

TOMA DE DECISIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN O CUIDADOS INTENSIVOS DE PERSONAS MAYORES EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19

DOCUMENTO DE POSTURA

Instituto Nacional de Geriátría y Comisión Nacional de Bioética

En marzo de este año la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró pandemia la enfermedad COVID-19, causada por el virus emergente SARS-CoV-2. En México, al inicio del mes de abril nos encontramos en la fase 2 de la epidemia, declarada como emergencia sanitaria y a la expectativa del alza en los contagios que alcanzarán su punto máximo en las próximas 2 a 3 semanas.

De acuerdo con los datos observados en otros países, y disponibles tanto en el observatorio de la Organización Mundial de la Salud¹ como en el de la Universidad Johns Hopkins², es clara la susceptibilidad al contagio de las personas mayores y es claro también, a partir del análisis de las tasas de mortalidad diferencial por edad que el riesgo aumenta con la edad, y en particular entre las personas con multimorbilidad y particularmente entre los mayores de 80 años³. En efecto, la edad constituye un factor de mal pronóstico para los casos con neumonía asociada a COVID-19. Es posible que este fenómeno tenga como principales explicaciones la inmunosenescencia y la mayor prevalencia de multimorbilidad.

En el escenario actual, en el que los casos aumentan rápidamente pero el sistema de salud tiene aún capacidad para absorberlos, la edad cronológica no basta para decidir acerca del nivel de atención médica que la persona en cuestión debe recibir. En este momento, la decisión de hospitalización y la eventual decisión de ingreso a cuidados intensivos debe vincularse al proceso de toma de decisión convencional, basado en los criterios de gravedad. Para ello, el Instituto Nacional de Geriátría (INGER), sugiere utilizar las herramientas validadas para estimar la severidad y el pronóstico de neumonía. Por ejemplo, se puede utilizar la escala BRCSS (Brescia-COVID Respiratory Severity Scale/Algorithm)⁴ para el manejo y tratamiento del COVID-19, el modelo PSI (Pneumonia Severity Index)/PORT (Pneumonia Patient Outcomes Research Team)⁵ para evaluar la gravedad de la neumonía, así como el MuLBSTA⁶ para predecir mortalidad por neumonía viral. Estas herramientas consideran a la edad como un factor de riesgo, pero toman en cuenta también otras características de los pacientes y pueden ser útiles para tomar decisiones en este contexto.

Ahora bien, en el eventual contexto de una crisis sanitaria, con sobre saturación de los servicios clínicos y en particular de las unidades de cuidados intensivos, se plantearían tres preguntas fundamentales:

- ¿Quién debe recibir atención cuando no todos los que la necesitan pueden ser atendidos?
- ¿Cómo se deben tomar las decisiones sobre quién obtiene acceso a la atención?
- ¿Debe cambiar el estándar de atención en función de los recursos que se pueden movilizar en tales circunstancias?

Para responder a estas preguntas, nuevamente, la edad cronológica no debe ser causa suficiente para la discriminación en la asignación de recursos de atención y ello no sólo porque sea destacada la contribución de las personas mayores a la economía y el bienestar del país, sino también porque, durante una crisis, es de vital



importancia adherirse a los principios bioéticos fundamentales: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. De ellos deriva la necesidad de actuar con equidad, deber de cuidado, deber de administrar los recursos, transparencia en la toma de decisiones, coherencia, proporcionalidad y rendición de cuentas. Las decisiones médicas sustentadas en estos principios bioéticos pueden permitir acciones que serían inaceptables en circunstancias normales, como no proporcionar a algunos pacientes recursos cuando otros pacientes obtendrían un mayor beneficio de ellos. Cuando la escasez de recursos alcanza niveles catastróficos, los médicos están éticamente justificados, y de hecho están éticamente obligados, a utilizar los recursos disponibles para mantener la vida y el bienestar en quien tiene mayor probabilidad de sobrevivir al evento en la mayor medida posible. Pero esta justificación no puede ni debe confundirse con el adjudicar a la edad cronológica un supuesto valor incuestionable de probabilidad de supervivencia.

En un escenario extremo, en el que México no se encuentra aún en este momento, pero que ya enfrentan los Estados Unidos y países europeos como Italia, Francia y España, la estimación de la probabilidad de beneficiarse de la hospitalización y de los cuidados críticos, en particular la ventilación asistida debe tomarse en función de estimaciones objetivas de la gravedad y el estado funcional, pero nunca tan sólo con base en la edad cronológica.

Dicha estimación es una que debe, a su vez, tomar en cuenta los deseos de la persona en cuestión y, por ello, argumentamos que la toma de decisiones será más fácil si se dispone de directrices anticipadas en donde determine con antelación el nivel de cuidados al que está dispuesta a acceder o a renunciar.

El momento de discutir estas directrices anticipadas con todas las personas mayores, pero especialmente con las más frágiles o con múltiples comorbilidades, es ahora.

La inevitable crisis que México está por enfrentar significará toma de decisiones críticas y difíciles no sólo para el personal médico, sino para la sociedad mexicana en general de ahí la importancia de los Comités Hospitalarios de Bioética como espacios de análisis, reflexión y estudio de los elementos que forman parte del proceso de atención médica y fundamentalmente fomentar el respeto a los Derechos Humanos y el reconocimiento de la dignidad de los individuos. En el INGER defendemos fuertemente la postura que expresa que la superación de esta crisis sólo podrá darse a partir de la solidaridad entre todos, poniendo siempre al centro la preocupación por la dignidad de la vida humana. No debemos permitir que esta crisis nos haga tomar decisiones meramente basadas en parámetros discriminatorios como la edad cronológica. Únicamente a partir de un ejercicio de toma de decisiones cuidadoso y comprensivo será que podamos salir adelante como sociedad de este momento crítico.

Finalmente, es importante subrayar que en medicina siempre hay algo que hacer por las personas, incluso cuando no hay nada más que hacer por preservar la vida.

La eventual decisión de no admitir al hospital, o una vez hospitalizado de no admitir a cuidados intensivos no significa que no haya que brindar cuidado alguno. Los cuidados paliativos se convierten a partir de ese momento en la alternativa privilegiada.

Todos los niveles de atención médica deberán prepararse para proporcionar cuidados paliativos de calidad, incluyendo la sedación terminal, durante la crisis que atravesamos.



Para más información, la Comisión Nacional de Bioética ha emitido diversas recomendaciones bioéticas en torno a la emergencia de salud pública ante el COVID-19 así como la Información relevante sobre la perspectiva ética ante epidemias⁷.

Dr. Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo
Director General del Instituto Nacional de Geriatria

Dr. Manuel H Ruiz de Chavez
Comisionado Nacional de Bioética

Grupo INGER COVID-19:

Dra. Carmen Garcia Peña, Dr. Arturo Avila Avila, Dr. Raul H. Medina Campos, Dra Teresa Álvarez Cisneros,
Mtra. Maria Isabel Negrete Redondo, Dr. Eduardo Sosa Tinoco.

¹ <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

² <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

³ Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy [published online ahead of print, 2020 Mar 23]. JAMA. 2020;10.1001/jama.2020.4683. doi:10.1001/jama.2020.4683

⁴ Italian Society of Infectious and Tropical Diseases (SIMIT). Guidelines on therapeutic and supportive management for patients with COVID-19 coronavirus infection. 2020
https://www.eahp.eu/sites/default/files/linee_guida_sulla_gestione_terapeutica_e_di_supporto_per_pazienti_con_infezione_da_coronavirus_covid-19.pdf

⁵ Fine MJ. et. al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med. 1997 Jan 23;336(4):243-50.

⁶ Guo L, Wei D, Zhang X, et al. Clinical Features Predicting Mortality Risk in Patients With Viral Pneumonia: The MuLBSTA Score. Front Microbiol. 2019;10:2752. Published 2019 Dec 3. doi:10.3389/fmicb.2019.02752

⁷ <https://www.gob.mx/salud/conbioetica>

