. Victoria Eugenia Navarrete Cruz / Vocal CEB

Secretaría de Salud:

Dr. Juan Gerardo E. García Dobarganes / Director del Centro Estatal de Cuidados Críticos

Lic. Rosa Elda Villalobos Ugalde / Directora Estatal de Salud Mental

EECI. Daniela Madai Fuentes Barrón / Secretaria Técnica del Comité Hospitalario de Bioética / Coordinación de Enseñanza de Enfermería Hospital General de Silao

Dra. Ma. Fátima Noriega Ayala / Directora del Consejo Guanajuatense para la Prevención y Control de VIH-SIDA (Cogusida)

Dra. Gabriela Toledo Bocanegra / Coordinadora Estatal de Cuidados Paliativos

Dr. Eduardo Villalobos Grzybowicz / Coordinador Intersectorial / Secretario Técnico CEB

Instituto Mexicano del Seguro Social:

Dra. Alma Erika Hernández Plata / Jefa de Urgencias UMAE No.1 Hospital de Especialidades CMNB León / Médico intensivista

Dra. Xóchitl Ramos Ramos / Médico Intensivista

Dr. Gerardo Villalpando Ochoa / Coordinador de Gestión Médica Delegacional

Comisión Estatal de Bioética del Estado de Guanajuato

Cargo en la CEB	Nombre, dependencia, institución u organización	Teléfono y correo electrónico
Presidente	Dr. Daniel Alberto Díaz Martínez Secretario de Salud del estado de Guanajuato	(473) 735 27 00 ddiazma@guanajuato.gob.mx
Secretario Técnico	Dr. Eduardo Villalobos Grzybowicz Coordinador Intersectorial Secretaría de Salud del estado de Guanajuato	(477) 770 07 19 evillalobosg@guanajuato.gob.mx
Coordinador CHB	Dr. Daniel Alejandro León Aguirre Jefe de departamento de Extensión y Vinculación Académica, Coordinación Intersectorial Secretaría de Salud del estado de Guanajuato	(477) 770 07 19 vinculacionacademica2018 @hotmail.com
Coordinador CEI	Dr. Efraín Navarro Olivos Director de Enseñanza e Investigación Secretaría de Salud del estado de Guanajuato	(473) 735 27 00 enavarroo@guanajuato.gob.mx
Vocalía		
1	Dr. Moisés Andrade Quezada Coordinador General Salud Pública Secretaría de Salud del estado de Guanajuato	(473) 735 27 00 mandradeq@guanajuato.gob.mx
2	Lic. Carlos Zamarripa Aguirre Procadurador General de Justicia del estado de Guanajuato	(473) 735 21 00 czamarripaa@guanajuato.gob.mx
3	Dr. Luis Carlos Zúñiga Director de Protección contra Riesgos Sanitarios del estado de Guanajuato	(437) 373 42 73 lzunigad@guanajuato.gob.mx
4	Dra. Bertha Isabel Arevalo Rivas Universidad de Guanajuato	(477) 151 36 16 barevalo@ugto.mx
5	Lic. Diego León Rabago Universidad de Guanajuato	(473) 732 00 06 drabagol@gmail.com
6	Mtra. Victoria Navarrete Cruz Universidad de Guanajuato	(473) 141 49 98 vicnaoli@hotmail.com
7	Dr. Guillermo Caballero Mendoza Delegado Estatal ISSSTE	(461) 614 25 03 guillermo.caballerom@issste.gob.mx
8	Dr. Ernesto García Caratachea Comisionado Estatal de Arbitraje Médico del estado de Guanajuato	(462) 624 94 04 tgarcia@guanajuato.gob.mx
9	Dr. Jesús Eleazar García Hernández Presidente del Consejo de Profesionistas del estado de Guanajuato	(473) 117 15 99 jegh1104@gmail.com
10	Dr. Tonatiuh García Campos Universidad Guanajuato	(477) 711 62 23 dirpsicolog@leon.ugto.mx
11	Dra. Gabriela Toledo Bocanegra Coordinadora Estatal de Cuidados Paliativos Secretaria Salud del estado de Guanajuato	(473) 735 27 00 gtoledob@guanajuato.gob.mx
12	Dra. Julieta del Castillo Kauffmann Directora del Hospital Pemex	(464) 647 20 95 julieta.delcastillo@pemex.com
13	Dr. Gerardo Chávez Hernández Presidente de la Asociación de Hospitales Privados del estado de Guanajuato	(477) 765 08 22 jegh1104@gmail.com
14	Dra. Yoloxochilt Bustamante Diez Secretaría de Educación del estado de Guanajuato	732 24 55 ybustamante@seg.guanajuato.gob.mx
15	Lic José Raúl Montero de Alba Procurador General de los Derechos Humanos del estado de Guanajuato	477 770 08 45 humanos@prodigy.net.mx
16	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez Director del Hospital Regional de Alta Especialidad	(477) 267 20 00 direccióngeneralhraeb@gmail.com
17	Da. Ma. Fátima Noriega Ayala Directora del Consejo Guanajuatense para la Prevención y Control de VIH-SIDA (Cogusida)	(477) 707 24 79 turinoriega@yahoo.com.mx
18	Dr. Marco Antonio Hernandez Carrillo Delegado Estatal de IMSS	(477) 717 40 00 marco.hernandezc@imss.gob.mx
19	Dr. Jorge Luis Hernández Arriaga Universidad de Guanajuato	(477) 765 0822 jorgeluishernandezarriaga@gmail.com

Total de integrantes en la Comisión Estatal de Bioética: 23

Comisión Estatal de Bioética del estado de Guanajuato

Naranja no.101 col. Limones
León, Gto. México CP. 37448

cinters@guanajuato.gob.mx

saludguanajuato

Comisión Estatal de Bioética del Estado de Guanajuato

Naranja no.101 col. Limones
León, Gto. México CP. 37448

cinters@guanajuato.gob.mx

saludguanajuato