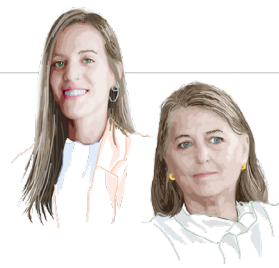


**Marta Consuegra** es investigadora del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD) de la Universidad de Barcelona y profesora del máster de Comunicación Especializada en dicha universidad. **María Casado** es directora e investigadora principal del OBD, titular de la cátedra UNESCO de bioética y catedrática de filosofía del derecho de la Universidad de Barcelona.



# El triaje de los pacientes de COVID-19

La edad no debe ser el primer criterio para el ingreso de los enfermos en la UCI

En los peores meses de la pandemia, el personal sanitario ha tenido que hacer frente a una de las situaciones clínicas más dramáticas: el triaje de los pacientes críticos para su ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). La falta de equipos de protección individual, de tratamientos de soporte vital, de camas hospitalarias y, sobre todo, de personal sanitario, en especial de intensivistas, han obligado a optimizar los recursos y a priorizar la atención de las personas afectadas. Ante esta situación de emergencia, la mayoría de los comités de ética asistencial de los hospitales, las sociedades médicas, los colegios y algunas entidades científicas, como el Observatorio de Bioética y Derecho (OBD), han emitido una serie de criterios médicos para facilitar una toma de decisiones homogénea. Estas recomendaciones han llegado a los hospitales en forma de pautas y protocolos, charlas, seminarios y formaciones específicas para los profesionales sanitarios.

En el momento de mayor colapso sanitario, agotadas las opciones como la transferencia de pacientes a otros centros o la adquisición de nuevos recursos materiales, el personal sanitario se ha visto obligado a escoger entre los pacientes que debían ser atendidos, una responsabilidad con excesiva carga moral. En este contexto, desde el OBD hemos propuesto que se actúe con anticipación y de forma colegiada siguiendo unas pautas claras y uniformes. No obstante, dichas indicaciones deben adaptarse a cada paciente y supeditarse a un criterio médico compartido.

Una de las medidas que hemos planteado es hacer una valoración precoz y proactiva de los enfermos que cumplan las condiciones para ingresar en la UCI. Esta evaluación incluye su situación funcional y cognitiva y la presencia de comorbilidades, es decir, enfermedades adicionales previas. En este último caso, además, es preciso valorar si están en fase avanzada o terminal. Ante dichas circuns-

tancias, se limita tanto el ingreso en la UCI como otras medidas terapéuticas. Por último, el tratamiento de soporte vital debe estar condicionado por la evolución del paciente y, si el progreso es desfavorable, debe ser sustituido por medidas de confort y alivio de los síntomas.

Uno de los aspectos más sensibles en relación con el triaje de los pacientes ha sido y es, sin duda, el peso de la edad como criterio determinante. Como pauta general, en los enfermos mayores de ochenta años con comorbilidades se descarta la ventilación mecánica con intubación o la oxigenoterapia de alto flujo. En su lugar, se propone el uso de soporte vital no



EL DESEQUILIBRIO entre la demanda sanitaria y los recursos disponibles ha hecho ineludible el triaje de los pacientes críticos.

invasivo, como la ventilación con presión positiva. Ello se fundamenta en el hecho de que el envejecimiento se asocia a enfermedades crónicas, a una menor probabilidad de supervivencia y a una mayor presencia de discapacidades. Es imprescindible que, en cada paciente, se valore el beneficio potencial de los tratamientos teniendo en cuenta la existencia de patologías asociadas, inevitablemente, más presentes a mayor edad. Aquí es donde debe intervenir el juicio clínico para discernir entre una paciente de ochenta años con una calidad de vida excelente y sin

comorbilidades avanzadas de otra persona de menor edad con peor pronóstico y que probablemente responderá mal al soporte vital. La realidad es que no todos los enfermos se benefician por igual de los tratamientos especializados, y en un momento de máxima escasez, hay que optimizar el rendimiento sanitario y minimizar los esfuerzos estériles. En cualquier caso, siempre debe suministrarse asistencia a todas las personas que la soliciten y adecuarla a las necesidades de cada paciente y al grado de saturación de los servicios sanitarios. Abandonar los cuidados de un paciente constituye una agresión contra la dignidad humana.

Es en las situaciones de emergencia cuando el criterio clínico cobra mayor importancia. Este debe ser consensuado y recoger diferentes perspectivas, tanto la científico-técnica como la ética. A este respecto, el OBD propone la intervención de un comité de triaje formado como mínimo por un miembro del comité de ética asistencial del hospital, un médico intensivista y, en la medida de lo posible, el resto del equipo de la UCI. En España, la mayoría de los hospitales cuentan con esos comités; de no ser así, pueden asesorarse con alguno de referencia de otro hospital más grande. El objetivo de los equipos interdisciplinares es reducir al mínimo los sesgos ligados a interpretaciones y valoraciones individuales y que los médicos no asuman solos la carga emocional de las decisiones.

En un escenario de emergencia excepcional como el actual, las necesidades de salud pública pueden entrañar una limitación de los derechos individuales en el marco de la atención sanitaria. Ante esta situación, es imprescindible que se establezcan unos criterios de ingreso claros y homogéneos, que deberán ser comunicados tanto a familiares como a pacientes. De este modo se cumplirá con el principio de transparencia y se evitará la pérdida de confianza en el sistema de salud. ■