

Fecha: 18-06-2020  
Medio: Revista Velvet  
Supl. : Revista Velvet  
Tipo: Actualidad  
Título: **EL DILEMA DE LA ÚLTIMA ?????**

Pág. : 52  
Cm2: 607,2

Tiraje: 6.000  
Lectoría: 18.000  
Favorabilidad:  No Definida

SALUD



# EL DILEMA DE LA ÚLTIMA CAMA

Fecha: 18-06-2020  
Medio: Revista Velvet  
Supl. : Revista Velvet  
Tipo: Actualidad  
Título: EL DILEMA DE LA ÚLTIMA ????

Pág. : 53  
Cm2: 577,2

Tiraje: 6.000  
Lectoría: 18.000  
Favorabilidad:  No Definida



Fecha: 18-06-2020  
 Medio: Revista Velvet  
 Supl. : Revista Velvet  
 Tipo: Actualidad  
 Título: **EL DILEMA DE LA ÚLTIMA ????**

Pág. : 54  
 Cm2: 460,8

Tiraje: 6.000  
 Lectoría: 18.000  
 Favorabilidad:  No Definida



#### VOY EN UN TREN EN MOVIMIENTO QUE NO SE PUEDE DETENER.

Poco más adelante, hay cinco personas atadas a una vía. Para salvarlas, podría accionar un botón y redireccionar el tren. Pero, lamentablemente, en esa otra vía también hay una persona amarrada a los rieles. No tengo opción intermedia ¿Qué hago?, ¿Aprieto el botón y mato a una persona para así salvar la vida de otras cinco?

Este es el ejercicio ético más famoso en la historia de la filosofía. Se conoce como "The Trolley Problem" y ha dado pie a grandes y profundas discusiones acerca de la moral. "Esos problemas son llamados 'dilemas' éticos en filosofía, es decir cuando, al elegir una opción, descarto inmediatamente la otra. El dilema de la última cama, en cambio, no es un verdadero dilema porque los médicos no razonan con certezas (como en el Trolley), sino con probabilidades, ajustadas a la situación clínica del paciente, que puede cambiar rápidamente. Por eso la medicina no es, en términos estrictos, una ciencia. Si el equipo médico decide asignar una cama en la UCI —o un ventilador— a un paciente, no sabe con seguridad si logrará salvarle la vida; al mismo tiempo, si decide no asignarlo a otro, no está matándolo como en el Trolley. Sin embargo, una y otra acción pueden ser las más proporcionadas a la condición clínica del paciente. La complejidad de los factores clínicos impide esa reducción binaria en el ámbito de las decisiones. No se trata de todo o nada: en la medicina hay muchos grises. Justamente al revés del Trolley, en la medicina siempre hay algo que hacer", explica Luca Valera, director del Centro de Bioética de la Universidad Católica de Chile, uno de los cinco profesionales de esa casa de estudios que participó en un documento con orientaciones éticas sobre el problema de la última cama, que ha sido la base para los discursos de la mesa social COVID chilena.

Lo cierto es que la pandemia del COVID 19 obliga a abrir urgentemente el debate, sobre todo después de observar lo ocurrido en países como Italia, por ejemplo, donde, ante una evidente situación de catástrofe, se fijó un límite de edad para acceder a las camas críticas. Según ese criterio ético, se considera

que un ser humano vive en promedio unos 70 años. Entonces, todo lo vivido después de esa edad, puede considerarse como un 'bono extra'. Por eso, habría que otorgar la cama en cuestión al que ha vivido menos.

Hay muchos otros juicios que podrían operar en estos tiempos de pandemia; el de la lógica del libre mercado, por ejemplo, que plantea que la cama debe ser para quien pueda pagar; el populista, que escoge salvar la vida de alguien famoso en vez de a una persona cualquiera; y el argumento del que supuestamente 'se lo merece' más, es decir el que promueve elegir a un paciente no fumador versus un fumador (ambos en igualdad de condiciones), porque el primero "se cuidó más", por tanto 'se lo ganó'. También está el argumento llamado "triage militar", que es un cálculo estratégico de recursos surgido en la dinámica de los ejércitos; si llega un paciente con una condición extremadamente aguda, y otro con condición más leve, se debería atender al segundo paciente, sin gastar recursos en el primero. Y el criterio del "cliente siempre tiene la razón", que honra la autonomía del paciente.

Según los lineamientos propuestos por los profesionales de la UC, todos los criterios mencionados anteriormente son considerados 'criterios injustos', porque discriminarían en base a consideraciones extra clínicas. Tanto así que, desde estos puntos de vistas -explica Luca Valera-, cualquiera de nosotros, sin ser médicos, podríamos decidir a priori para quién es la última cama crítica.

Y explica: "En el debate público se plantea este tema como si fuera algo excepcional, pero los médicos todos los días razonan así, esa es la verdad. Los médicos saben que cuentan con ciertos recursos, con algunas posibilidades técnicas y recursos humanos y, con eso, deben hacer el bien del paciente, es decir cuidarlo lo más posible, por eso no hay una respuesta a priori. En cada lugar y situación se tomará la decisión más proporcionada a la condición clínica del paciente. La ética no es una receta que uno la aplica siempre igual en cualquier medio", dice Valera. "Más que nunca, en el contexto de pandemia, vale el principio de 'to care' por sobre 'to cure' (cuidar por sobre curar).



En tiempos excepcionales, la medicina no necesita de una ética excepcional. Con la pandemia no cambia la medicina, ni tampoco la ética. El juicio clínico sigue adoptando el criterio de proporcionalidad terapéutica, a partir de una evaluación prudente de todos los factores implicados en el contexto de la decisión (medios, condiciones, etc.). Los medios que en otros momentos se consideraban "ordinarios" (porque estaban presentes en cantidades adecuadas), a lo mejor se volverán, en algunos casos, extraordinarios, porque ya no estarán presentes. Sin embargo, eso no implica un cambio en la proporcionalidad terapéutica. En el fondo, se trata de reconocer que los criterios que se usarán para decidir sobre los tratamientos a implementar no pueden cambiar radicalmente debido a las circunstancias, sino que hay que reafirmar esos mismos criterios e implementarlos en las circunstancias concretas", explica el profesional en un documento que será publicado próximamente en la revista Punto y Coma (IES).

#### MÁS MIRADAS, MÁS DISCUSIÓN

Hasta ahora, en Alemania ha habido recomendaciones éticas -plurales y diversas- emanadas de diferentes entidades científicas; en España existe un Comité de Bioética Nacional que ha sido vital para generar discusiones; y, en Italia -dada la gravedad que alcanzó la pandemia-, el criterio de la discriminación por edad se adoptó prácticamente sin debate.

Chile, en tanto, cuenta con las recomendaciones que generó el MIN-SAL para los comités de ética asistencial y con el documento que Ignacio Sánchez, rector de la UC, entregó a la Mesa Social. De acuerdo a Diana Aurenque, filósofa de la Universidad de Santiago y experta en ética médica y filosófica, estos lineamientos son importantes pero insuficientes. Por eso, ella y un grupo de expertos en bioética de diferentes universidades (USACH, Universidad de Chile, Universidad Andrés Bello, Universidad del Desarrollo y Universidad Adolfo Ibáñez) elaboraron un documento que será publicado este junio de 2020 en la Revista Bioética Complutense. En ese documento ("Orien-

taciones ético-médicas para la atención de pacientes críticos en contexto de pandemia por COVID-19") quedan claras algunas diferencias importantes con la propuesta de los especialistas de la UC.

"Tanto la ética médica, como en la ética de la salud pública, hay orientaciones que son claras; hay perspectivas que son un poco más liberales desde el punto valórico, y otros más bien conservadores. Las posturas más bien conservadoras no toman tan en cuenta la voluntad de las personas, sino más bien siguen la tendencia paternalista de los médicos de conservar la vida a toda costa. Eso me preocupa, porque (en el documento de la UC) se habla mucho de consensuar con el médico y la familia, y si no, con un comité de ética. Y yo soy de la posición de la ley de consentimiento informado que existe en Chile desde el 2012, que asegura que la decisión que uno toma de aceptar o rechazar tratamiento tiene que ser respetada; en el texto aparece que la autonomía será 'considerada' o 'evaluada'. Pero la autonomía de una persona sí tiene que ser respetada, incluso cuando contradiga la visión de un médico. Nosotros ya no somos menores de edad que necesitamos que nos digan cómo vivir y qué vivir, eso me parece preocupante", explica la especialista. Además, dice que la idea de 'cuidar en vez de curar', de la UC, le parece una propuesta interesante que suena muy bien, pero que no ayuda mucho cuando realmente hay que priorizar pacientes.

En el paper elaborado por especialistas de esas cinco universidades se recalca que, en su diario vivir, los médicos arriesgan su salud por la protección de otros, y que debemos no sólo protegerlos para que no se contagien, sino también ofrecerles orientaciones éticas que los empoderen en situaciones críticas.

Y se afonda en estas propuestas que recogen experiencias internacionales: "Ante una posible saturación sanitaria los lineamientos deben proporcionar orientaciones éticas para priorizar pacientes y maximizar los beneficios para la mayoría de la población. La priorización se orienta por ello en un marco utilitarista, que busca salvar la mayor cantidad de vidas, de años-vida y con

Fecha: 18-06-2020  
Medio: Revista Velvet  
Supl.: Revista Velvet  
Tipo: Actualidad  
Título: **EL DILEMA DE LA ÚLTIMA ????**

Pág. : 56  
Cm2: 601,9

Tiraje: 6.000  
Lectoría: 18.000  
Favorabilidad:  No Definida



Fecha: 18-06-2020  
Medio: Revista Velvet  
Supl. : Revista Velvet  
Tipo: Actualidad  
Título: EL DILEMA DE LA ÚLTIMA ????

Pág. : 57  
Cm2: 351,9

Tiraje: 6.000  
Lectoría: 18.000  
Favorabilidad:  No Definida

consideración de la etapa vital, sin por ello desatender la dignidad de las personas. En este sentido no se trata de considerar únicamente criterios epidemiológicos, sino también establecer criterios éticos que sean socialmente aceptables (...) En contexto de pandemia, las salas de urgencia y las unidades de cuidados intensivos de los centros hospitalarios deberán más frecuentemente aplicar las llamadas estrategias de triage. Una estrategia del triage es necesaria cuando se constata que los recursos médicos disponibles en ambas son insuficientes para ofrecer tratamiento a todos los pacientes que se encuentren en riesgo vital, y los médicos deben clasificarlos y ordenarlos en diversas categorías de importancia. Existen dos escenarios posibles de priorización, donde los médicos se ven en la obligación de decidir y determinar qué pacientes con riesgo vital deben recibir y/o dejar de recibir tratamiento prioritario: a) priorizar entre varios pacientes con riesgo vital que deben recibir atención y donde los recursos médicos son limitados (trage ex - ante) y b) determinar, cuando todos los equipos estén ya siendo usados por pacientes, en qué casos se debe cesar el tratamiento (trage ex - post). En ambos escenarios se trata de problemas éticos extremadamente complejos, pero en gran medida equivalentes: pues, mientras que en caso ex - ante, solo un paciente es priorizado y se inician cuidados intensivos (dejando otros fuera); en el otro caso, debe decidirse interrumpir tratamientos iniciados. Desde luego, en contextos de triage, de la forma que se decida priorizar, ello beneficiará a algunos, pero también perjudicará a otros", escriben los especialistas.

Lo importante, plantean, es que esta estrategia garante que toda persona, independiente de su edad, condición económica, género, etnia o edad, recibirá un trato igualitario y será respetado en sus decisiones clínicas. No habrá una solución ética perfecta, pero si se pueden conciliar recomendaciones ético-médicas aceptables, sensibles ante la urgencia de maximizar la salud de la población, mediante procedimientos conocidos y aplicados consecuentemente por el equipo médico, y que sean de conocimiento público.

"En la mayoría de las recomendaciones éticas internacionales de las que se dispone para estrategias de triage, se reconoce frecuentemente el mandato ético utilitarista implícito de salvar la mayor cantidad de vidas y maximizar los años-vida. Ahora bien, dado que para 'salvar vidas' no existe un algoritmo médico en tanto cada paciente es un caso individual con una patología igualmente singular, el equipo médico, además de recurrir a criterios ético-médicos del triage, debe aplicar siempre su buen juicio. Por ello, más que salvar vidas, se trata de garantizar que la mayor cantidad de personas que accederán a los recursos médicos, podrán tener un beneficio del tratamiento", explican estos expertos.

En este contexto, uno de los criterios sugeridos es el beneficio clínico a corto plazo: "En los casos de triage ex - ante, un primer criterio médico fundamental para evaluar si un paciente debe ingresar a la UCI es el pronóstico de beneficio clínico a corto plazo. Aquí se trata de detectar al paciente que sacará el mayor provecho de la intervención en el más corto tiempo. Los pacientes que tengan probabilidad de sacar el mayor beneficio en el más corto plazo (días-camas) por recibir cuidados intensivos deberán ser priorizados. Se debe adecuar el esfuerzo terapéutico (no iniciar o retirar medidas de soporte vital en escenario de triage ex - post) cuando la intervención sea desproporcionada y fútil. Para esta evaluación, deben utilizarse criterios clínicos objetivos como Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) u otro método similar y reconocido. Dado que la mayoría de los pacientes críticos por COVID-19 probablemente serán adultos mayores, es esperable que dichos pacientes requerirán más

esfuerzo médico por presentar, por lo general, más enfermedades crónicas, y requerirán un esfuerzo médico mayor".

El documento, por cierto, especifica que, en ningún caso la voluntad del paciente debe ser supeditada a cualquier consideración de paternalismo médico o familiar y que, en caso de que un paciente no sea priorizado, no significa que será abandonado.

Además, habla de la importancia de la evaluación constante, "particularmente en los casos de triage ex - post, es decir, en contextos donde pacientes se encuentran utilizando soportes vitales escasos y/o que se requieren con urgencia para otros pacientes críticos, el equipo médico debe evaluar constantemente la mejora terapéutica y/o condición de los pacientes. En casos donde no se logre estabilizar al paciente o donde su estabilidad es de suma fragilidad y con una nula perspectiva de rehabilitación, no existe indicación médica para mantener los soportes vitales".

Los especialistas en bioética también aconsejan que las decisiones que se tomen con relación a la admisión o rechazo de pacientes a cuidados críticos sea respaldada por al menos dos profesionales de la salud con experiencia en UCI. Uno de ellos no debe ser parte del equipo médico para favorecer la objetividad, descargar del distrés moral de la decisión a los miembros del equipo, y para garantizar la transparencia. En vistas de aminar el tiempo en la toma de decisiones, se recomienda que sólo en casos de discrepancias entre los médicos se acuda al Comité Ético Asistencial de su centro clínico. Estos a su vez, deben orientarse de acuerdo con las recomendaciones éticas de la Comisión Asesora de Ética Asistencial del Ministerio de Salud (CEAM).

Y acá viene lo más duro en este debate. La priorización se complejiza cuando dos o más pacientes, al ser evaluados bajo los criterios mencionados, califican de igual o similar manera respecto de su beneficio terapéutico, pero no todos pueden ser atendidos. O cuando se satura desproporcionadamente el sistema sanitario. En ambos casos, los firmantes de este texto dicen que hay dos principios más controvertidos que, adicionalmente, deberían ser aplicados: uno de ellos es la expectativa de vida. "Como criterio adicional para priorizar pacientes, varias recomendaciones (Italia, Austria y Suiza) han incorporado la cantidad de años de vida. En casos de saturación del sistema, se recomienda ponderar el criterio de la mayor cantidad de vidas salvadas (implícito en el beneficio a menor corto plazo) junto con el criterio de mayor cantidad de años vida a la vez. Así, una persona puede tener un buen pronóstico de beneficio clínico de corto plazo, pero no tan buen pronóstico de sobrevida después del alta, por lo que no sería priorizado. Por el contrario, una persona puede tener, en comparación con la anterior, menor pronóstico de beneficio clínico a corto plazo, pero mayor pronóstico de vida después del alta y por ello, ser priorizado". El segundo argumento recomendado en estos casos más dramáticos es el "First came, first served" (el primero en llegar, primero en ingresar), un principio que aparece en recomendaciones de países como Inglaterra y Austria. Sin embargo, es interesante tener en cuenta que el documento elaborado por profesionales de la UC cuestiona ese criterio; "puede ser justo para la atención en un restaurante, pero no lo es cuando está en juego la vida y el paciente rezagado no puede ir a 'comer a otra parte'".

Hasta el cierre de esta edición, el 97% de las camas críticas estaban ocupadas. La discusión sobre la última cama, claro está, es urgente.