

Orientaciones éticas ante el llamado “problema de la última cama”

M. Alejandra Carrasco^{1,2}, R. López^{1,3}, L. Valera^{1,2}, P. Pérez⁴ y R. Castro⁵

Es frecuente que en tiempos de pandemia se empiecen a agotar los recursos mientras crece el número de enfermos. Por esto, en ocasiones los profesionales de salud pueden verse enfrentados a decisiones dramáticas y completamente inéditas para ellos, como tener que elegir entre dos pacientes a cuál tratar y a cuál dejar sin tratamiento. Este, comúnmente conocido como el “problema de la última cama”, es una situación extrema ante la que conviene tener claridad *a priori*, pues es natural que en ese momento las emociones se agolpen y resulte difícil realizar un juicio moral ponderado y cierto.

El principio del respeto a la dignidad de las personas implica tratarlas exclusivamente en base a los aspectos de su carácter o circunstancias particulares que son relevantes para el tema en cuestión. En el contexto de pandemia, esto significa, en primer lugar, el respeto y cuidado que todo paciente merece en cuanto persona. En segundo lugar, significa que cualquier ventaja o desventaja que se asigne debe hacerse exclusivamente en base a consideraciones atinentes, de modo de evitar toda discriminación arbitraria o parcialidad injustificada. Por tanto, cuando escaseen los recursos de soporte vital (ventiladores) en relación con los pacientes que los requieren, la distribución o asignación de estos solo debe hacerse en base a consideraciones relativas al bien que corresponde a los profesionales de la salud resguardar, esto es, a las condiciones objetivas de salud del paciente. Cualquier otro criterio que se utilice para discriminar sería arbitrario y, en consecuencia, injusto.

Ahora bien, es necesario reconocer que la limitación de recursos del momento puede impedir satisfacer adecuadamente la provisión de terapias. Sin embargo, también hay que recordar que el juicio de pertinencia debe considerar variables del contexto, por lo que una medida pertinente en un contexto ordinario, puede no serlo en una situación distinta.

Los criterios injustos

Algunos de los criterios injustos que se han postulado, que discriminan en base a consideraciones ajenas al bien en cuestión y son, por ello, incompatibles con una medicina centrada en la persona, son:

1. Primero en llegar, primero en ingresar: argumento del corredor olímpico

La norma “*first come, first served*” puede ser justa para la atención en un restaurant, pero no lo es cuando está en juego la vida y el paciente rezagado no puede ir a “comer a otra parte”.

Llega un joven de 25 años con Covid-19 y una dificultad moderada para respirar, y una hora más tarde un hombre de 55 muy grave. De acuerdo con este criterio, se debería preferir a el de 25.

2. El máximo beneficio posible: argumento utilitarista

Este criterio busca “la mayor utilidad para el mayor número posible”, y puede discriminar entre pacientes según los años de vida de calidad que le queden (*QALY: Quality Adjusted Life Years*); puede discriminar según el esfuerzo médico que haya que

¹ Centro de Bioética, Facultad de Medicina, PUC

² Instituto de Filosofía, PUC

³ Departamento de Anestesia, Facultad de Medicina, PUC

⁴ Programa de Cuidados Paliativos, Facultad de Medicina, PUC

⁵ Departamento de Medicina Intensiva, Facultad de Medicina, PUC

invertir en cada uno de ellos (pensando que mientras menor sea el esfuerzo se podrá tratar a un mayor número), o puede ser una combinación de ambos.

Llega un paciente de 45 años en buena condición general pero con Covid-19 grave, y otro de 70 con Covid-19 moderado pero diabético. De acuerdo con este criterio, se debería elegir al de 45 por sus QALY (aunque en principio se invertirá un poco más, la posibilidad de complicaciones del otro, por sus comorbilidades, anulan la diferencia).

3. El más joven: argumento del tiempo cumplido (o *fair innings*)

En esta crisis hemos visto países que han recomendado directamente discriminar por edad, incluso prescribiendo no intubar a personas mayores de cierto número de años. La lógica de este criterio es que una vida normal puede durar unos 70 años, por lo que después de esa edad ya se considera un “bono extra”. Por el contrario, una muerte más temprana, implica no haber podido gozar de esa “porción justa” o “tiempo suficiente” de años. Así, al momento de elegir, habría siempre que optar por dejar morir al que ya tuvo su porción justa” y dar la oportunidad al que todavía no la ha completado.

Llega un paciente de 75 años, sin comorbilidades, y otro de 50, con otras patologías importantes. De acuerdo a este criterio, se elige al de 50 que todavía no ha llegado a la “porción justa” de tiempo.

4. El que pueda pagar: argumento del *laissez faire*

Este criterio sigue la lógica de un libre mercado extremo (sin correcciones). Afirma que se debe priorizar al paciente que puede pagar, pues eso permite mantener el servicio funcionando y, en definitiva, seguir atendiendo personas. Por el contrario, empezar por los que no pagan significaría “comerse la torta” sin reemplazarla, y terminaría acabándose.

Llega a la clínica un paciente con seguro de salud privado, y otro sin seguro. De acuerdo con este criterio, se debería preferir al privado.

5. El que más conviene: argumento populista

Según este criterio, se debe salvar a aquel que es más valorado por la sociedad, o el que es más útil para ella.

Llega el goleador del torneo de fútbol y otro paciente, incluso en condiciones mejores, pero que es una persona en situación de calle. De acuerdo con este criterio, se debería preferir al primero.

6. El que más se lo merece: argumento “1 + 1”

Este criterio parte del supuesto que se debe premiar a quien ha hecho un esfuerzo por cuidarse. Se entiende que es también un incentivo a la responsabilidad personal, como, en otro ámbito, a la hora del trasplante de hígado-riñón, se prefiere a la persona que no bebe antes que al que apenas lleva los meses obligados sin beber alcohol.

Llega un paciente fumador con Covid-19, y otro que no fuma y hace ejercicio regularmente, en iguales condiciones. De acuerdo con este criterio, se debería se prefiere al segundo.

7. Lo que el paciente decida: argumento del “cliente siempre tiene la razón”

Este criterio traspasa la responsabilidad de la decisión al paciente. En muchos casos, y dependiendo de la legislación de cada país (no es el caso de Chile), esto podrá realizarse por medio de voluntades anticipadas; en otros será por una conversación directa del paciente (o sus cercanos) y el equipo tratante. Aquí el médico supone que

honra la autonomía del paciente, y actúa acatando lo que él decida (al margen de su juicio clínico).

Llega un paciente con Covid-19 de 55 años, con altas probabilidades de salir adelante en corto tiempo; junto a otro de 80, muy complicado con otras comorbilidades. El primero no quiere ser tratado, el segundo sí, y que se extremen los recursos. De acuerdo con este criterio, se debería hacer lo que cada uno solicita, es decir, atender al paciente de 80 años.

8. El que tiene más éxito terapéutico: el argumento del “triage militar”

Frente a una situación de necesidad extrema y escasez de recursos, los militares han inventado un sistema para determinar quién está esencialmente más allá de la ayuda y, por lo tanto, deciden no utilizar sus pocos recursos en él. Se trata de un cálculo estratégico de recursos, basado en criterios de inclusión y exclusión estrictos.

Llega un paciente con una condición extremadamente aguda, y otro con condición más leve. De acuerdo con este criterio, se debería atender solo al segundo paciente, sin gastar recursos en el primero.

Una propuesta

Los criterios que hemos enumerado presentan distintas debilidades a nivel teórico –que en este breve texto no se pueden discutir– y sobre todo no se enfocan en el punto central de la atención médica: el paciente mismo, su condición objetiva, y su contexto. Si bien es cierto que, en situaciones excepcionales como una pandemia, el equipo de salud debe considerar factores que usualmente no entran de forma directa en la toma de decisiones ordinaria, no hay que olvidar el elemento central de la relación médico-paciente, es decir, la persona humana.

Strictu sensu, por lo tanto, **el médico –o el equipo de salud– no decide sobre quién tiene que vivir y quién tiene que morir, sino que trata de ofrecer una atención adecuada a la condición clínica del paciente**, de acuerdo con los medios que tiene a disposición en un contexto dado. Ese contexto dado implica asumir en su integralidad al paciente. En pocas palabras, **el foco central de la atención médica no es la cama** (no sería correcto hablar del “dilema o ritual de la última cama”), **sino el paciente y los pacientes que hay que cuidar, aun cuando se vuelva imposible curar**. La maximización de los recursos será siempre, entonces, una consecuencia de una modalidad prudente de considerar los medios a disposición con el fin de atender al paciente, y nunca al revés: el fin último es siempre la salud de los pacientes.

Además, hay que considerar que ante una eventual escasez extrema de recursos, la medicina deberá ir más allá del individualismo biomédico tradicional (que considera a la relación médico-paciente como si fuera totalmente aislable del contexto de otras relaciones clínicas y sociales) para incorporar elementos que no pertenecen al núcleo de esta relación, como son los factores sociales, económicos, jurídicos, etc. El manejo de la situación de crisis requerirá hacer caso a las voces que critican esa mirada: recordar a Hipócrates. Se trata, en definitiva, de incorporar elementos que, aunque no son totalmente ajenos al juicio clínico (recursos disponibles, factores sociales que pueden incidir en la salud del paciente, etc.), rara vez se consideran. El conocimiento detallado de esos elementos permitirá elaborar un juicio lo más global posible sobre la condición del paciente y las posibles medidas a adoptar.

Por consiguiente, la “última cama” la recibirá el paciente para quien la UCI sea la opción más apropiada. Cuando hay más de un paciente en esta condición, la asignación deberá hacerse de acuerdo con prioridades clínicas objetivas según la valoración de especialistas (comité u oficial de triage), según la situación del momento y la estimación del pronóstico de recuperación según el juicio clínico. Por otro lado, tanto como nos ocupamos de a quién se le asignará “la última cama”, debemos determinar con la mayor atención el cuidado que se le brindará a quien no ocupará esa última cama. Para este grupo de pacientes se debe asegurar en todo momento una atención digna, respetuosa y compasiva, que incluya el adecuado manejo de síntomas y un adecuado acompañamiento.

Fundamentalmente, hay que evitar que las decisiones se basen en discriminaciones arbitrarias, es decir, que no apuntan a lo esencial de la relación médico-paciente. La decisión médica debe ser una elección fundada en el bien interno a la profesión médica. Si no, será injusto.

Criterios generales para el cuidado de los pacientes en UCI

1. Cada persona merece un trato digno.
 - a. La dignidad no depende de los recursos gastados, sino del trato que se le presta.
 - b. No existen pacientes que no se puedan cuidar –el primer deber ético es no abandonar, y no considerar a ningún paciente como “imposible de cuidar” (aunque no se pueda curar).
2. La consideración de la condición del paciente es anterior a la consideración de los recursos a disposición
 - a. Cada paciente se merece un trato *ad hoc*, y representa un “unicum” en la atención clínica
 - b. Establecer el pronóstico de recuperación de cada paciente con los elementos clínicos que se tienen es el elemento central: los otros elementos pueden ayudar a complementar la decisión, pero no pueden ser factores determinantes
3. Es necesario considerar los recursos a disposición – racionar: hacer todo lo posible, con lo poco (o mucho) a disposición
 - a. El equipo de salud tiene que conocer con precisión los recursos de los que dispondrá en el día a día (particularmente la cama crítica con ventilador mecánico y los elementos de protección personal), para poder racionarlos y prever su posible distribución.
4. Justicia: es importante recordar que no todos los pacientes son iguales, por lo que los tratamientos no serán necesariamente iguales
 - a. Para que sean medidas justas, la diferencia en el manejo de los pacientes debe basarse en criterios clínicos objetivos, disminuyendo la incertidumbre, y en protocolos de procedimientos y tomas de decisiones previamente diseñados. Con esto se busca reducir cualquier diferenciación arbitraria.

Recomendaciones específicas para el cuidado de los pacientes en UCI

1. Tener un listado de los recursos a disposición a corto, mediano y largo plazo, que se actualizará constantemente.
2. Tener un listado actualizado de los pacientes en quienes se juzga proporcionado el ingreso a una unidad de cuidados intensivos y ventilación invasiva en caso de necesitar mayores cuidados.
3. Incorporar explícitamente en la entrega de turno las disposiciones específicas para cada paciente respecto a medidas de mayor soporte (ventilación invasiva).
4. Actualizar diariamente los *scores* de gravedad de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos y establecer el pronóstico vital para determinar la proporcionalidad de la ventilación mecánica del paciente para cada caso en cada día.
5. En caso de tener dudas sobre la mejor conducta a implementar con algún paciente, tener algún teléfono de contacto a quien llamar (médico de mayor experiencia, miembro del comité de ética asistencial).
6. Realizar interconsultas regularmente con algún médico con experiencia en cuidados paliativos para optimizar el manejo sintomático de pacientes, en particular el de aquellos para los que se ha acordado que no ingresarán a unidades de mayor complejidad.
7. En la medida de lo posible, integrar las entregas de turno de los distintos profesionales.
8. Entregar material escrito a los familiares sobre las normas de visita y los modos de obtener información de los pacientes ingresados.

Una *flow chart* para ayudar en el proceso de toma de decisión

