

NOTA DEL EDITOR:

Bioética en práctica incluye también el texto “Criterios para la asignación de asistencia mecánica respiratoria en pacientes con Covid 19, un mirada bioética” del P. Rubén Revello, del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina, quien amablemente autorizó su reproducción para esta sección de la revista.

El Dr. Carlos A. Gómez Fajardo, docente de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana (Medellín, Colombia) y miembro del Comité editorial de la revista *Persona y Bioética* agradece y comenta brevemente el texto:

“Agradezco y recibo con gran atención sus valiosos contenidos. Son pertinentes y acertados los principios mencionados sobre el bien global del paciente y el respeto a la vida de toda persona, sin discriminación, como parte esencial del *ethos* hipocrático.

Es innegable la necesidad del uso de criterios objetivos en la asignación de asistencia mecánica respiratoria (ARM). Para ello, en la disciplina de los cuidados críticos se dispone de las herramientas soportadas en la evidencia, de gran valor práctico (SOFA, APACHE II, Indices de Comorbilidades) y como es obvio en el uso de elementos de diagnóstico y terapia, también con sus limitantes, como sucede con las limitaciones de valores predictivos (pronósticos) de las mismas.

Encuentro que el uso del concepto “preservar la mayoría de los años de vida”, por parte de Jakie Powder del Jhon Hopkins Center of Bioethic, se puede prestar a equívocos, pues podría entenderse como un intento de reducción de criterios utilitaristas para la asignación de recursos de ARM; el autor se hace cargo del tema e indica que “cabe aclarar que ‘preservar la mayoría de los años de vida’ no significa hacer un triage que excluya de la AMR a pacientes que sobrepasan una cierta edad, sino que no se incluya a pacientes cuya prolongación de la vida solo resulte precaria y penosa”.

En el ámbito académico-filosófico de la disciplina de la bioética se encuentran en contradicción esencial dos visiones: la utilitarista materialista y la realista; es de difícil conciliación racional el intento de cuantificación objetiva de “calidad de vida” (en algunas de las múltiples escalas numéricas que se usan con diferentes fines clínicos), pues ello conduciría a posibles decisiones injustas.

Creo que es pertinente reconocer que el ejercicio práctico de la medicina se enmarca, generalmente -no solo en situación de pandemia- en un entorno de escasez de recursos. Estos, por supuesto, siempre han de asignarse dentro del marco de la racionalidad, la proporcionalidad terapéutica y la justicia, pero es pertinente reconocer que existen variables que determinan resultados fatales y que no pueden ser atribuibles a los procesos de decisión del clínico, quien no ha de ser obligado a lo imposible cuando el volumen y complejidad de las circunstancias de triage son apremiantes. Ello no deroga el imperativo racional hipocrático del respeto a la vida de todos como inspiración del quehacer”.

CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DE ASISTENCIA MECÁNICA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON COVID 19, UNA MIRADA BIOÉTICA*

Rubén Óscar Revello¹

ESTADO DE SITUACIÓN

La irrupción del Covid 19 pasó rápidamente de ser silente a explosiva, de ser negada y ocultada por las autoridades sanitarias de muchos países, a ser declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS); de afirmarse que era una gripe como otras, a mostrar el macabro número de un millón de infectados y 50.000 muertos al día de hoy, con cadáveres amontonándose en las morgues.

¿Qué la vuelve tan particular? Creo que tres elementos: 1) la facilidad del contagio; 2) su rápida expansión en un mundo mucho más intercomunicado—sea en el volumen de personas que viajan como en la rapidez con la que se llega de un punto a otro del planeta—; 3) el hecho de que las formas más graves de la afección requieren de asistencia respiratoria, lo que satura la capacidad del recurso, que se vuelve al mismo tiempo vital y escaso.

Esta última circunstancia conduce a un dilema bioético concreto al cual se enfrentan en este momento las unidades de terapia intensiva (UTI) de todo el mundo: ¿qué criterios utilizar para asignar la asistencia mecánica respiratoria (ARM) cuando se vuelve un bien escaso? ¿Cómo priorizar a un paciente respecto de otro? ¿Cuándo retirar asistencia a un paciente?

DE LO GENERAL A LO PARTICULAR

Principios generales que orienten la toma de decisiones

La praxis médica desde sus inicios asumió el principio lógico que inspira a toda ética: “evitar el mal y hacer el bien”. En medicina, este principio se traduce como *primum non nocere* (lo primero es no dañar y su complemento: buscar el bien del paciente). Así expuesto, este principio se abre a diversas interpretaciones sobre lo

* Este escrito fue publicado por el Centro de Bioética: Persona & Familia, en su portal web, el 22 de abril de 2020. El autor autorizó a la revista Persona y Bioética publicarlo en su sección de Bioética en práctica. Se hicieron modificaciones ortotipográficas leves al texto y una adaptación de las referencias para hacerlo compatible con las pautas editoriales de la revista. Facilitamos el link a la fuente original: <https://centrodebioetica.org/criterios-para-la-asignacion-de-asistencia-mecanica-respiratoria-en-pacientes-con-covid-19-una-mirada-bioetica/>

1 Director del Instituto de Bioética, Facultad de Ciencias Médicas, Pontificia Universidad Católica Argentina. revello@uca.edu.ar

que constituye en realidad *el bien del paciente*, por eso necesitamos un valor objetivo y permanente, a saber: el primer bien es la vida física y la salud del paciente.

De allí se desprende una consecuencia ética: debo ponderar² individualmente la vida de cada paciente y su estado de salud/enfermedad, prescindiendo de contar o no con el recurso, (eso formará parte de una segunda instancia, en caso de tener que asignarlo a uno o a otro individuo). No se trata de “elegir entre uno y otro”, sino de evaluar objetivamente cada caso y ver las posibilidades reales de sobrevivida de cada uno de ellos.

Este criterio que acabo de exponer ha llevado a la elaboración de un “*enfoque de principios múltiples (...)* que pone el acento en:

- salvar la mayoría de las vidas,
- preservar la mayoría de los años de vida,
- priorizar las decisiones basadas en evidencia
- mostrar compasión a los no receptores”. (1)

Lo señalado debe combinarse con el principio de dignidad de la vida humana antes mencionado y el de sociabilidad/subsidiaridad (2; 226-7). Hecho esto, cabe aclarar que “preservar la mayoría de los años de vida”, no significa hacer un triage que excluya de la AMR a pacientes que sobrepasan una cierta edad, sino que no se incluya a pacientes cuya prolongación de la vida solo resulte *precaria y penosa* (3).

2 El vocablo ponderar expresa en lengua castellana, un modo más preciso que seleccionar. En el caso de la ponderación según la Real Academia se trata de “examinar con cuidado algo, en sí mismo” podemos decir que se trata de una evaluación del sujeto particular pero en toda su realidad.

Las decisiones de inclusión deben guiarse exclusivamente por cuestiones médicas, evitando caer en graves actos de discriminación hacia las personas con discapacidad, o por cuestiones étnicas o socio-culturales.

Respecto de la expresión “mostrar compasión a los no receptores”, está asumiendo que los pacientes no incluidos en la ARM, no deben ser descartados de todo tratamiento médico, por el contrario debe ofrecérsele otros recursos. Cuando por sus propio estado físico los medios ya no resulten proporcionados —y por lo tanto dejasen de ser terapéuticos—, se lo deberá derivar a una unidad de cuidados paliativos (UCP) (aun cuando no se puede más curar, siempre se deberá cuidar del paciente).

Ponderar la “no inclusión” de un sujeto en ARM no equivale al abandono terapéutico, significa el deseo de “evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o la colectividad” (3). Aquí “costos” se refiere no solo a la cuestión económica, sino al esfuerzo desproporcionado respecto de las posibilidades reales de recuperación, con la intención de evitar el ensañamiento terapéutico.

APLICACIÓN ESPECÍFICA EN LA CRISIS

Son muchos los sistemas de triage propuestos; sin embargo, todos comparten algunos elementos básicos, a saber:

1. se debe ponderar precozmente el estado de salud de los pacientes con riesgo vital mediante un protocolo basado exclusivamente en cuestiones médicas evaluables.

2. La gravedad clínica de cada caso y el riesgo de vida, así como las expectativas de recuperación, serán consideradas conjuntamente a fin de priorizar la asignación del recurso escaso y determinar las listas de espera.
3. Establecer áreas adecuadas para tratar a las personas de acuerdo a los niveles de complejidad de UTI, nivel medio o unidad de cuidados paliativos.
4. reevaluar periódicamente los factores de riesgo en aquellos pacientes que permanezcan en ARM.
5. dar la adecuada información tanto a pacientes como a sus familiares respecto de los procedimientos y pruebas diagnósticas que se le practicaron o se piensan aplicar. (4)
6. En caso de no reunir las condiciones de inclusión en ARM, derivar al paciente a la UCP.

CONCLUSIÓN

En casos de crisis sanitaria —la escasez de recursos médicos durante una pandemia entra en esta categoría— supone particular atención a fin de preservar la buena praxis médica, ya que a los cuidados habituales se suma la complejidad del momento crítico donde paciente/recursos/urgencia/saturación del sistema generan una “tormenta perfecta”. En estas ocasiones, los grandes principios rectores de la bioética vuelven a darnos un anclaje seguro para proceder adecuadamente, al tiempo que restituyen a la persona, el centro de la escena, tal

como la medicina propone desde el Juramento Hipocrático. Desde el Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA), hacemos esta propuesta a fin de preservar la vida de cada persona, así como la dignidad y derechos que de ella proceden. Al mismo tiempo queremos aportar elementos que les permitan a los agentes de salud, tomar decisiones éticamente fundamentadas, evitando la tensión y la carga que genera la toma de medidas que implican la vida y la muerte de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Powder J. Too Many COVID-19 Patients, Too Few Ventilators: An Ethical Framework to Guide Hospitals. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [Internet]. 2020. Available from: <https://www.jhsph.edu/covid-19/articles/too-many-covid-19-patients-too-few-ventilators-an-ethical-framework-to-guide-hospitals.html>
2. Sgreccia E. Manual de bioética. I: Fundamentos y ética biomédica. Ira ed. Cervera P, Agejas JA, Gutiérrez R, Pérez A, Vázquez L., traductores. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2018. 990p.
3. Seper F. Sagrada congregación para la doctrina de la fe declaración «iura et bona» sobre la eutanasia. 1980. Disponible en: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_sp.html
4. Estebaranz, C. Triage en urgencias y emergencias hospitalarias: revisión de los principales sistemas de triage internacionales [Tesis de pregrado]. [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid; 2014. 49 p. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/671786>