

Chile: País de cuidados paliativos, desastres y COVID-19: experiencia en unidad de alivio del dolor y cuidados paliativos Hospital del Salvador, Santiago de Chile

Chile: Country of disaster, palliative care and COVID-19: experience in unidad de alivio del dolor y cuidados paliativos Hospital del Salvador, Santiago de Chile.

Fernández, R ⁽¹⁾; Grove, Ximena ⁽²⁾

Chile incorpora en 1994 a través del Ministerio de Salud (MINSAL) los Cuidados Paliativos, a partir del Plan Nacional de Cáncer y hace propio el Modelo de Continuidad de los Cuidados, propuesto (año 2002) por el Programa de Lucha contra el Cáncer de la Organización Mundial, constituyéndose en el país pionero de Latinoamérica en desarrollar un programa gubernamental de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor por Cáncer. El año 2004, el programa(1) se incorpora en régimen para el servicio público (70% de la población) y privado de salud. En la actualidad se dispone de 129 unidades de atención para el sector público(18.000 usuarios), a las que el paciente ingresa desde la Atención Primaria (AP) para ser evaluado; luego, en un segundo nivel, por parte de un Comité Oncológico, el que a su vez lo deriva a la Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos que establece el plan de tratamiento en domicilio, dispensándole los medicamentos de acuerdo a la escalera analgésica de la OMS y trabajando en red con la AP para su evaluación y seguimiento en el caso de los enfermos postrados. Los resultados de todos estos años de programa han sido muy satisfactorios, permitiendo una notable mejoría en la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado y un alivio del dolor en el 92% de los casos hasta el momento de la muerte, falleciendo el resto de los pacientes con un dolor EVA 2-3. Este país largo y angosto, con más de 7.000 km de costa, ubicado en el denominado cordón de fuego del Pacífico, a todo lo largo de su geografía por la cordillera de los Andes con más de 90 volcanes activos, ha sido azotado por numerosos terremotos y tsunamis, entre ellos, el más grande registrado hasta ahora en la tierra (22 de mayo 1960, 9,5° Richter). En los últimos

veinte años ha registrado 6 terremotos destructivos sobre 7°R. El terremoto y tsunami de mayor intensidad y más reciente corresponde al 27 de febrero de año 2010 (27F, 2010), que con una magnitud de 8,8° R abarcó seis de las dieciséis regiones del país. En lo relativo al sector salud, comprometió severamente a 31 hospitales, 8 de ellos con destrucción total, significando la pérdida de 4.249 (297 camas críticas) y un costo en equipamiento médico de alrededor de 7 millones de dólares. La respuesta del Ministerio de Salud fue la declaración de Zona de Emergencia Sanitaria, otorgándose a los Servicios de Salud de las regiones, facultades extraordinarias para coordinar la red pública y privada, concentrando los recursos humanos, financieros, tecnológicos, de logística (medicamentos, insumos, servicios de apoyo y de infraestructura). Estas experiencias nos han marcado profundamente en el tiempo, llevándonos a conformar una cultura de resiliencia ante los desastres y a prepararnos especialmente a partir del 27 F en el sector salud en relación a la Gestión en Reducción del Riesgo en Emergencias y Desastres. El programa de Cuidados Paliativos no ha sido ajeno a esta preparación para responder adecuadamente con planes de contingencia frente a los desastres de origen natural.

PANDEMIA COVID 19, UN DESASTRE DE ORIGEN EPIDEMIOLÓGICO

A cuatro meses de haberse reportado los primeros casos de la enfermedad denominada COVID 19, cuando la mayor parte de los países europeos está comenzando a sentir un alivio en relación a la pandemia, ésta se encuentra en su apogeo en Latinoamérica. El Ministerio de Salud de Chile confirma el día 3 de marzo la aparición del primer caso de COVID 19 en el país, en un hombre de 33 años que tiene como antecedente un viaje al Sudeste Asiático y Europa. De acuerdo a las recomendaciones de la OMS y a la experiencia China y de los Países Europeos donde se presentó inicialmente la pandemia, el MINSAL habilitó una página web con el banner Plan de Acción de Coronavirus COVID 19 (2), donde se informa respecto de la definición de caso confirmado – sospechoso, Notificación e Investigación Epidemiológica, Definición de Contactos y Manejo de Contactos.

(1) Director Capítulo Chileno Paliativos Sin Fronteras. Consultor Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres Sector Salud Médico SEREMI RM SubDepto. Epidemiología Santiago. Chile.

(2) Unidad Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos Hospital del Salvador. Santiago. Chile. Vocal Paliativos Sin Fronteras.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE PANDEMIA COVID 19 EN CHILE

A 100 días de iniciada la pandemia (11-junio-2020) y comparativo al 31-Julio-2020

| Casos Totales | Casos Activos | Casos Nuevos | Pacientes en UPC | Pacientes en Ventilación Mecánica | Fallecidos |
|--------------------------|--|------------------|-------------------|-----------------------------------|--|
| 154.092 | 25.000 | 5.590 | 1.618 | 1.379 | 2.648 |
| 355.667 | 17.883 | 2.123 | 1.445 | 1.159 | 9.457 |
| Ventiladores Disponibles | Máquinas de Anestesia | Total Examen PCR | Camas Adicionales | Laboratorios PCR | Residencias Sanitarias |
| 331 | 452 | 781.043 | 4.862 | 88 | 131 Cupos 12.310 |
| 512 | 509 (Disponibles para pacientes críticos 183) | 1.623.992 | 5.466 | 105 | Ocupados 3.925 157 Cupos 10.691 Ocupados 5.297 |

La atención clínica de pacientes sospechosos se centra en el reconocimiento temprano, implementación de medidas apropiadas de prevención y control de infecciones y atención clínica según gravedad de casos. Según la evaluación clínica, se decide la unidad de hospitalización que va desde el aislamiento en domicilio inicialmente de acuerdo a la evolución por 14 días hasta la hospitalización en la Unidad de Pacientes Críticos con Ventilación Mecánica (UPC/VM).

El Ministerio de Salud de Chile ha aumentado, en forma impensable en la historia sanitaria del país, la red asistencial de salud de 38 mil a 42 mil camas totales, generando una expansión de 4.862 camas distribuidas entre hospitales nuevos, modulares, los dispositivos de campaña del Ejército – Armada – Fuerza Aérea y la reconversión de camas en establecimientos de salud públicos y privados. Se ha habilitado un total de 157 Residencias Sanitarias a lo largo de todo el país, en hoteles que sin costo para los usuarios han sido asignados por la Autoridad Sanitaria para aquellos pacientes que sin tener síntomas de gravedad requieren aislamiento físico y no cuentan con las condiciones socio sanitarias para hacerlo en sus domicilios. En estos establecimientos se les otorga una habitación individual, baño privado, cuatro alimentaciones diarias y apoyo médico.

CUIDADOS PALIATIVOS.

En relación a los Cuidados Paliativos (CP), es necesario puntualizar que en Chile, si bien tenemos un programa nacional bastante sólido y eficiente, éste solo está destinado a pacientes con cáncer avanzado, actividad en la que ha tenido especial participación la Asociación Chilena para Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP), que hace más de 20 años fue la precursora de este modelo de atención. El programa es materializado por el MINSAL, correspondiéndole en él una destacada

participación a la Unidad del Hospital del Salvador de Santiago de Chile, que en alianza con el Capítulo Chileno de Paliativos Sin Fronteras (PSF), han capacitado en forma constante durante estos últimos 10 años a más de mil profesionales y técnicos en las materias de Cuidados Paliativos (CP) para los pacientes con cáncer terminal. Se ha luchado por integrar los CP a otras patologías, propuesta que ha sido considerada por parte del MINSAL, pero que aún no tiene una respuesta definitiva para su implementación. La llegada de la pandemia del COVID 19 este año en el mes de marzo, ha llevado a las autoridades sanitarias a plantearse el tema y enfrentarlo en forma incipiente en algunos hospitales. El Hospital del Salvador (HDS), cuenta con una de las unidades de CP más antiguas y prestigiosas del país y como establecimiento referente de derivación para pacientes COVID 19, se ha visto enfrentado a la situación de que gran parte de los esfuerzos terapéuticos han sido destinados al tratamiento de enfermos afectados por la pandemia, para lo cual se ha gestionado la reconversión de camas a camas UCI con soporte de ventilación mecánica para la atención de enfermos. Esta estrategia, junto a las medidas adoptadas de cuarentenas sectorizadas a la población, ha hecho disminuir, entre otras, las consultas habituales de pacientes a la Unidad de Cuidados Paliativos, por el temor de contagio, a lo que se suma también las dificultades para el desplazamiento. Frente a la disminución de atención presencial de los enfermos, se ha respondido fortaleciendo con el equipo multidisciplinario la atención a distancia por vía telefónica, junto con el apoyo brindado por del equipo de hospitalización domiciliaria del hospital y el trabajo en red con los consultorios de Atención Primaria. La Unidad de Farmacia ha tenido un rol de gran importancia, asegurando el stock y dispensación de fármacos básicos para el control de síntomas, facilitando el despacho de recetas emitidas en forma remota por los médicos de paliativos junto a la entrega de insumos necesarios para la atención en domicilio. El equipo de profesionales de Enfermería, Psicología, Técnicos y Administrativos han adaptado su modalidad de trabajo a estas nuevas circunstancias originadas por la emergencia sanitaria. Como ha sido habitual, PSF está disponible para colaborar con la Unidad de CP en la medida que se le requiera.

Paliativos y Pacientes con Coronavirus 19 en Fase Terminal.

La pandemia ha enfrentado a los Cuidados Paliativos en Chile a una nueva realidad, para la cual no estábamos preparados y hubo que adecuarse en base a la experiencia europea vivida los meses precedentes al apogeo de la enfermedad en el país y a la realidad local de un robusto programa nacional que estaba diseñado en una patología específica como el cáncer, que dista mucho de la situación planteada por la pandemia del virus Sars- Cov-2. Frente a la cifra cada vez más creciente de pacientes con COVID 19 y a la letalidad mostrada por el virus, se reunió el Comité de Ética Asistencial del HDS y elaboró el “Protocolo Ético del COVID-19” (ANEXO 1), el que presenta como fundamento de actuación priorizar el “cuidar” antes que “curar” dirigido hacia una “muerte digna” y a la necesidad de contención emocional para los equipos médicos.

En el protocolo se abordan cuatro puntos principales:

1. DECIDIR INGRESO A UCI: La decisión de oportunidad de ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una responsabilidad que no debe ser asumida solo por el equipo médico tratante directo, sino que debe ser compartida con el Comité de Ética y con el Médico Jefe del Servicio de Medicina. La conformación de este equipo debe transparentar los criterios para la asignación de recursos vitales como la Ventilación Mecánica, criterio que debe tener en cuenta no solo el factor edad sino que también la Calidad de Vida, teniendo en cuenta que se trata de una situación compleja y flexible que dadas las circunstancias puede cambiar en cualquier momento.

2. CUIDADOS AL PACIENTE QUE NO FUE ASIGNADO AL MÁXIMO RECURSO: No se puede renunciar a cuidar al paciente al que se decidió adecuar el esfuerzo terapéutico. El tratamiento médico debe ser proporcionado a la condición del paciente, cuando no requieren un tratamiento o una terapia invasiva debido al pronóstico de la enfermedad o a sus patologías de base y a sus años de vida.

a. Infraestructura Arquitectónica y cuidados que necesita: El paciente debe mantenerse idealmente en una sala básica, cómoda, compartida, pero con la posibilidad de mantener su intimidad. Recibirá la atención paliativa a cargo de un equipo de salud preparado para ello.

b. Medidas Farmacológicas del control del confort: No utilizar medicamentos que no tienen eficacia inmediata sobre el confort. Es éticamente aceptable el uso de morfina para combatir el dolor, la agitación, la ansiedad y disnea, manteniendo oxigenoterapia si la condición clínica lo requiere. Tratar la fiebre si se evidencia que le genera malestar.

c. Medidas No Farmacológicas para el control del paciente: dirigidas a respetar la imagen corporal y la intimidad del paciente, entre ellas están los cambios posturales, mejor posición para alivio de la disnea, cuidados de la piel y -cuidados de la boca

MUERTE DIGNA: Se debe considerar el procurar una muerte digna para los pacientes que fallezcan por infección COVID-19. El proceso de fin de vida en una UCI conlleva hacerse cargo de aspectos físicos, psicológicos, espirituales y sociales. Si se definió previamente no ingresar a un paciente a la UCI o, estando en esta unidad, se ha definido no avanzar en la intubación y conexión a ventilación mecánica, la “sedación paliativa” puede considerarse como expresión de buena práctica clínica y debe seguir las recomendaciones existentes. Dadas las condiciones especiales de aislamiento que requiere el paciente en la unidad asignada, es fundamental una comunicación abierta/honesta con el familiar relativa a los cuidados que se están entregando y el período de muerte inevitable.

APOYO AL EQUIPO DE SALUD: Protección del personal médico ante las decisiones, con énfasis en la construcción de redes entre los comités de ética asistencial y equipos clínicos para la toma de decisiones difíciles. En relación a las consideraciones establecidas por el protocolo ético para pacientes con COVID 19 del HDS, el establecimiento ha instaurado una Sala de Cuidados Proporcionales para Pacientes con COVID 19, destinada al Paciente considerado Fuera de Alcance Terapéutico Activo, en situación de contexto de pandemia, en quien existe indicación de adecuación de esfuerzo terapéutico (AET) y cuyas condiciones de ingreso se explicitan en el Anexo 2.

La pandemia del COVID 19 constituye un nuevo desafío para los Cuidados Paliativos en general y una oportunidad de participación para PSF en los diversos escenarios de un mundo globalizado que requiere una adecuación particular para cada caso. Este artículo representa sólo un fragmento de la realidad chilena, en relación a una pandemia con un curso incierto, que se encuentra en estos momentos en nuestro país en pleno desarrollo, por lo que la respuesta sanitaria estará sujeta a los cambios que requiera su evolución.

Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflicto de interés en el presente trabajo:

Recibido el 16 de junio de 2020, aceptado sin corrección para publicación el 19 de junio de 2020

Correspondencia a:
Dr. Rodrigo Fernández Rebolledo
Director Capítulo Chileno Paliativos Sin Fronteras.
Santiago. Chile.
E-mail: rodrigoached@gmail.com

Referencias Bibliográficas

- (1) MINISTERIO DE SALUD CHILE. GUÍA CLÍNICA ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER AVANZADO Y CUIDADOS PALIATIVOS. Santiago, MINSAL 2011
- (2) El terremoto y tsunami del 27 de febrero en Chile. Crónica y lecciones aprendidas en el sector salud. Santiago de Chile OPS 2010
- (3) <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe> – técnico

ANEXO 1

Protocolo Ético del COVID-19. Comité de Ética Asistencial del Hospital el Salvador

Prioriza “cuidar” antes que “curar”, apunta a la “muerte digna” y necesidad de contención emocional para equipos médicos-

DECIDIR INGRESO A UCI

Es de primera importancia que la responsabilidad de decidir la oportunidad de tratamiento no quede únicamente en los médicos tratantes directos; es recomendable que exista una relación entre el tratante inmediato y el equipo del Comité de Ética, que ha sido mencionado en anterior documento. A los miembros del Comité que han sido designados, y cuyos datos de ubicación han sido dados, debe sumarse el Dr. Emilio Roessler Bonzi, médico del Servicio de Medicina.

Este equipo de decisión debe transparentar los criterios con que se fija la asignación de recursos vitales como la Ventilación Mecánica y hacerse en base a la cantidad de años de vida esperada y calidad de vida. Bajo ese criterio, no solo incide el factor de la edad.

En la situación actual, los criterios de admisión a UCI y de uso de recursos complejos y escasos deben ser flexibles, puesto que pueden cambiar de un día a otro; de ahí la importancia del concurso de miembro del Comité para la consideración de los principios y valores en la toma de decisiones, con recomendaciones éticas que guíen y complementen el juicio del equipo tratante.

CUIDADOS AL PACIENTE QUE NO FUE ASIGNADO AL MÁXIMO RECURSO

A pesar de la escasez de recursos, no se puede renunciar a cuidar al paciente al que se decidió adecuar el esfuerzo terapéutico, es decir, no se puede abandonar a nadie. El tratamiento médico debe ser proporcionado a la condición del paciente cuando no requieren un tratamiento o una terapia invasiva debido al pronóstico de la enfermedad o a sus patologías de base, a su proyecto vital y también a sus años de vida.

1.- Infraestructura Arquitectónica y cuidados que necesita.

¿Dónde debe mantenerse este paciente? Idealmente en una sala básica, si bien compartida, ojalá con posibilidad de mantener su intimidad (biombos), comodidad y recibiendo atención a su confort, aseo y administración de medidas paliativas.

Estará solo, únicamente al cuidado de un equipo de salud preparado para ello. En el momento actual de esta pandemia, no tendrá posibilidades de visitas y debe hacerse un esfuerzo para establecer una adecuada comunicación entre el personal sanitario y el entorno familiar, sobre todo, cuidar el trato y la calidad de la información.

Debe fijarse una hora para comunicar noticias del paciente por teléfono a familiar directo, ojalá siempre el mismo; es también recomendable poder enviar una foto del estado de su paciente (tomada con el celular)

Manejar bien las malas noticias disminuye el impacto emocional y contribuye al grado de satisfacción o acuerdo con los familiares. Se recomienda lenguaje verbal conciso y asequible, sin detalles innecesarios ni mensajes exagerados, en la necesidad de que toda

la información resulte creíble y dada con la seguridad que da el tener noticias fundamentadas, en el entendido que ya la familia ha sido informada de la limitación terapéutica.

2.- Medidas Farmacológicas del control del confort.

✓ No se debe pautar los medicamentos que el paciente acostumbraba usar si no tiene eficacia inmediata sobre el confort.
✓ Es éticamente aceptable el uso de morfina para combatir el dolor (si lo hubiera,) la agitación, la ansiedad y disnea, manteniendo oxigenoterapia, si así lo estimaran.

✓ Tratar la fiebre si se evidencia que le produce malestar.

3.- Medidas no farmacológicas para el control del paciente.

Es de vital importancia respetar la imagen corporal y la intimidad del paciente.

- Cambios posturales; encontrar la mejor posición para el alivio de disnea

- Cuidados de la piel

- Cuidados de la boca

MUERTE DIGNA

“Se debe considerar el procurar una muerte digna para los pacientes que fallezcan por infección COVID-19. El proceso de fin de vida 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”.

Si se definió previamente no ingresar a un paciente a la 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”.

Idealmente, se considera condición de una buena atención la presencia de una persona cercana al paciente; condiciones que no se da en estos casos, por eso es tan importante la comunicación abierta/honesta con el familiar relativa a los cuidados que se están entregando y el período de muerte inevitable.

El cuidado del paciente considerado terminal y con limitación del esfuerzo terapéutico claramente indicado debe ser tenido en cuenta para asegurar que su muerte sea digna y respetuosa, dedicando toda la atención posible a la información a los familiares. Ya muerto el paciente, se debe mostrar todo el respeto a su cuerpo y compasión a la familia.

APOYO AL EQUIPO DE SALUD

Apunta a la protección del personal médico ante las decisiones: enfatizar la importancia de construir redes entre los comités de ética asistencial (extendiendo a los expertos de ética clínica, Dr. Emilio Roessler), 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.

Asegurar protección a todo el personal que enfrenta estos pacientes, apoyo e información relativa a la marcha día a día de la enfermedad en el establecimiento, con presencia de directivos, real o virtual.

ANEXO 2

Criterios de ingreso a Sala de Cuidados Proporcionales para Pacientes con COVID 19 Hospital del Salvador, Santiago de Chile

(Deben cumplirse todos los requisitos y encontrarse debidamente consignados en la ficha clínica):

1. Paciente considerado fuera de alcance terapéutico activo, en situación de contexto de pandemia, en quien:

a. Existe indicación de adecuación de esfuerzo terapéutico (AET), consignado por al menos dos médicos que hayan evaluado al paciente, lo que debe quedar registrado en la ficha clínica.

b. Al menos uno de los médicos que indica la AET ha comunicado esto al familiar/cuidador del paciente que se establezca como contacto responsable, debiendo constar su nombre y número telefónico de contacto en la ficha.

c. Se ha registrado explícitamente, en la ficha y en la hoja de indicaciones, la disposición de NO iniciar maniobras de reanimación en caso de Paro Cardiorrespiratorio (PCR), así como de NO intubar y NO conectar a ventilación asistida.

d. Se debe consignar si se cuenta con algún tipo de voluntad anticipada o directrices previas. Para ser admitido en la Sala de Cuidados Proporcionales, el paciente debe corresponder a uno de los siguientes dos escenarios clínicos:

1. Paciente A:

a. Paciente en proceso activo de fallecimiento.

b. Juicio clínico hace prever su fallecimiento antes de seis horas.

c. Evaluar necesidad real de traslado, dada la posibilidad de recarga innecesaria de la sala de cuidados proporcionales (considerar proceso de aseo terminal y traslados) por período tan breve de tiempo

d. Considerado en caso de necesidad de disponer rápidamente de camas, especialmente para traslado desde unidades clínicas de mayor complejidad

2. Paciente B:

a. Paciente fuera de alcance terapéutico por refractariedad a la terapia ya instaurada o con falla orgánica que haga considerar su muerte como un proceso irreversible, pero no inmediato.

b. Paciente con necesidad de manejo riguroso de síntomas, probable candidato a sedación paliativa.

c. Paciente no es candidato a administración suplementaria de oxígeno ni a nutrición.

d. En estos pacientes se debe hacer una evaluación de la necesidad de hidratación parenteral, balanceando la necesidad de volumen intravascular para acción farmacológica versus aumento de secreciones respiratorias.