

CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

¿Debería un médico alguna vez violar los protocolos SWAT o TEMS durante un incidente con múltiples víctimas?

Brandon Morshedi, MD, DPT y Faroukh Mehkri, DO

Resumen

Los incidentes con múltiples víctimas abatidas por un tirador activo son cada vez más comunes y muchos involucran armas especiales y una respuesta de los equipos tácticos. El estándar de atención es que los paramédicos o médicos de los servicios médicos de emergencia táctica dirijan el triaje y administren las intervenciones inmediatas. En estas situaciones, un valor clínico y ético es hacer el mayor bien para el mayor número de personas. Los casos en los que la beneficencia y la justicia están en conflicto son particularmente complejos. Este comentario sobre un caso de este tipo sostiene que dirigir los recursos a los pacientes con más probabilidades de sobrevivir concuerda con los principios de triaje y explora la complejidad ética al tomar decisiones de asignación de recursos.

Caso

Después de horas de conversación, las negociaciones se terminan y, durante el peor de los casos, las balas resuenan al tiempo que un tirador dispara indiscriminadamente varias rondas de balas en un comercio local y toma rehenes. Los agentes de la ley ingresan inmediatamente al edificio y se enfrentan con el tirador. El tirador es abatido, los disparos cesan y los agentes se apresuran a asegurarse de que el tirador esté contenido. Otros agentes de la ley comienzan a registrar y asegurar la escena. Debido a que hasta que se determine que la escena es segura, más la falta de protección corporal y cascos, la ambulancia más cercana se encuentra a dos cuadras y permanece atrás hasta que la policía lo ordene.

El médico de los servicios médicos de emergencia táctica (TEMS, por sus siglas en inglés), el Dr. M, que está inserto en el equipo de armas y tácticas especiales (SWAT, por sus siglas en inglés), ingresa y comienza a realizar un rápido triaje de los pacientes que yacen en el lugar. El Dr. M anota seis muertos; un agente de la ley que sufrió una herida de bala en el pecho está inconsciente, no respira y tiene el pulso débil; un civil que sufrió heridas graves por una herida de bala en el lado derecho del cuello está inconsciente, tiene un sangrado abundante, respiración agónica y el pulso débil; y un sospechoso que sufrió una herida de bala en la parte lateral derecha superior del tórax está despierto, presenta un sangrado mínimo y tiene una dificultad respiratoria significativa.

El corazón del Dr. M se detiene. Los principios clínicos y éticos del triaje y el protocolo en este caso sugieren dirigir primero los esfuerzos para salvar vidas hacia el sospechoso, de acuerdo con el algoritmo de triaje de clasificación, valoración, intervención para salvar vidas, tratamiento y/o traslado (SALT, por sus siglas en inglés) para incidentes con un gran saldo de víctimas.^{1,2} El Dr. M, sin embargo, tiene el equipo disponible para intentar salvar al oficial de policía o al civil, aunque es poco probable que cualquiera de los intentos tenga éxito. El Dr. M decide a quién debe atender primero.

Comentario

Los incidentes de múltiples víctimas (IMV) que involucran a **tiradores activos** son cada vez más comunes en la actualidad³ y varios escenarios involucran respuestas del equipo SWAT. Estos equipos reconocen cada vez más que el estándar de atención es tener paramédicos o médicos de los TEMS especialmente capacitados para dirigir el triaje y administrar las intervenciones inmediatas a aquellos que las necesitan. En estas situaciones, un principio básico es hacer el mayor bien para el mayor número de personas. Pero cuando los principios de beneficencia y justicia se contraponen, se requiere que un médico de los TEMS tome una decisión difícil a nivel ético. Analizamos la complejidad ética en las decisiones de asignación de recursos y argumentamos que los principios de triaje dictan que los recursos se dirijan a aquellos con más probabilidades de sobrevivir.

Catástrofes y herramientas de triaje

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los IMV como “catástrofes y grandes incidentes caracterizados por la cantidad, gravedad y diversidad de los pacientes que pueden sobrepasar rápidamente la capacidad de los recursos médicos locales para brindar una atención médica integral y definitiva”.¹ En términos más simples, un IMV refiere a cualquier crisis que requiera más recursos de los disponibles. En este caso, con tres pacientes críticos y solo un socorrista, se podría argumentar que los recursos actuales para brindar una atención aceptable son insuficientes y, por lo tanto, cumple con la definición de la OMS de una catástrofe con IMV. La asignación de recursos limitados a un paciente sobre otro durante un IMV está dictada por **principios de triaje** y algoritmos (ver tabla 1). Cabe destacar que, si bien puede elegirse una herramienta de triaje por su superioridad percibida en la precisión o el tiempo de implementación, comúnmente se elige en función de las preferencias locales, la capacitación y la familiaridad.

Tabla 1. Ejemplos de herramientas de triaje en incidentes con múltiples víctimas^a

Triage simple y tratamiento rápido (START)
JumpSTART
Clasificación, valoración, intervención para salvar vidas, tratamiento y/o traslado (SALT)
Método de triaje de Sacco (STM)
Triage Care Flight
Evaluación secundaria del criterio de valoración de la víctima (SAVE)
SVB-logística-SVA-triage situacional (BLAST)

Abreviaturas: SVB: soporte vital básico, SVA: soporte vital avanzado.

^aPepper, Archer, Malhoney⁴; Jenkins, McCarthy, Sauer, et al⁵; Heightman.⁶

El algoritmo de triaje SALT se usa comúnmente para clasificar a los pacientes según la gravedad de su lesión. Si bien enseñar más sobre este algoritmo va más allá del alcance de este artículo, es importante señalar que está respaldado por varias organizaciones nacionales² y su resultado es la clasificación de los pacientes en cinco grupos: (1) mínimo (verde), (2) retardado (amarillo), (3) inmediato (rojo), (4) expectante (gris) o (5) muerto (negro). En este caso, el uso del algoritmo SALT daría como resultado que los pacientes sean clasificados de la siguiente manera:

1. El agente de la ley sería categorizado como *muerto*, a pesar de tener un pulso débil.
2. El civil sería categorizado como *expectante*, lo que significa que la persona probablemente muera pronto, incluso si se le brindara tratamiento.
3. El sospechoso se categorizaría como *inmediato*, lo que significa que si se proporciona un tratamiento rápido, tiene una mayor probabilidad de supervivencia.

Los socorristas de los TEMS no tienen ni el derecho ni la autoridad para evaluar y tratar a los pacientes fuera de los protocolos de IMV, como el SALT, que asignan la atención según las necesidades. Los incidentes que involucran a varios pacientes distribuidos en una gran área, como es el caso de muchos incidentes con IMV o SWAT, generan más desafíos para un socorrista de los TEMS que intenta asignar recursos limitados. Es importante que un socorrista solo base su atención en la necesidad.⁷ De acuerdo con los principios de triaje, un socorrista capacitado no debe usar recursos limitados en personas que probablemente morirían independientemente de los esfuerzos para salvarles la vida. En este caso, siguiendo los estándares y protocolos aceptados, la beneficencia dicta que el sospechoso debe recibir el cuidado del Dr. M, sobre la base de que sería mejor salvar al menos a una persona que intentar salvar al oficial o al civil, lo que probablemente conduciría a la muerte de los tres individuos.

Equilibrio entre beneficencia y justicia

La “Declaración sobre la Ética Médica en Casos de Catástrofes” de la Asociación Médica Mundial establece:

La decisión de no tratar a una persona lesionada debido a las prioridades dictadas por la situación de catástrofe no puede ser considerada una falta ética o médica al acudir en ayuda de una persona en peligro de muerte. Se justifica cuando se pretende salvar al máximo número de personas... El médico debe actuar de acuerdo con las necesidades de los pacientes y los recursos disponibles. Debe intentar establecer un orden de prioridades para el tratamiento que salve el mayor número de vidas y restrinja la morbilidad al mínimo.⁸

Los profesionales de la salud, en cualquier situación, buscan aliviar el sufrimiento y preservar la vida, guiados por los principios éticos de no maleficencia (no hacer daño), beneficencia (actuar en el mejor interés de los demás), respeto por la autonomía (autodeterminación) y justicia (equidad y asignación equitativa de recursos).⁹ La beneficencia dictaría que se deberían asignar recursos para salvar a quienes tienen más probabilidades de sobrevivir (el sospechoso, en este caso). La justicia, sin embargo, sugiere que tratar a un sospechoso y negar el tratamiento (y la posibilidad de supervivencia) a víctimas inocentes es injusto.

Como se mencionó anteriormente, la aplicación objetiva de los protocolos estándar de triaje y tratamiento favorecería la beneficencia: el socorrista del TEMS determinaría que el sospechoso se vería más beneficiado por la atención inmediata y tiene la mayor probabilidad de supervivencia entre los pacientes. Dado que el agente de la ley y el civil tienen muy pocas posibilidades de sobrevivir a sus heridas, incluso con una atención rápida, sería perjudicial para el sospechoso desviar recursos o esfuerzos a otros. Además, se podría argumentar que no sería ético *no* tratar al sospechoso, ya que se podría argumentar que el sospechoso, debido a que aún no se ha demostrado su culpabilidad, merece una oportunidad de tratamiento de soporte vital, o que incluso el autor de un delito no es menos merecedor de atención que una víctima inocente. Un socorrista de TEMS objetivo simplemente desempeñaría su papel en salvar a aquellos que pueden ser salvados, independientemente de las circunstancias de los pacientes.

Sin embargo, cabe señalar que la beneficencia implica un deber limitado, a diferencia de la no maleficencia, que a menudo es considerada un deber perpetuo.¹⁰ Por ejemplo, los médicos tienen el deber de tratar de beneficiar a cualquiera o a todos sus pacientes, pero pueden elegir quién se convierte en su paciente en primer lugar. Como resultado, no hay ningún deber hacia las personas no consideradas pacientes, con quienes no existe una relación establecida entre el paciente y el médico, incluidos, en este caso, el sospechoso y los oficiales. En este caso, surge el conflicto entre beneficencia y justicia, ya que hay más de un paciente necesitado. Dado que los principios de triaje no tienen en cuenta la equidad, el Dr. M podría sentirse dividido entre seguir el protocolo para tratar al sospechoso y romper el protocolo para proporcionar tratamientos probablemente ineficaces para reconocidos inocentes.

En situaciones con múltiples víctimas, las prioridades de seguridad de la Asociación Nacional de Oficiales Tácticos puede influir en las decisiones de triaje de los socorristas de TEMS. De acuerdo con esta guía, un socorrista de TEMS debe priorizar (1) rehenes, (2) civiles inocentes, (3) agentes de la ley y (4) sospechosos. Este orden no se basa en el valor de una vida sobre otra,

sino que sugiere otorgar beneficencia a quien se encuentra en mayor peligro.¹¹ Por ejemplo, los rehenes, a diferencia de los sospechosos, tienen poca o ninguna capacidad para alejarse o afectar los resultados de una situación. Debido a que los oficiales a veces arriesgan a sabiendas su propia seguridad para salvar las vidas de inocentes, entienden que un socorrista de TEMS probablemente trataría de salvar primero a un rehén o civil.

Aplicar los seis principios materiales de Beauchamp y Childress (ver Tabla 2) dará como resultado diferentes prioridades, que orientan la **justa distribución de recursos**.⁹ En el caso, los principios 3, 4 y 5 parecen sugerir que el Dr. M debería dirigir los esfuerzos para salvar vidas al civil o al oficial de la ley en lugar del sospechoso, ya que no contribuyeron ni merecen su situación actual.

Tabla 2. Principios materiales de justicia^a

1. “A cada persona una parte igual”.
2. “A cada persona según su necesidad”.
3. “A cada persona según su esfuerzo”.
4. “A cada persona según su aporte”.
5. “A cada persona según su mérito”.
6. “A cada persona según el intercambio del libre mercado”

^a Beauchamp TL, Childress JF.⁹

Las crisis se complican aún más si hay otras víctimas (especialmente niños, mujeres embarazadas o ancianos) en la misma categoría de triaje que el sospechoso o están peor que él. Un socorrista de TEMS que clasifica a las víctimas como muertas o expectantes y luego cuida al sospechoso puede experimentar un conflicto, con consecuentes repercusiones psicológicas o morales.¹² Si este caso hubiera incluido a tales víctimas, el Dr. M podría haber aplicado los principios de justicia y beneficencia de manera diferente y, por tanto, clasificar de manera diferente.

Formación y objetividad

Si bien las decisiones sobre a quién tratar en un caso como éste tienen el potencial de ser emocionalmente abrumadoras, nublando así la objetividad, es importante comprender que existen protocolos de triaje para promover el estándar de atención en una serie de situaciones ética y clínicamente complejas. Seguir los protocolos de triaje puede apoyar la defensa ética y legal de nuestras decisiones en situaciones con IMV o en otros casos de salud táctica inusuales. Un socorrista de TEMS está capacitado para practicar la objetividad al evaluar y brindar atención en entornos y condiciones desafiantes. Hacer el mayor bien para el mayor número de personas solo puede derivar en decisiones difíciles sobre la asignación de recursos valiosos.^{10,13,14,15,16}

Tener mayor disponibilidad de recursos ayudaría a aliviar algo del estrés que provoca decidir, especialmente para un tratamiento rápido. La capacitación cruzada de los agentes de la ley para realizar maniobras y procedimientos médicos básicos y la capacitación cruzada de paramédicos y médicos sobre técnicas, tácticas y prácticas de aplicación de la ley también ayudaría a ampliar los recursos disponibles para los IMV y evitaría la necesidad de triaje hasta cierto punto. Al final, la única manera de evitar tomar decisiones éticas difíciles durante los IMV es, como se describe aquí, aumentar los recursos o evitar los IMV por completo, lo que a menudo está fuera de nuestro control.

References

1. Clarkson L, Williams M. EMS mass casualty triage. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2021. Accessed March 22, 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459369/>

2. SALT mass casualty triage: concept endorsed by the American College of Emergency Physicians, American College of Surgeons Committee on Trauma, American Trauma Society, National Association of EMS Physicians, National Disaster Life Support Education Consortium, and State and Territorial Injury Prevention Directors Association. *Disaster Med Public Health Prep.* 2008;2(4):245-246.
3. Quick look: 277 active shooter incidents in the United States from 2000 to 2018. Federal Bureau of Investigation. Accessed March 24, 2021. <https://www.fbi.gov/about/partnerships/office-of-partner-engagement/active-shooter-incident-graphics>
4. Pepper M, Archer F, Moloney J. Triage in complex, coordinated terrorist attacks. *Prehosp Disaster Med.* 2019;34(4):442-448.
5. Jenkins JL, McCarthy ML, Sauer LM, et al. Mass-casualty triage: time for an evidence-based approach. *Prehosp Disaster Med.* 2008;23(1):3-8.
6. Heightman AJ. The BLAST approach: rethinking the way we approach MCI triage. *J Emerg Med Services.* April 1, 2018. Accessed October 27, 2021. <https://www.jems.com/patient-care/the-blast-approach-rethinking-the-way-we-triage/>
7. Assistant Secretary for Preparedness and Response Technical Resources, Assistance Center, and Information Exchange. Mass casualty trauma triage: paradigms and pitfalls. US Department of Health and Human Services; 2019. Accessed March 22, 2021. <https://files.asprtracie.hhs.gov/documents/aspr-tracie-mass-casualty-triage-final-508.pdf>
8. WMA statement on medical ethics in the event of disasters. World Medical Association. Adopted September 1994. Revised October 2017. Accessed March 23, 2021. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-medical-ethics-in-the-event-of-disasters/>
9. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics.* 8th ed. Oxford University Press; 2019.
10. McCormick TR. Principles of bioethics. Department of Bioethics and Humanities, University of Washington School of Medicine. Accessed March 23, 2021. <https://depts.washington.edu/bhdept/ethics-medicine/bioethics-topics/articles/principles-bioethics>
11. NTOA tactical response and operations standard. National Tactical Officers Association. Accessed July 23, 2021. <https://www.ntoa.org/swat-standard/>
12. Ciottone GR, ed. *Disaster Medicine.* 2nd ed. Elsevier; 2006.
13. Adams DB. Improving combat casualty care with a triage score. *Mil Med.* 1988;153(4):192-196.
14. Pesik N, Keim ME, Iserson KV. Terrorism and the ethics of emergency medical care. *Ann Emerg Med.* 2001;37(6):642-646.
15. Frykberg ER. Medical management of disasters and mass casualties from terrorist bombings: how can we cope? *J Trauma.* 2002;53(2):201-212.
16. Kennedy K, Aghababian RV, Gans L, Lewis CP. Triage: techniques and applications in decision making. *Ann Emerg Med.* 1996;28(2):136-144.

Brandon Morshedi, MD, DPT es profesor asociado de medicina de emergencia y jefe de división asociado en la División de Servicios Médicos de Emergencia en el Centro Médico Southwestern de la Universidad de Texas en Dallas. Se desempeña como subdirector médico del Departamento de Bomberos de la Ciudad de Dallas y como director médico asistente, especialista en reserva y médico táctico para el equipo SWAT del Departamento de Policía de Dallas.

Faroukh Mehkri, DO es profesor asistente de medicina de emergencia en el Departamento de Medicina de Emergencia del Centro Médico Southwestern de la Universidad de Texas en Dallas. Se desempeña como oficial juramentado para la Ciudad de Dallas y como médico táctico y oficial médico táctico para el equipo SWAT del Departamento de Policía de Dallas. También se desempeña como presidente del circuito táctico de servicios de emergencia para la Asociación Médica de Operaciones Especiales.

Nota del editor

El caso al que este comentario es una respuesta fue desarrollado por el personal editorial.

Cita

AMA J Ethics. 2022;24(2):E120-125.

DOI

10.1001/amajethics.2022.120.

Información de conflictos de intereses

El/los autor(es) no tienen conflictos de intereses que informar.

Las personas y los eventos de este caso son ficticios. La semejanza con eventos reales o a nombres de personas, vivas o fallecidas, es mera coincidencia. Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.