

# Decide DIRECTO con 7 pasos

## Guía Práctica para la toma de decisiones clínicas con ética ante la pandemia COVID-19

Dirigido a: personal de salud



### 1. DISCIERNE ¿Es dilema o no?

Imagina el mismo escenario sin el contexto de la pandemia actual y pregúntate: "¿En circunstancias normales intubaría a este paciente o lo referiría a cuidados paliativos?". Si la respuesta es "cuidados paliativos", no existe dilema. Futilidad del tratamiento o negativa del paciente o familiar, son los criterios que normarían la conducta de no utilización de recursos con fines curativos en una situación sin pandemia.

**2. INTENTA** tomar una decisión con base en el criterio de probabilidad de recuperación y mortalidad y comunícalo al paciente y su familia tan pronto como sea posible.

- Informado por Evidencia Científica actualizada.
- Informado por experiencia clínica.

**3. REVALORA** ante cada caso el status actual de los demás pacientes, algunos que antes podrías haber beneficiado por sus altas probabilidades de recuperación pudieron haber deteriorado.

### 4. EVITA adoptar

- Evita adoptar como criterio la asignación de un valor de "utilidad social" a las personas.
- Evita adoptar como criterio la edad de los pacientes, en su lugar, si no tienes tiempo de realizar una valoración adecuada de probabilidad de recuperación, puedes utilizar la esperanza de vida (recuerda que ésta última puede modificarse no solo por la edad sino también por las comorbilidades).
- Evita adoptar rutinariamente el criterio de tiempo de llegada ("al que llega primero se atiende primero") como regla de oro o principio máximo. Podrías utilizarlo como segundo criterio o de "desempate" en algunos casos que impliquen un contexto clínico similar.

**5. CONSIDERA** que una guía no sustituye el proceso de reflexión del médico, el cual es tan individual como cada caso y debes considerar tu respectivo marco legal.

**6. TOMA EN CUENTA** con anticipación la disponibilidad de los siguientes mecanismos que te servirán ante la toma de decisiones compleja:

- Servicio de consultoría en ética o bioética, si está disponible (considerar asistencia remota).
- Toma la decisión en conjunto con 2 colegas más para evitar sesgos personales y de manejo clínico.
- Designar alguna(s) persona(s) por turno que funja(n) responsable(s) de la toma de decisiones complejas. Este rol deberá de designarse por turno.

**7. OBSERVA** y cuida tu estado psicológico y espiritual. Si lo necesitas busca apoyo.



**Anáhuac**  
México



# Índice

Introducción.....	4
Argumentación para cada recomendación.....	6
Discierne: ¿Es dilema o no? .....	6
Intenta: tomar una decisión con base en el criterio de probabilidad de recuperación y mortalidad y comunícalo al paciente y su familia tan pronto como sea posible.....	8
Ante decisiones complejas, sírrete de los siguientes mecanismos:	9
Evita adoptar.....	10
Recuerda que una recomendación, protocolo o guía no sustituye el proceso de reflexión del médico, y que éste es tan individual como cada caso al que se enfrenta.....	17
Revalora en cada decisión el status actual de los pacientes. Algunos que antes podrías haber beneficiado por sus altas probabilidades de recuperación, pudieron haberse deteriorado y por lo tanto deberías de reevaluar la asignación de recursos en caso de requerirse.....	17
Observa y cuida tu estado psicológico y espiritual. Si lo necesitas busca ayuda.....	17
Referencias.....	18
Grupo de Trabajo.....	23



# Introducción

Esta guía ha sido desarrollada con la finalidad de acompañar la toma de decisiones del médico en el contexto de la pandemia COVID19, pensando en las difíciles experiencias a las que los médicos que han asistido en la pandemia se han afrontado hasta ahora. El día en que el desarrollo de esta guía fue propuesto (22/03/2020) existían 303,108 casos confirmados y de éstos 12,959 culminaron en decesos. Hoy se han confirmado 1, 673,423 casos de COVID19 a nivel mundial, de los cuales 101,526 (6%) han culminado en decesos y 371,637 (22%) se han recuperado completamente. En poco más de dos semanas, los casos confirmados aumentaron el quintuple y los decesos aumentaron seis veces. En México contamos actualmente con 3,441 casos confirmados, de los cuales 633 (22%) se han recuperado completamente y 194 (5.6%) de han culminado en decesos (1). Y el día de hoy (9/4/2020) se ha publicado que la estimación de casos a partir del Modelo Centinela de la OMS/OPS es de 26519, lo cual no está reflejado en el mapa de la Universidad de John Hopkins que reporta esta pandemia (2,3). Ello deberá de tomarse en cuenta en los países latinoamericanos para fines de vigilancia (3). En el contexto anterior toma lugar esta guía práctica.

La utilización del *triage* es parte de la cotidianeidad médica del servicio de urgencias. Lo que es diferente en el contexto actual es la escasez de recursos ante la naturaleza infecciosa y sin precedente de la enfermedad actual y sus agravantes serán diferentes para cada contexto. En Wuhan 5% de los pacientes infectados requirieron terapia intensiva y 2.5% ventilación mecánica. En cuanto a lo que compete a esta guía, la escasez de recursos no solo se refiere a no tener suficientes insumos materiales o médicos para atender a la pandemia, sino a que no todos los médicos que se unen a desahogar las necesidades del sistema de salud han sido educados para ser médicos de emergencias y no todos los médicos han sido educados para lidiar con dilemas morales de la naturaleza de una pandemia. Lo anterior resulta en una sobrecarga emocional, añadida a la física, en el personal de salud que puede tomar su cobro en la salud del médico.

Aunado a esto, problemas inherentes a cada sociedad en el que se presenta la pandemia, como la corrupción e intereses políticos, pueden agudizarse y repercutir aún más en la escasez de recursos especialmente para grupos vulnerables (4).

Coherentes con los esfuerzos de organismos internacionales que exhortan a los países e individuos a proteger y acompañar a los profesionales de la salud en esta pandemia de diversas formas (5, 6), el propósito de esta guía es dar un acompañamiento de ética a la toma de decisiones de los profesionales de la salud. Se propone un listado de siete pasos concretos a tomar en cuenta durante la valoración de lo que se cree que pudiera ser un dilema moral en la atención médica durante la pandemia. De tal modo que el médico que la considere tome decisiones informadas para el beneficio suyo y de la sociedad. Al integrar consideraciones éticas en beneficio de su paciente y su sociedad, el médico comparte su responsabilidad con la sociedad y dicha sana distribución de cargas, permite su alivio psicológico y moral porque ha hecho lo correcto. Aunado a esto, la transparencia en la justificación detrás de cada postura otorga a la sociedad una sensación de certidumbre muy importante en este momento, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (4, 7)

Uno de los casos más temidos por el personal de salud y discutidos entre las comunidades de bioética es que lleguen a buscar atención médica dos pacientes con características similares en cuanto a pronóstico y la escasez de recursos únicamente permita otorgar atención o el recurso vital a uno de ellos. De esto se desprenden varias de las observaciones que justifican los pasos recomendados a seguir en esta guía.



## Argumentación para cada recomendación

1

### Discierne: ¿Es dilema o no?

Tal y como lo comenta el "Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus", en momentos de crisis es fácil perder de vista lo que realmente representa un dilema de escasez de recursos que se origina de la crisis. Es decir, el estrés puede llevar al médico a percibir como "trágica" una decisión que normalmente no lo sería (8), y por lo tanto éste debe tener presente dos cuestiones: 1) que en contextos regulares sin pandemia también se decide diariamente sobre la oportuna y prudente utilización de recursos, ser consciente de esto permite tomar una perspectiva que le aventaje sobre la incertidumbre desmesurada, y 2) que en la situación que nos aqueja los principios de la buena práctica médica son aplicables (8). Esto último quiere decir que, así como en la cotidianidad, en la presente pandemia existirán muchos casos en los que optar por la no utilización de recursos es compatible con el principio de beneficencia, no maleficencia y una consecución de muerte digna.

En un contexto fuera de la pandemia, existen algunas circunstancias en las cuales, por el deterioro y comorbilidades presentes en el paciente, los familiares o los médicos tienden a optar por cuidados paliativos y no inversión de recursos curativos si el curso de la enfermedad tiene altas probabilidades de llevar a la muerte al enfermo. De acuerdo con lo anterior, el profesional de la salud debe plantearse qué haría con el paciente actual si la situación de escasez de recursos no existiera. Por ejemplo: ¿me encuentro frente a un paciente con una enfermedad crónica que cumple criterios de terminalidad?<sup>1</sup>, ¿el paciente cuenta con un documento de voluntad anticipada en el que solicita no utilizar medidas invasivas para prolongar la vida o lo comunica verbalmente?<sup>2</sup>, si la respuesta a cualquiera de las dos preguntas previas es “**SÍ**”, entonces el paciente debe recibir únicamente cuidados paliativos (9) y el dilema ético no existe. En caso de que la respuesta fuera a ambas preguntas fuera “**NO**”, entonces tendría verdadero sentido plantearse opciones de triage y priorización.

Por ello, así como otros grupos, concordamos en que el primer paso es valorar con un marco mental en el cual el contexto sea la cotidianidad. Únicamente los dilemas que vienen directamente provocados por el contexto concreto de la pandemia exigen una reflexión de complejidad ética y de una deliberación específica. (8)

Por ello, así como otros grupos, concordamos en que el primer paso es valorar con un marco mental en el cual el contexto sea la cotidianidad. Únicamente los dilemas que vienen directamente provocados por el contexto concreto de la pandemia exigen una reflexión de complejidad ética y de una deliberación específica. (8)

<sup>1</sup> Considera: enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), cáncer, esclerosis lateral amiotrófica, insuficiencia hepática, trastorno neurocognitivo mayor, enfermedad de Parkinson y Poliúlcerados con inmovilismos irreversibles.

<sup>2</sup> En caso de que el paciente no se encuentre consciente por completo, es decir en calidad de tomar decisiones por sí mismo, y venga acompañado de un familiar, entonces considera preguntar a este respecto a la existencia de **Voluntad Anticipada** y/o si su voluntad ha cambiado con respecto al uso de medidas extraordinarias. Este es buen momento para recordar al familiar de que las características que esta pandemia urgen al médico a tomar decisiones de manera rápida y requiere de información clara para tomar en cuenta la autonomía y dignidad de su paciente ante alta probabilidad de muerte. Considera que, en situaciones de emergencia, el **Consentimiento Informado** escrito puede ser sustituido por uno verbal. La implementación de un sistema en el cual exista personal destinado verificar que los pacientes cuenten con Voluntad Anticipadas a la mano y/o consideren antes de ver al médico las difíciles preguntas que tendrán que responder, puede beneficiar el valioso tiempo de su interacción con el médico.

# 2

## Intenta: tomar una decisión con base en el criterio de probabilidad de recuperación y mortalidad y comunícalo al paciente y su familia tan pronto como sea posible.

Una vez decidido que existe un dilema real en la asignación de recursos, habrá que intentar tomar una decisión basada en el criterio de probabilidad de recuperación.

Este criterio está basado en probabilidades que se calculan con base en evidencia científica y/o clínica. Por ello su utilización es la menos debatida en las comunidades de ética y bioética. (3, 8, 10, 11, 12). Este criterio parte de una justa consideración de la escasez de recursos, los cuales debieran de ser para todos y no únicamente para los afectados por la pandemia, y procura ser equitativo con los pacientes tomando en cuenta sus circunstancias y posibilidades reales de recuperación (8).

La aplicación específica de este criterio dependerá del tiempo con el que se cuente. Cuando el tiempo lo permita se sugiere aplicar una escala de cálculo de mortalidad como el PSI / PORT (*Pneumonia Severity Index for community acquired pneumonia*) (13, 14). Este tipo de escalas resultan muy útiles y prácticas, ya que a través de diversas variables consideran los factores determinantes más importantes, como las enfermedades crónicas, el estado funcional, cognitivo y nutricional del paciente, variables de inestabilidad hemodinámica y de falla orgánica. Contando con los exámenes de laboratorio necesarios (química de 4 elementos, biometría hemática, sodio y gasometría arterial) su cálculo toma alrededor de **3 minutos**<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Si tienes acceso a un celular puedes utilizar calculadoras de riesgo para medicina de emergencias como el "Rapid Emergency Medicine Score" y otras escalas recomendadas (15) como la "APACHE II" y "qSOFA" (para sepsis), nosotros recomendamos la "MEWS" porque ha demostrado su eficacia para valoraciones iniciales rápidas en la experiencia de uno de los autores sin estudios de laboratorio, y el "PSI / PORT" porque está diseñado exclusivamente para neumonía y en internet puede encontrarse una actualización en donde se incluye además de las demás variables, prueba positiva o negativa de COVID19. Por último, cabe mencionar que el "Guangzhou Institute of Respiratory Health" ha diseñado su propia calculadora para predecir enfermedad crítica a la admisión, mas no encontramos estudios de su validación a la fecha. A continuación, los vínculos de algunas escalas:

- a. Valoraciones rápidas cuando no se cuenta con estudios de laboratorio
  - Modified Early Warning Score (MEWS) para deterioro clínico (<1 min):  
<https://www.mdcalc.com/modified-early-warning-score-mews-clinical-deterioration> (16)
  - Rapid Emergency Medicine Score (2 min. toma en cuenta Glasgow para pacientes con alt. Del estado de consciencia):  
<https://www.mdcalc.com/rapid-emergency-medicine-score-rem> (17)
- b. Valoraciones cuando se cuenta con estudios de laboratorio
  - PSI / PORT (3 min, requiere de prueba para COVID19):  
<https://www.mdcalc.com/psi-port-score-pneumonia-severity-index-cap> (18)
  - Guangzhou Institute of Respiratory Health (no cuenta con evidencia de validación):  
<http://118.126.104.170/> (19)
- c. Valoraciones cuando se cuenta con estudios de laboratorio y radiografía
  - APACHE II (Unidad de Cuidados Intensivos):  
<https://www.mdcalc.com/apache-ii-score> (20)

Revisa en los momentos que te sea posible la evidencia científica y clínica más reciente para formar criterios con antelación. Con este tipo de herramientas podrás estar mejor preparado para hablar con el paciente o la familia según sea el caso y proporcionar un panorama más amplio en cuanto a su pronóstico y probabilidades de tratamiento.

En aquellos casos en los que el tiempo no sea suficiente para tomar laboratorios y calcular el pronóstico de cada paciente, entonces podrías tomar los datos inmediatos de una valoración de urgencias para generar un pronóstico aproximado con los factores mencionados arriba.

# 3

## Ante decisiones complejas, sírvete de los siguientes mecanismos:

### a. Servicio de consultoría en ética o bioética, si está disponible.

Algunos países desarrollados publican en sus guías la relevancia de utilizar los servicios de consultoría de ética clínica y bioética hospitalaria en el contexto actual (8,21). Si bien es cierto que varios países en desarrollo no cuentan con un amplio sistema de este tipo de apoyo, también es cierto que muchas instituciones en Latinoamérica tienen personas expertas en bioética y muchos de ellos, clínicos. De tal modo que, en estos momentos, se podrían configurar roles para dichos expertos como apoyo a los equipos de emergencia. Por ejemplo, en México, recientemente y ante las actuales necesidades, la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac México generó un servicio de consultoría en Bioética virtual para responder a las necesidades de esta pandemia dentro de los sistemas hospitalarios (22). La tecnología puede ayudar a aliviar algunas de las necesidades de la actual pandemia.

### b. Toma la decisión en conjunto con dos colegas ó más para evitar sesgos personales.

Al tratarse de decisiones complejas que implican una carga emocional para quien ha de tomarlas es recomendable producir una reflexión tripartita en torno a si es la mejor decisión

valorando cuidadosamente sus pros y contras. Diferentes profesionales de la salud podrán otorgar diferentes puntos de vista que faciliten la toma de decisiones además de disminuir la carga emocional de las decisiones *unipartitas*, que es uno de los principales eventos que impactan sobre la salud mental del personal sanitario. (23, 24)

**c. Designar alguna(s) persona(s) por turno que funja(n) como actor(es) responsable(s) para la discusión de toma de decisiones complejas. El establecimiento con antelación de estos roles permite una implementación eficiente.**

Si bien sería ideal que se trate de médicos especialistas con un conocimiento de medicina intensiva o crítica, podrán ocupar este lugar otras especialidades o incluso médicos en formación (residentes) si así lo amerita la situación. El objetivo es generar distintos puntos de vista que puedan contribuir a la toma de decisiones del médico como entidad única. y (23)

# 4

## Evita adoptar

### a. Evita adoptar como criterio la asignación de un "valor social" a los pacientes"

Supongamos, que, en un caso hipotético, al revisar el expediente de uno de los dos pacientes que se presentan, te das cuenta de que tiene algún tipo de discapacidad (p.e. cognitiva), padecimiento conductual (p.e. adicción) o antecedente social negativo (p.e. criminal, inmigrante sin estatus legal, persona sin trabajo y/o casa), y el otro no. ¿Deberías de tomar en cuenta esto como criterio para decidir quién recibe el ventilador? ¿Cuál "vale" más de los dos?

En primer lugar, el considerar que uno valga más que otro va en contra de la dignidad humana, valor que sustenta a los Derechos Humanos y dicta que todo ser humano tiene un valor intrínseco. Esto quiere decir que el médico no podría determinar qué paciente vale más. Congruente con esto, un grupo de expertos en derechos humano de la ONU advirtió que "las declaraciones de emergencia basadas en el brote de COVID-19 no deberían usarse como excusa para atacar

a grupos, minorías o individuos particulares. No deberían utilizarse como una tapadera para acciones represivas con el pretexto de proteger la salud (...) y no deberían usarse simplemente para sofocar la disidencia" (25). Tanto los gestores de políticas y los médicos deberán vigilar que sus acciones no afecten a grupo vulnerables. (4, 8, 23, 25)

En la actual pandemia, el criterio de valor social o utilidad ha sido proclamado como válido en algunos y como no ético por otros, incluso dentro de las mismas sociedades (8, 23, 24, 26). La interpretación de lo que es valorado depende de la sociedad, el gobierno o las personas que emiten el juicio, y no siempre representa el pensar de la mayoría (23, 25, 26, 27). Algunos organismos han expresado su favorecimiento por actitudes que al contrario de beneficiar a los que puedan aportar más a la sociedad, se adopten actitudes que protejan a grupos sociales vulnerables como por ejemplo aquellos con discapacidades y adultos mayores (8, 24, 25).

La tensión entre posturas sobre la utilización de estos criterios muestra que su uso resulta sumamente complejo y el desear que su implementación la lleve a cabo un médico es inaceptable. Considérese que el médico podría enfrentarse a un escenario en donde no esté de acuerdo con lo que le solicita el estado. Lo anterior puede resultar, dependiendo del marco legal en el que ocurra, en dilemas de objeción de conciencia. Dichos dilemas son difíciles de esclarecer a tiempo en situaciones de emergencia. En México, se ha declarado ya la emergencia sanitaria, mediante decreto, por lo que la legislación en materia de salud federal en territorio nacional establece un delito para el caso de que personal de salud se rehusare a cumplir con lo impuesto por la Secretaría de Salud, cabe aclarar que esta disposición no habla expresamente del derecho a la objeción de conciencia, pero su interpretación extensiva podría derivar en la limitación del citado derecho dada la excepcionalidad de la situación. A continuación, se transcribe íntegramente el citado artículo de la Ley General de Salud:

*"ARTÍCULO 468. Al profesional, técnico o auxiliar de las disciplinas para la salud, que sin causa legítima se rehusare a desempeñar las funciones o servicios que solicite la autoridad sanitaria en ejercicio de la acción extraordinaria en materia de salubridad general, se le aplicará de seis meses a tres años de prisión y multa por el equivalente de cinco a cincuenta días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate..."*

Nuestra recomendación es evitar adoptar el criterio de "valor social" para la asignación de recursos y está fundamentada en el reconocimiento de la dignidad humana de todos los individuos. Adicionalmente, dicho criterio es subjetivo, porque en su aplicación entran en juego preconcepciones personales respecto a lo que es "bueno", "correcto" o "mejor" para juzgar a una persona. La emisión de este tipo de juicios no corresponde al entrenamiento que recibe un médico ni al acto médico mismo. Por último, el triage médico, per se, es un proceso complejo que lleva tiempo y segundo, por lo tanto, sería sumamente impráctico solicitar que el médico agregue este tipo de valoración a sus obligaciones y posiblemente negativo para su salud mental.

Cabe recordar que las circunstancias de crisis que se presentan actualmente no son de origen económico, político o social sino de salud pública (8). Si bien la búsqueda de soluciones para dicha crisis implica un análisis profundo interdisciplinario, éste le corresponde a las autoridades sanitarias y gubernamentales. El análisis ético o bioético a este nivel es diferente al que corresponde a la toma de decisiones del personal que presta atención médica. El deber médico como profesional de salud no involucra llevar a cabo un análisis económico, político y social para cada paciente que se le presenta. Dicho deber, se limita al análisis clínico en un marco de ética profesional en un contexto particular con muy limitada información y tiempo. Ante la complejidad y recursos con los que cuenta en médico, sólo puede justificarse que su toma de decisiones sea con base en criterios clínicos y no de tipo de utilidad social.

Si cualquier otro criterio más allá de los médicos debiera ser considerado en la toma de decisiones para beneficio de la

sociedad, es, primero, responsabilidad del estado tomar esta decisión, debido a que la limitación o suspensión de derechos es exclusiva de éste (8). No obstante, actualmente y de conformidad con diversas legislaciones del mundo y especialmente la mexicana, si bien en la emergencia sanitaria existen algunas limitaciones temporales de los derechos tales como el libre tránsito, eso no implica una pérdida de derechos fundamentales o derechos humanos, establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Las limitaciones a los derechos impuestos en las emergencias sanitarias atienden más a medidas para la contención del contagio que al tratamiento efectivo de los enfermos. Este último debe atender a la ciencia y a la adecuada distribución de recursos para el bienestar del individuo y de la colectividad, tratando de mantener un equilibrio en la medida de lo posible.

De manera secundaria, en cuestiones de aplicación de las normas de carácter no médico que establezca el estado y con impacto en la distribución de recursos, debiera ser responsabilidad de personas con injerencias administrativas tomar las medidas necesarias para su implementación. El atribuir responsabilidades equívocas al personal médico, puede llevar a la toma de decisiones errada, así como a consecuentes efectos deletéreos en la salud psicológica del médico tan severos, que pudieran culminar contraponiéndose con lo que se pretende proteger en primer lugar con el criterio de "valor instrumental" (en su aplicación para dar prioridad a profesionales de salud por su utilidad ante las actuales circunstancias). "Tan estresante puede ser el no contar con un criterio o guía general para la toma de decisiones, como lo puede ser el verse limitado a seguir una serie de establecimientos que puedan considerarse injustos o poco éticos (8). Un oportuno enfoque del criterio de valor instrumental sería el de reconocer lo anterior e implementar un sistema que evite sobrecargas innecesarias sobre el personal de salud.



## **b. Evita adoptar el criterio de edad (preferencia a los más jóvenes)**

En el caso hipotético que se presentó anteriormente dos pacientes de características similares se presentan ante la disponibilidad de un ventilador. Si las edades fueran 65 años con diabetes y 85 sin comorbilidades ¿qué se hace? ¿Qué pasaría si fueran edades más cercanas y sin comorbilidades? “Tenemos que decidir quién se muere y a quién debemos de mantener con vida” (26), comenta un médico italiano. La triste experiencia que los médicos en otras naciones han enfrentado sirve como ejemplo para los lugares afectados más tardíamente.

Ante la importante escasez de recursos, el uso de la edad como un rubro para asignación de recursos de salud ha sido propuesto por algunos lugares (26). Específicamente estableciendo, que, si existe un caso en el cual se tiene a dos pacientes y únicamente se cuenta con recursos para uno de ellos, entonces habría que elegir al de menor edad (3,10). Otros grupos de expertos y comités de bioética han expresado su objeción a este criterio debido a que este parte de la suposición de que la persona de menor edad tiene mayor posibilidad de sobrevivir o más años de vida por delante. Se ha especulado que otra motivación detrás de este criterio puede estar propulsado por el desear proteger a los individuos de la sociedad que tienen más años productivos por delante.

La determinación automatizada sobre qué vida debe ser salvada a partir de la edad, podría ser catalogada como gerontofobia. En el punto número 2 hablamos sobre el uso de escalas pronósticas para discernir entre dos pacientes con características similares, si bien es cierto que estas escalas consideran la edad de los pacientes, es prudente recordar que esta no es la variable con mayor peso estadístico.

Se sabe que los adultos mayores presentan una serie de cambios fisiológicos a nivel respiratorio como la disminución en la compliancia, la fuerza de los músculos respiratorios, así como del Volumen Espiratorio Forzado al primer segundo y la capacidad vital forzada entre otros, sin embargo, hasta la fecha no existen estudios que asocien directamente estos cambios con un peor pronóstico ante la necesidad del manejo ventilatorio (28). Sin embargo, en el caso de los pacientes con enfermedades pulmonares crónicas (restrictivas y obstructivas) esta correlación sí está comprobada.

Dado que la tasa de letalidad más alta durante esta pandemia se ha observado en adultos mayores, se han establecido hipótesis sobre la asociación entre los cambios en el sistema inmunológico relacionados con la edad y la severidad de la infección por COVID - 19, sin embargo, hasta ahora todo apunta a que las comorbilidades del paciente son las determinantes del pronóstico (29). Por lo que podemos concluir que no existe fundamento científico que justifique no otorgar tratamiento oportuno a un adulto mayor bajo la premisa de los cambios respiratorios normales que ocurren con el envejecimiento (12).

**c. Evita adoptar rutinariamente el criterio de tiempo de llegada y el azar (“al que llega primero se atiende primero”) como regla de oro o principio máximo. Podrías ocuparlo como segundo criterio o de “desempate” en algunos casos.**

Supongamos que un caso hipotético, dos pacientes, ambos con las mismas posibilidades de recuperación, acuden a solicitar atención médica ¿en quién se debería de destinar el recurso?

Algunos lineamientos éticos utilizados ya en España, por la “Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor”, han sugerido evitar los criterios de tiempo de llegada, lo más posible, así como el criterio del “más enfermo primero”, pues la situación demanda el “sacrificio” de algunos por el bien común consistente en la mayor cantidad de altas exitosas (7). Otros, han señalado que seguirle como primer criterio o único, va en contra de los principios de justicia y equidad, ya que deja fuera el criterio médico valorativo, asumiendo que todos los individuos se encuentran en situaciones de perfecta igualdad. Esto último va en contra del principio de equidad, el cual es uno de los valores promovido por la Organización Mundial de la Salud en su Guía de Manejo de Dilemas Éticos en los Brotes de Enfermedades Infecciosas (4, 8). Es decir, se estaría negando un recurso a una persona con más oportunidad de vivir, que, a otro con menos oportunidad, por su desafortunado tiempo de llegada.



De aquí que no pueda considerarse justificable su utilización sistemática, y únicamente en las situaciones en las que después de haber realizado los pasos del 1-3, continúe existiendo incertidumbre sobre en quién destinar recursos, se podría justificar este criterio como justo.

En dichos casos, el azar se considera la forma más justa debido a que puede evitar que la corrupción afecte a los más vulnerables en el sistema y/o propicien injusticias. Ya la OMS ha advertido que la corrupción puede agudizarse en tiempos de crisis sanitarias de esta naturaleza por la competencia de los escasos recursos y habrá que velar por los grupos vulnerables (4). En este caso aquellos con escasez económica o sin "contactos" o "conocidos" u otro tipo de relación con las autoridades que toman decisiones dentro del sistema, pudieran verse desventajados. Adicionalmente, aquellos individuos afectados por el nepotismo, elitismo y racismo cotidianamente estarán más en riesgo de sufrir injusticias en estos momentos. Por ejemplo, supongamos que un paciente con ciertos rasgos (p.e. fenotipo nativo americano o "con rasgos indígenas") o bien, alguien de cierto aspecto (p.e. estatus socioeconómico bajo) acude a solicitar atención al mismo tiempo que otro con otras características (p.e. fenotipo o aspecto europeo). Graves errores pueden cometerse debido a los prejuicios sociales y raciales que se tienen. El azar será la forma más adecuada para evitar favorecimientos inadecuados (24).

El establecer sistemas equitativos y transparentes pueden ayudar tranquilizar a la sociedad, en especial en aquellos países en los que el índice de percepción ciudadana sobre la corrupción es alto (p.e. Venezuela, Nicaragua, Haití y México, etc.) (4, 30).

# 5

**Recuerda que una recomendación, protocolo o guía no sustituye el proceso de reflexión del médico, y que éste es tan individual como cada caso al que se enfrenta.**

La creación de esta guía pretende facilitar el acto médico en situaciones clínicas complejas por su trasfondo bioético, sin embargo, no pretende sustituir el juicio clínico del médico (8). No se debe aplicar de manera automática ningún protocolo, ya que todo ser humano tiene derecho a llevar a cabo una consideración personal (8).

# 6

**Revalora en cada decisión el status actual de los pacientes. Algunos que antes podrías haber beneficiado por sus altas probabilidades de recuperación, pudieron haberse deteriorado y por lo tanto deberías de reevaluar la asignación de recursos en caso de requerirse.**

Para esto debe de tomarse en consideración la situación actual del paciente y hacerse la pregunta de si estas hubieran sido las condiciones de ingreso ¿este paciente sería candidato a ingreso a UTI? (12)

# 7

**Observa y cuida tu estado psicológico y espiritual. Si lo necesitas busca ayuda.**

La atención a tu salud mental como profesional de la salud, es tan importante como la atención a tu salud física, en caso de necesitar ayuda profesional es importante que la busques pronto y no la postergues. Las guías internacionales apoyan a los médicos (31).

# Referencias

1. John Hopkins University. COVID-19 Map.

Recuperado el día 9/4/2020, de: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

2. CNN Español. López-Gatell: La epidemia de covid-19 es 8 veces más grande de lo que se ve.

Recuperado el día 9/04/2020, de:

<https://cnnespanol.cnn.com/video/gatell-mexico-estima-26-mil-casos-coronavirus-covid-infectados-en-mexico-pandemia-cifras-brk/>

3. OMS/PAHO. (2014). Guía operativa para la vigilancia centinela de la Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) 2014.

Consultado el día 9/04/2020, de:

<https://www.paho.org/revelac-i/wp-content/uploads/2015/10/2015-cha-guia-operativa-vigilancia-centinela-irag.pdf>

4. WHO (2016) Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks 2016.

Consultado de:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250580/9789241549837-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5. Organización Panamericana de la Salud. (7/04/2020) "Directora de la OPS llama a proteger a los trabajadores de la salud ante el avance de COVID-19 en la región de las Américas".

Consultado el día 9/04/2020 de:

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15773:directora-de-la-ops-llama-a-proteger-a-los-trabajadores-de-la-salud-ante-el-avance-de-covid-19-en-la-region-de-las-americas&catid=740&lang=es&Itemid=1926](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15773:directora-de-la-ops-llama-a-proteger-a-los-trabajadores-de-la-salud-ante-el-avance-de-covid-19-en-la-region-de-las-americas&catid=740&lang=es&Itemid=1926)

6. World Health Organization. (sf) COVID-19 Solidarity Response Fund.

Consultado el día 09/04/2020, de:

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/donate>

7. Espinosa, E., Galan, J., Aldecoa, C., Ramasco, F., Llamas, E., & de Candelaria, N. S. MARCO ÉTICO PANDEMIA COVID 19

8. de Montalvo Jääskeläinen F., Altisen Trota R., Bellver Capella V., Cadena Serrano F., de los Reyes López M., de la Gándara del Castillo A. y col. Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. Comité de Bioética de España.

Consultado el día 09/04/2020, de:

<http://www.ibima.eu/wp-content/uploads/2020/03/Informe-coronavirus-CBE.pdf>

9. Guía de Manejo Integral de Cuidados Paliativos. Consejo de Salubridad General. 1ra edición Julio 2018.

Consultado en:

[http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia\\_cuidados\\_paliativos\\_completo.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_cuidados_paliativos_completo.pdf).

10. Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., Phillips, J. P. (2020). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *New England Journal of Medicine*.

Consultado en: <https://doi.org/10.1056/nejmsb2005114>

11. Truog, R. D., Mitchell, C., & Daley, G. Q. (2020). The Toughest Triage – Allocating Ventilators in a Pandemic. *New England Journal of Medicine*.

Consultado el día 9/04/2020, de: <https://doi.org/10.1056/nejmp2005689>

12. British Medical Association (BMA). (2020, March 12). COVID-19 – ethical issues. A guidance note.

Consultado el día 7/ 04/2020, de:

<https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf>

13. Fine MJ. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Engl J Med*. 1997 Jan 23;336(4):243-50.

Consultado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8995086?dopt=Abstract>

14. COVID-19 Resource Center. Core COVID-19 Calculators.

Consultado en: <https://www.mdcalc.com/covid-19>

15. Facultad de Bioética de la U. Anáhuac México. Consultoría en Bioética Anáhuac. (s.f.)  
Consultado en: <https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/consultoria>

16. Modified Early Warning Score (MEWS) para deterioro clínico. (s.f.).  
Consultado en 09/04/2020, de:  
<https://www.mdcalc.com/modified-early-warning-score-mews-clinical-deterioration>

17. Rapid Emergency Medicine Score. (s.f.).  
Consultado en 09/04/2020, de: <https://www.mdcalc.com/rapid-emergency-medicine-score-rem>

18. PSI / PORT. (s.f.). Consultado en 09/04/2020, de:  
<https://www.mdcalc.com/psi-port-score-pneumonia-severity-index-cap>

19. Guangzhou Institute of Respiratory Health. (s.f.).  
Consultado el día 09/04/2020, de: <http://118.126.104.170/>

20. APACHE II (Unidad de Cuidados Intensivos). (s.f.).  
Consultado el día 09/04/2020, de: <https://www.mdcalc.com/apache-ii-score>

21. Meyfroidt, G., Vlieghe, E., Biston, P., De Decker, K., & Wittebole, X. (2020, March 18). Ethical principles concerning proportionality of critical care during the COVID-19 pandemic: advice by the Belgian Society of IC medicine.  
Consultado el día 2/04/2020, de:  
<https://www.hartcentrumhasselt.be/professioneel/nieuws-professioneel/ethical-principles-concerning-proportionality-of-critical-care-during-the-covid-19-pandemic-advice-by-the-belgian-society-of-ic-medicine>

22. i Dret, O. D. B. (2020). Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados especiales en situaciones de pandemia: documento de consenso del OBD.

Consultado el día 09/04/2020, de:

[http://www.bioeticayderecho.ub.edu/sites/default/files/doc\\_recom-pandemia.pdf](http://www.bioeticayderecho.ub.edu/sites/default/files/doc_recom-pandemia.pdf)

23. Berger, Z. D., Evans, N. G., Phelan, A. L., & Silverman, R. D. (2020). Covid-19: control measures must be equitable and inclusive. BMJ.

Consultado de: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1141>

24. Cabrera Cabrera A., Palomares Cantero J.M., De los Ríos M.E., Tarasco Michel M., Muñoz Torres A., Fernández Molina V., y col. Guía de criterios éticos ante emergencias sanitarias en México en el contexto de la pandemia por COVID-19. Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac México.

Consultado el día 7/04/2020, de:

[https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/sites/default/files/inline-files/Guia\\_de\\_criterios\\_eticos\\_COVID19.pdf](https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/sites/default/files/inline-files/Guia_de_criterios_eticos_COVID19.pdf)

25. Human Rights Watch. (31, Mar 2020). Dimensiones de derechos humanos en la respuesta al COVID-19.

Consultado de:

<https://www.hrw.org/es/news/2020/03/31/dimensiones-de-derechos-humanos-en-la-respuesta-al-covid-19>

26. Rosebaum L. (18/04/2020) Facing Covid-19 in Italy – Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line.

Consultado el día 9/04/2020, de: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005492>

27. Camossy C. (19/04/2020) Coronavirus crisis: The wrong way to decide which patients get hospital care. The New York Post; Opinion.

Consultado el día 27/04/2020, de:

<https://nypost.com/2020/03/19/coronavirus-crisis-the-wrong-way-to-decide-which-patients-get-hospital-care>

28. Sharma G, et. al. (2006) Effect of aging on respiratory system physiology and immunology. Clin Interv Aging; Sept 2006 1(3): 253–260.

29. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. (02/2020) The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. 2020 Feb 17;41(2):145-151.

30. Transparency International (2019). Corruption Perception Index.

Consultado el día 09/04/2020, de:

<https://www.transparency.org/cpi2019?/news/feature/cpi-2019>

31. World Health Organization (2020, March 18). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak.

Consultado el día 07/04/2020, de:

<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>

# Grupo de Trabajo

## **Maríel Kalkach Aparicio**

Lic. en Medicina, Estudios en Bioética, enfoque en Neuroética y Tecnologías de la Información.

Universidad Anáhuac México, Bioética Clínica y Neuroética Anáhuac (BINCA)

Research Scholar of UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights

## **Mijail Alejandro Tapia Moreno**

Lic. en Medicina

Universidad Anáhuac México, Bioética Clínica y Neuroética Anáhuac (BINCA)

## **Lorea Pasos Sagasti**

Lic. en Derecho, Maestra en Bioética

Universidad Anáhuac México, Bioética Clínica y Neuroética Anáhuac (BINCA)

## **Consuelo Estephani Arellano Navarro**

Lic. en Medicina, Especialista en Medicina Interna y Subespecialista en Geriátrica

Universidad Nacional Autónoma de México; Centro Médico ABC.

Directora Médica de Paz Mental SAPI

## **Alejandro Ríos Hoyo**

Lic. En Medicina

Maestro en Nutrición Clínica

Universidad Anáhuac México Norte, Bioética Clínica y Neuroética Anáhuac (BINCA)

## **Ma. Elizabeth de los Ríos Uriarte**

Lic. en Filosofía, Doctora en Filosofía, Mtra. En Bioética, enfoque en Bioética Clínica.

Cátedra Interdisciplinaria de Bioética Clínica, Universidad Anáhuac México Norte.

Research Scholar of UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights.





**Anáhuac**  
México