



## Pensando en el racionamiento de ventiladores

**"En cambio, el objetivo debe ser asignar los ventiladores en base a prácticas aplicadas de manera uniforme, lo más justas posible, en todo el espectro de pacientes, sin recurrir a evaluaciones sesgadas de la 'calidad de vida.'"**



Cuando los ventiladores escasean, varios principios éticos clave pueden ayudar a los médicos:

- 1) Los ventiladores no deben racionarse en función a exclusiones categóricas, como la edad del paciente, la discapacidad (por ejemplo, ser parapléjico) u otras características secundarias, sino más bien sobre la base de datos clínicos, incluida la probabilidad de supervivencia, la función de los órganos u otros datos médicos o exámenes auxiliares clínicamente relevantes. Se pueden utilizar varias escalas de valoración médica para evaluar objetivamente esta información sobre el estado de un paciente y hacer comparaciones entre pacientes.
- 2) Si dos pacientes clínicamente similares llegan a la sala de emergencias, la asignación de un ventilador a un paciente respecto a otro se puede hacer por orden de llegada, una lotería u otro enfoque aleatorio.
- 3) Generalmente es inmoral quitar el ventilador, sin consentimiento, a un paciente que todavía lo necesita para dárselo a otro paciente que puede morir sin él.
- 4) Cuando un paciente con COVID

se esté deteriorando claramente y, a pesar del uso del ventilador, su posible desenlace sea la muerte, se debe iniciar el diálogo con el paciente o su representante legal para obtener el consentimiento para retirar el ventilador. En estos casos, obtener el consentimiento libre e informado ayuda a resolver casi todos los ángulos problemáticos en el proceso del racionamiento del ventilador. Se pueden utilizar escalas de valoración médica para decidir cuál de los representantes legales de los pacientes debe contactarse primero. La atención debe siempre permanecer enfocada en establecer y mantener una comunicación honesta y abierta con el paciente, la familia y el representante legal durante las situaciones de difícil triaje.

- 5) En situaciones de triaje, los pacientes que desistan de ser conectados a un ventilador, o que no pueden recibir un ventilador debido a la falta de disponibilidad, deben recibir no solo alternativas adecuadas de tratamiento médico y medidas paliativas para controlar su malestar, sino también apoyo espiritual enraizado en

# El Sentido de la Bioética

## Pensando en el racionamiento de ventiladores

su tradición religiosa particular. Esto incluiría visitas de un pastor, ministro, sacerdote, etc. donde se puedan atender solicitudes finales, los últimos sacramentos y otras necesidades.

Durante la crisis del COVID-19, algunos comentaristas recomendaron que las decisiones estuvieran a cargo de oficiales de triaje o comités de triaje y no a manos de los médicos de primera línea. En un artículo reciente en el *New England Journal of Medicine* (NEJM), por ejemplo, el Dr. Robert Truog y sus colaboradores ofrecen este enfoque como una forma de "proteger" a los médicos:

Los reportes de Italia describen el llanto de los médicos en los pasillos del hospital debido a las decisiones que debían tomar. No debe subestimarse la angustia que pueden experimentar los médicos cuando se les pide que retiren los ventiladores por razones que no están relacionadas con el bienestar de sus pacientes – pues podría conducir a una angustia debilitante e incapacitante para algunos médicos. Para evitar este trágico resultado, una estrategia es utilizar un comité de triaje para proteger a los médicos de este daño potencial.

Sin embargo, el objetivo principal durante el triaje no puede ser "reducir el impacto emocional en los médicos" o "suavizar la angustia" de lo que es claramente un conjunto de decisiones difíciles y desafiantes. Tampoco se trata de "salvar la mayor cantidad de vidas posible en una época de crisis sin precedentes", como propone el artículo del NEJM. Tampoco se trata de favorecer a quienes tienen "una mejor y más larga sobrevida", como han sugerido otros, basándose en un cálculo utilitario que favorece a los jóvenes y a los más fuertes.

En cambio, el objetivo debe ser asignar los ventiladores en base a prácticas aplicadas de manera uniforme, lo más justas posible, en todo el espectro de pacientes, sin recurrir a evaluaciones sesgadas de la "calidad de vida". Incluso en una pandemia, la primera prioridad sigue siendo una excelente atención de la salud del paciente.

Los escenarios de triaje involucran situaciones de emergencia. Por ejemplo, en caso de emergencia, cuando los motores de un avión se apagan, el capitán no debería ser reemplazado por un "comité de aterrizaje" remoto cuya misión sea llevar al avión a un descenso seguro. Por el contrario, los pasajeros deberían poder confiar en un piloto con habilida-

des profesionales, instintos y experiencia, alguien que esté completamente involucrado en la crítica tarea en cuestión. La participación personal del piloto en el destino de sus pasajeros refleja el acompañamiento del médico a sus pacientes en un momento de crisis, con estos médicos de primera línea asumiendo adecuadamente un papel clave en la toma de decisiones sobre la asignación de recursos médicos limitados.

En lugar de tratar de delegar esta responsabilidad a un comité para "mitigar la enorme carga emocional, espiritual y existencial a la que puede estar expuesto el personal de salud", como lo expresa el artículo del NEJM, los médicos de primera línea junto con sus pacientes, familiares y / o representantes legales deben gestionar estas decisiones críticas, con comités de triaje que actúen como asesores, mas no como tomadores de decisiones o adjudicadores de competencias.

Si el racionamiento se vuelve necesario, los principios éticos sólidos no solo permiten que se tomen decisiones responsables de clasificación, sino que también pueden ayudar a los médicos a evitar el pánico y acompañar con calma a cada paciente que ingresa a un centro de atención médica, incluso aquéllos que enfrentan sus últimos días y horas.

*El Padre Tadeusz Pacholczyk hizo su doctorado en Neurociencias en la Universidad de Yale y su trabajo postdoctoral en la Universidad de Harvard. Es sacerdote para la Diócesis de Fall River, Massachusetts y se desempeña como Director de Educación del Centro Nacional Católico de Bioética en Philadelphia. Para mayor información, por favor visite el National Catholic Bioethics Center ([www.ncbcenter.org](http://www.ncbcenter.org)) y [FatherTad.com](http://FatherTad.com). Traducción: Tania C. Vasquez Loarte, M.D., M.P.H.*

