

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

Buenos Aires, 06 de abril de 2020

ESTADO DE SITUACIÓN

La irrupción del Covid19, 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 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, saturando la capacidad del recurso, que se vuelve al mismo tiempo vital y escaso.

Ésta última circunstancia conduce a un dilema bioético concreto al cual se enfrentan, en este momento las UTI de todo el mundo: ¿Qué criterios utilizar para asignar la 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 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 **ponderar**² 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 receptores³.

Lo señalado debe combinarse con el principio de **dignidad de la vida humana** antes mencionado y el de **sociabilidad/subsidiaridad**⁴. Hecho esto, cabe aclarar que "preservar la mayoría de los años de vida", no significa hacer un triage que

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.

3 En un artículo de Jakie Powder del Jhon Hopkins Center of Bioethic (el 2/IV/2020 en internet <https://www.jhsph.edu/covid-19/articles/too-many-covid-19-patients-too-few-ventilators-an-ethical-framework-to-guide-hospitals.html>)

4 Sgreccia, E., Manual de Bioética, BAC, España, 2009, pp. 226-227 "por este principio, todo ciudadano se comprometa a considerar su propia vida y la de los demás como un bien, no solo personal, sino también social y compromete a la comunidad a promover la vida y la salud de todos y cada uno, a fomentar el bien común promoviendo el bien de todos y de cada uno."

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**⁵.

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 (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"⁶. 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.

5 Congregación para la Doctrina de la fé «IURA ET BONA» sobre la eutanasia, punto IV, Uso proporcionado de medios terapéuticos, "Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, (...). Por esto, el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro."

6 Congregación para la Doctrina de la fé «IURA ET BONA» sobre la eutanasia, punto IV.

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 aplicar⁷.
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 ésta 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 UCA, hacemos esta propuesta a fin de preservar la vida de cada persona, así como la dignidad y derechos que de ella proceden.

Pbro. Lic. Rubén Revello
Director del Instituto de Bioética - UCA

7 Estebaranz Santamarina, C.; “Triage de urgencias y emergencias hospitalarias: revisión de los principales sistemas de triage internacionales” trabajo de tesis de la Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, 2014, p. 7.