

Aspectos éticos de la pandemia por COVID-19 en pediatría

Ethical aspects of the COVID-19 pandemic in pediatrics

Sebastián Vega Toro^{a,b,c}, Fernando Novoa Sotta^{b,c}

^aNeurólogo Infantil, Hospital Carlos Van Buren.

^bCátedra de Neuropediatría, Departamento de Pediatría, Universidad de Valparaíso.

^cComité de Ética Asistencial, Hospital Carlos Van Buren.

Recibido: 6 de mayo de 2020; Aceptado: 7 de mayo de 2020

¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

La pandemia por COVID-19 ha provocado una situación de desproporción entre disponibilidad de recursos y necesidades de atención. Ello obliga a reflexionar sobre el proceso de toma de decisiones y el rol profesional en la atención de pacientes.

¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

Desarrollo de fundamentos éticos para la toma de decisiones basados en principios propios de la ética clínica y de salud pública, en contexto de escasez progresiva que tensiona nuestro sistema sanitario y expone a los profesionales a un riesgo mayor.

Resumen

La pandemia por COVID-19 ha puesto de relieve diversos dilemas éticos propios de la atención de los pacientes en el día a día. Se analiza el contexto de crisis generado por la pandemia y se evalúan aspectos generales del análisis ético en la práctica clínica y en contexto de crisis sanitaria. Se revisan algunos aspectos éticos relevantes relacionados a la proporcionalidad de las medidas implementadas, al manejo paliativo y a propósito de los desafíos generados en el contexto de la escasez de recursos y los deberes profesionales, en relación a los pacientes infectados por COVID-19 y aquellos pacientes crónicos que ven postergada su atención ambulatoria.

Abstract

The COVID-19 pandemic has highlighted different ethical dilemmas in day-to-day patient care. We analyzed the crisis caused by the pandemic and evaluate general aspects of ethical analysis in clinical practice and the context of the health crisis. In addition, we review some relevant ethical aspects related to the proportionality of the implemented measures, the palliative care management, and the challenges generated due to the lack of resources and professional duties, in relation to patients infected with COVID-19 and those chronic patients whose outpatient control is delayed.

Palabras clave:

COVID-19;
Ética;
Dilemas Éticos;
Bioética;
Pediatría;
Telemedicina

Keywords:

COVID-19;
Ethics;
Bioethics;
Ethical Dilemmas;
Pediatrics;
E-health

Correspondencia:
Sebastián Vega Toro
sebavegatoro@hotmail.com

Introducción

La pandemia por COVID-19 ha permitido visibilizar de manera mucho más mediática los aspectos humanos del ejercicio de la medicina. Decimos visibilizar, porque en cada relación médico-paciente es factible identificar al menos un dilema ético en el día a día. Y es precisamente esta pandemia con sus desafíos la que hoy pone de relieve la importancia de la reflexión moral en el proceso de toma de decisiones.

Cada día la cantidad de contagios aumenta a lo largo del mundo y en nuestro país la situación no es distinta. También aumenta la cantidad de fallecidos, con diferentes tasas de letalidad y repercusiones diversas, que ponen a prueba la capacidad de los sistemas sanitarios y vienen a develar las falencias y fortalezas que estos tienen, no sólo en cuanto a la respuesta frente a los contagiados, sino también en situaciones tales como el manejo de cadáveres y el acompañamiento a los pacientes y familia en los últimos momentos de la vida.

En nuestro país, la situación actual en el manejo de esta pandemia aún dista de ser lo que ha ocurrido en países como Italia, España o EE. UU., donde el denominado “dilema de la última cama”, en que se debe priorizar a quién otorgar un recurso como el ventilador mecánico cuando sólo queda uno disponible entre dos pacientes con similar pronóstico y condición, ha planteado la necesidad de aplicar un triage no sólo para la priorización, sino también para el racionamiento de recursos dada su progresiva escasez hasta niveles de falta de disponibilidad. Y es que este virus plantea una situación inédita propia de emergencias y desastres, esto es: Una desproporción entre las necesidades de atención y la disponibilidad de recursos.

Considerando que actualmente estamos más atrás que otros países en cuanto las etapas que se viven en el manejo de la pandemia, es planteable que esta brecha entre necesidades y recursos disponibles tienda a acrecentarse en nuestro país. Ante ello, el Gobierno ha comprometido la compra de ventiladores mecánicos y se ha propuesto que el objetivo es no llegar a tener que decidir quién se conecta al ventilador y quién no.

Si bien hoy día el dilema de la última cama no es una situación del día a día en nuestro país, enfrentarse a la pregunta si “debo ingresar a un paciente a UCI y conectarlo a ventilador mecánico” nos plantea un dilema. Desde un punto de vista ético, no sólo importan los criterios técnicos que justifican la necesidad de cuidados críticos, sino también el beneficio que significa al paciente ingresar a UCI y ser conectado al ventilador mecánico o la maleficencia que pudiera significar prolongar la agonía y el sufrimiento en un paciente terminal o con una muy mala calidad de vida.

Y es que un buen médico no sólo es el que hace la receta e indica un medicamento, sino también el que

sabe cuándo no indicar un tratamiento. En medicina vemos cómo muchos recursos se asignan de manera automática sin pensar si realmente es apropiada esa indicación.

Modelos en bioética

La ética nos hace ver el deber ser y nos hace reflexionar sobre los actos humanos en tanto éstos pueden ser considerados como buenos o malos, en relación a principios y valores morales. Es por naturaleza crítica y cuestionadora de la realidad. Por tanto, nos lleva a pensar sobre la realidad que hoy tenemos y a reflexionar en forma crítica mediante un método.

En bioética existen distintos modelos. El más aceptado y utilizado en el análisis de situaciones clínicas es el principalismo de Beauchamp y Childress de 1979, quienes reactualizan los 4 principios de la bioética: Promover la No Maleficencia de las intervenciones realizadas, buscar el Beneficio del paciente, respetar su Autonomía y el derecho que tiene a consentir o rechazar el manejo que se le propone y la Justicia, dando a cada uno lo que es debido para su condición¹.

Existen otros modelos tales como la deontología y la ética de las virtudes, que aportan distintos elementos para el análisis ético en medicina. Y el consecuencialismo, que propone que las cosas son buenas o malas dependiendo de los resultados. La corriente más conocida del consecuencialismo es el utilitarismo de John Stuart Mill, que postula que es necesario escoger la acción que tiene más posibilidades de producir el mayor beneficio para el mayor número de personas^{1,17}.

En situaciones de escasez de recursos propias de las emergencias y desastres, además de los deberes de la ética clínica que se focalizan en el paciente individual, en cuanto al alivio del sufrimiento, el deber de no abandonarlo y el respeto por sus derechos y preferencias, es necesario considerar en el balance los deberes de la ética de salud pública que involucra el imperativo moral de una asignación ética de recursos, basada en la protección de la salud comunitaria, la promoción de la seguridad pública y la entrega justa de recursos, por ejemplo, con priorización de ciertos grupos como los trabajadores sanitarios y los más vulnerables^{2,3}.

En la medida que la pandemia avance en términos de la menor disponibilidad de recursos, será necesario aplicar un enfoque utilitarista en los criterios de triage para el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos y la asignación de ventilador mecánico, teniendo presente el paradigma de salvar la mayor cantidad de vidas y el mayor número de años de vida, lo que supone maximizar el beneficio en quienes tengan un mejor pronóstico, donde el criterio de edad no puede ser el único dirimente⁴. A su vez, será necesario priorizar ciertos

grupos y en ese sentido la asignación de recursos para el personal de salud que se contagia no se realiza porque éstos sean considerados más dignos o más importantes, sino a causa de su valor instrumental al ser éstos esenciales ante la respuesta a la pandemia. También se ha propuesto dar prioridad a los denominados “peores entre nosotros”, es decir, a los más vulnerables y, por tanto, quienes pueden ver más exacerbadas las brechas de acceso a la salud y sufren las peores consecuencias del impacto social y económico de la pandemia^{3,5}.

Es necesario considerar que en el manejo de esta pandemia se debe contar con protocolos ajustados a la realidad de cada centro, basados en evidencia científica del mejor nivel disponible y que permitan orientar las acciones de los facultativos, basados en diversos principios, tales como el principio de no abandono del paciente, el principio de respeto de las decisiones del paciente y/o familia, el principio de equidad, el principio de no discriminación arbitraria, el principio de transparencia y confianza, el principio de protección del personal sanitario, el principio de responsabilidad y colaboración en la organización sanitaria, entre otros^{6,12}.

Adecuación del esfuerzo terapéutico y manejo paliativo

En la situación que nos encontramos hoy, el dilema más frecuente dice relación con la necesidad de garantizar que los medios empleados guarden una relación de debida proporción con los objetivos esperados. Esto se conoce como adecuación del esfuerzo terapéutico y se aplica ante situaciones de mal pronóstico vital con carácter terminal y en casos de muy mala calidad de vida, teniendo presente que el análisis de la calidad de vida es subjetivo. Este proceso de definición de los objetivos terapéuticos precisa de un encuentro entre personas y debe considerar la opinión de los pacientes y/o de su representante en caso de no poder consentir, como ocurre muchas veces en pediatría⁷. Si en conjunto se define que el ingreso a UCI y la conexión a ventilación mecánica no beneficiará al paciente, sólo provocará una prolongación del sufrimiento y de la agonía y, por tanto, se considera fútil, se deben adoptar medidas orientadas al alivio del sufrimiento, entre las que se considera el manejo del dolor y del disconfort físico, donde la sedación paliativa puede ser considerada como expresión de una buena práctica médica, además del acompañamiento espiritual y psicológico del paciente y la familia. Es necesario considerar que en ningún caso la definición de futilidad terapéutica en relación a ventilación mecánica e ingreso a UCI significa abandonar al paciente, debiendo por tanto velar por un nivel excelente de cuidados paliativos.

Este proceso de encuentro precisa de un buen nivel de comunicación y confianza, como aspectos claves de la relación médico-paciente. Una iniciativa apoyada con fondos del gobierno de Estados Unidos, denominada “Vitatalk” ha proporcionado guías en diferentes idiomas (también en español) sobre cómo comunicarse con los pacientes en contexto de la pandemia para tratar diferentes situaciones, entre ellas la determinación de un representante, el ingreso a UCI, el manejo de las emociones, la discusión entorno a la reanimación cardiopulmonar, entre otros⁸.

En el contexto de la pandemia por COVID-19 surgen dilemas derivados de la necesidad de acompañamiento de un paciente en situación terminal en sus últimos días. Esto, dado que se requiere disponer de elementos de protección personal (EPP) para la familia, teniendo en cuenta su escasez a lo largo del mundo y considerando el riesgo de contagio asociado. Se han dispuesto métodos de acompañamiento que utilizan videollamadas y dispositivos tecnológicos, pero en algunas familias esto no reemplaza el contacto físico y no permite una adecuada elaboración del duelo⁹.

Es necesario tener presente que es moralmente equivalente no iniciar que retirar una terapia de soporte vital tras concluir que estos son fútiles y no están en relación al objetivo terapéutico. Si bien el impacto emocional de retirar una terapia de soporte vital es significativa tanto para la familia como para el equipo médico, en ningún caso esto constituye una intervención que busca provocar la muerte de forma directa a modo de práctica eutanásica, sino que ésta se produciría como consecuencia del proceso natural de la enfermedad^{5,7}. Se ha planteado que en este contexto no sería indispensable el consentimiento informado, aspecto que es discutible, pero que adquiere mayor consenso en el contexto de escasez de recursos y necesidad de maximizar el beneficio⁵.

Deber de tratar

Otro dilema que surge a propósito de la pandemia dice relación con las obligaciones que tenemos los profesionales sanitarios de participar en la atención de los pacientes, tratando enfermedades que no son habitualmente de nuestra competencia técnica y considerando el contexto mundial en que el nivel de contagio alcanza a los trabajadores de la salud, con la necesidad de cuarentenas preventivas y ausentismo laboral.

Según propone la Teoría Moral, todas las personas tienen un deber de ayudar por mera humanidad a una persona que se está ahogando en el mar lanzándole un salvavidas, administrar la maniobra de Heimlich (si se conoce) a una persona que sufre una obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño en un restaurante y ayu-

dar a un niño que está solo y perdido en un bosque, entre otros. Estos son los denominados deberes positivos generales, en que son positivos porque nos obligan a hacer algo para ayudar a otros, y son generales en el sentido que no descansan en una relación especial entre el asistente y el asistido, caen en todas las personas en general.

En contraste, el deber de tratar que nos concierne sería un ejemplo de un deber positivo especial. El sello distintivo de los deberes positivos especiales es la existencia de una relación especial entre el asistente y el asistido que funda el deber. La relación es típicamente relacionada con el rol, como la que existe entre el salvavidas y el nadador, y generalmente va acompañada de un acto o actos abiertos que significan la aceptación del deber. Por ejemplo, el salvavidas firma un contrato declarando que cuidará e intentará rescatar a los nadadores que se ahogan a cambio de un salario por hora, de la misma forma que un trabajador de la salud recibe un sueldo a fin de mes por su labor.

Una segunda característica clave de los deberes positivos especiales es que pueden obligar a las personas a incurrir en mayores riesgos que los impuestos por los deberes positivos generales. Por ejemplo, un salvavidas en servicio podría verse obligado a aventurarse en una marejada costera para rescatar a un nadador, mientras que un transeúnte en la playa no tendría un deber positivo general paralelo para hacerlo. Pero el hecho de que el salvavidas pueda estar obligado a incurrir en mayores riesgos no significa que pueda estar obligada a incurrir en cualquier grado de riesgo. Los salvavidas no están obligados a ingresar a las olas para intentar rescatar a un nadador de la boca de un gran tiburón blanco, por ejemplo^{10,13}.

Del mismo modo, si bien tenemos una obligación de atender pacientes que no son de nuestra especialidad e incurrir en mayor riesgo del habitual con la posibilidad de contagio eventual, esto no significa que estemos obligados a incurrir en cualquier riesgo, es decir, atender pacientes sin la debida protección en relación a los elementos de protección personal o sin la debida capacitación. Ambos elementos constituyen un deber de otorgar debidamente de la institución de salud en la que se desempeña el profesional.

Atender sin la debida protección puede considerarse un acto supererogatorio, heroico y por tanto no exigible al profesional. Tampoco era una obligación lo que hicieron algunos médicos en Chernobyl, sabiendo el daño que sufrían a su salud por exponerse a la radiación tras el desastre nuclear. No es exigible el heroísmo, pero sí asumir el deber con la debida protección y capacitación cuando no existe otro profesional para atender. Al respecto, el artículo 18 del Código de Ética del Colegio Médico señala que “el médico deberá prestar atención profesional a toda

persona enferma que lo requiera y no podrá eludir dicha atención cuando no exista otro colega que se haga cargo del enfermo”¹¹.

Morbimortalidad por causas no relacionadas a COVID-19

Según estimaciones preliminares, la mortalidad por COVID-19 sería superior a la de otros virus respiratorios, como la influenza¹⁴. La necesidad de resignar recursos para hacer frente a la pandemia y evitar los contagios suspendiendo atenciones ambulatorias, ha puesto de relieve la situación de pacientes crónicos que ante el menor acceso a la atención de salud pueden verse en riesgo de descompensación de sus patologías de base, sufriendo mayores consecuencias ante una eventual infección o requiriendo hospitalización en el medio de un escenario de escasez de recursos y riesgo de infección.

Considerando este aspecto, se han propuesto alternativas para mantener el control clínico respetando las condiciones de distanciamiento social, mediante la telemedicina, entendida como “la práctica de la medicina a distancia gracias a la cual las intervenciones, el diagnóstico, las recomendaciones y las decisiones terapéuticas se fundamentan en los datos clínicos, documentos y otras informaciones transmitidas por los sistemas de comunicación”¹⁵. Para su aplicación se debe tener presente las mismas obligaciones éticas que siempre se han considerado en el cuidado de los pacientes atendidos de manera tradicional. Si se procura mantener una buena relación médico-paciente, proteger la privacidad de ellos, promover la equidad en el acceso a la consulta y al tratamiento buscando los mejores resultados posibles, la telemedicina puede mejorar la práctica médica y la atención sanitaria, en particular a los que viven en sitios alejados del centro médico. Además, informar a los usuarios sobre las limitaciones de los servicios que se prestan a través de la telemedicina asegurando a los enfermos una atención de seguimiento y aplicando el juicio prudencial para considerar en qué casos es imprescindible realizar de igual forma un control presencial¹⁶.

Conclusiones

La pandemia por COVID-19 pone de relieve diversos aspectos éticos de la atención habitual de los pacientes que hoy son visibles debido al carácter mundial de esta crisis, que está provocando estragos a diferentes niveles. La ética forma parte de la medicina en forma indisoluble y es necesario considerar su importancia para poder reflexionar y decidir bien.

La ética no tiene los espacios necesarios en la for-

mación de médicos y especialistas. Normalmente se reduce a cursos en los primeros años de formación, sin relación con la clínica y al lado de contenidos que absorben todo el interés por su complejidad. Es necesario desarrollar la capacitación en ética en los alumnos de pregrado, en los internos, en los médicos en formación de especialidad y en los docentes quienes participan de

la formación de médicos y profesionales sanitarios, es decir, a lo largo de todos los niveles de la educación en salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Ética y Medicina. Dr. Fernando Novoa. Colegio Médico de Chile regional Valparaíso.
2. Berlinger N, Wynia M, Powell T, 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. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice.
3. Gosting L, Friedman EA, Wetter SA. Responding to COVID-19: How to Navigate a Public Health Emergency Legally and Ethically. *Hastings Cent Rep.* 2020;50(2):8-12.
4. Centro de Bioética. Orientaciones éticas para decisiones médicas en contexto de pandemia en Chile. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
5. Emanuel E. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *NEJM* 2020;4:1-7.
6. Recomendaciones para los comités de ética asistencial en el apoyo de toma de decisiones éticas de los equipos de salud, en contexto de pandemia por COVID-19. Oficina de Bioética, Comisión Ética Asistencial Ministerial (CEAM), Ministerio de Salud, Chile.
7. Novoa F. Dilemas éticos en la limitación terapéutica en edad pediátrica. *Rev Chil Pediatr* 2008;79(1):51-4.
8. Guía de estrategias para la comunicación preparada para la enfermedad del coronavirus (COVID). VitaTalk, 2020. Sitio web: <https://www.vitaltalk.org/guides/covid-19-communication-skills/>
9. Wakam G, Montgomery JR, Biesterveld BE, et al. Not Dying Alone - Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med.* 2020;382:e88.
10. Malm H, May T, Francis LP, et al. Ethics, pandemic and the duty to treat. *Am J Bioeth.* 2008;8(8):4-19.
11. Código de ética. Colegio Médico de Chile. Versión 2019.
12. Committee on Ethical Issues in Medicine. Ethical dimensions of COVID-19 for frontline staff. Royal College of Physicians, Abril 2020.
13. Malm H. Killing, letting die and simple conflicts. *Philos Public Aff.* 1989;18(3):238-58.
14. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15760:similarities-and-differences-covid-19-and-influenza&Itemid=1926&lang=es (visitado el 4 de mayo de 2020).
15. Asociación Médica Mundial. Declaración sobre la ética de la telemedicina. Adoptada por la 58a Asamblea General de la AMM, Copenhague, Dinamarca, octubre de 2007 y enmendada por la 69a Asamblea General de la AMM, Reykjavik, Islandia, octubre de 2018. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-amm-sobre-la-etica-de-la-telemedicina/> (visitado el 4 de mayo de 2020).
16. Chaet D, Clearfield R, Sabin JE, et al. Ethical practice in Telehealth and Telemedicine. *J Gen Intern Med.* 2017;32(10):1136-40.
17. Häyry M. The COVID-19 pandemic: A month of bioethics in Finland. *Camb Q Health Ethics* 2020;4(30):1-12.