



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



CORRESPONDENCIA

Tiempo de COVID-19: ética en tiempos de crisis



The COVID-19 era: Ethics in times of crisis

Sr. Director:

Me gustaría presentar una breve reflexión sobre el conflicto de valores que ha surgido entre la asistencia clínica y la salud pública en la pandemia de COVID-19.

España, al igual que otros países, se ha visto abrumada por la pandemia de COVID-19. Ha supuesto una carga enorme para el sistema sanitario que ha provocado un desequilibrio entre las necesidades de la población y la disponibilidad de asistencia clínica y de reanimación cardiopulmonar avanzada. Esta situación nos ha obligado a adoptar criterios comunes para la asignación de los recursos, de manera que no surjan desigualdades graves en la asistencia. Los criterios o protocolos adoptados para racionar los recursos escasos nunca se deben aplicar de manera mecánica ni automática: todo ser humano tiene derecho a una consideración personal. Sin embargo, esto no nos impide intentar establecer criterios generales de priorización que se deben aplicar de forma individual¹.

La priorización en situaciones de escasez no es rara en la práctica clínica; de hecho, es frecuente en los trasplantes de órganos e incluso en la asistencia clínica habitual en muchos centros. Para garantizar que se respeten los principios éticos de equidad y el máximo beneficio para el mayor número de pacientes, los criterios de priorización han de ser lo más objetivos posible. Estos criterios clínicos intentan determinar qué pacientes tienen un pronóstico más favorable (mayores probabilidades de supervivencia y beneficios derivados del tratamiento) y una duración *a priori* más breve del ingreso previsto en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)².

A menudo surge la cuestión de la edad al determinar qué criterios se deben tener en cuenta. Aunque los ancianos representan una población de mayor riesgo, la edad no puede ser el único factor que determine la adopción de un comportamiento, ya que cualquier decisión tiene que depender del estado clínico general del paciente³.

Sin embargo, por una parte, si no tenemos en cuenta la edad, con demasiada frecuencia prestamos cuidados que resultan caros e ineficaces. Por otra parte, si permitimos que la edad sea el único criterio para tomar decisiones, concedemos abiertamente más valor a unas vidas que a otras, una actitud que cuestiona los principios básicos de la medicina⁴.

Es cierto que con la edad avanzada existe una menor reserva funcional y disminuyen las expectativas de una recuperación completa, pero la comorbilidad, la fragilidad y la complejidad clínica definen mejor los límites de un tratamiento adecuado que la edad por sí sola⁵. Además, la toma de decisiones debe tener en cuenta las opiniones de los pacientes sobre sus expectativas y sus elecciones.

Para asignar correctamente la ventilación mecánica, los criterios han de ser los mismos que en la práctica médica habitual. La ventilación mecánica es un tratamiento intensivo y su indicación se ha de basar en los objetivos establecidos para la intervención y en el estado clínico del paciente, la evolución de la enfermedad hasta el momento, las opciones de tratamiento y el pronóstico⁶. Aunque las probabilidades de supervivencia sean bajas, el tratamiento debe continuar, a menos que se considere ineficaz o a petición del paciente o su representante⁷. Una vez que los pacientes han recibido asistencia ventilatoria, la decisión de retirarla es especialmente difícil⁸.

Las directrices del estado de Nueva York rechazan la edad avanzada como criterio de clasificación porque discrimina a las personas ancianas. Además, la edad ya influye indirectamente en los criterios que evalúan la salud general de una persona (dado que la probabilidad de padecer enfermedades crónicas aumenta con la edad) y hay muchos casos en los que una persona anciana podría tener un mejor pronóstico clínico que una persona más joven. Solo cuando se hayan examinado todos los factores clínicos disponibles y se haya determinado que la probabilidad de mortalidad es idéntica en el grupo de pacientes, puede utilizarse la edad como factor de decisión para elegir a un paciente para el tratamiento con un respirador⁹.

Un marco ético adecuado para la asistencia sanitaria durante las emergencias de salud pública ha de equilibrar el deber de la atención centrada en el paciente con los deberes centrados en la sociedad de promover la igualdad y la equidad para todos en la distribución de los riesgos y beneficios. Es fundamental respetar la dignidad de cada paciente. El tratamiento médico tiene que ser proporcional al estado clínico del paciente y a los factores básicos (enfermedades crónicas, factores de riesgo y otros) que han de incluirse como parte del análisis de la posibilidad de recuperación de cada paciente³.

La elección de fijar límites en el acceso al tratamiento no es una decisión discrecional, sino una respuesta necesaria a los efectos abrumadores de una pandemia. La dificultad radica en cómo hacerlo de manera ética y coherente, en lugar de fundamentar las decisiones en el criterio de cada centro o en la intuición de un médico en un momento crítico.

Las propuestas para la asignación de recursos en una pandemia coinciden en cuatro valores fundamentales: maximizar los beneficios de los escasos recursos, tratar a todas las personas por igual, promover y recompensar el valor instrumental, y dar prioridad a los más desfavorecidos. Ningún valor individual es suficiente por sí solo. Una asignación justa requiere un marco ético que pueda adaptarse en función del recurso y el contexto. Esto pone de relieve la necesidad de contar con procedimientos de asignación justos y uniformes que sean transparentes y reflejen las directrices de priorización que garantizan que los médicos no se van a enfrentar a la terrible tarea de improvisar decisiones^{2,10}.

El énfasis excesivo en la reasignación de recursos sin pruebas suficientes podría tener consecuencias negativas no deseadas para la población vulnerable. En la carrera por salvar vidas, muchos gobiernos se centraron en aumentar la capacidad de los hospitales de agudos, mientras que los centros de atención subaguda, que a menudo acogen a ancianos y a personas con discapacidad, se pasaron en gran medida por alto. Como resultado, no se ha protegido debidamente a los grupos vulnerables. Las residencias de ancianos se han convertido en focos de transmisión y muerte por la COVID-19¹¹.

En tiempos de crisis, es necesario desarrollar un código ético capaz de abarcar los valores de las personas y de la sociedad en la que viven, así como la incertidumbre que siempre entraña la enfermedad. Es necesario revisar la ética del cuidado adecuado.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Bibliografía

1. Comité de Bioética de España. 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. 2020, <https://www.ibima.eu/wp-content/uploads/2020/03/Informe-coronavirus-CBE.pdf> (Consultado el 1 de octubre de 2020).
2. Herreros B, Gella P, Real de Asua D. Triage during the COVID-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments. *J Med Ethics*. 2020;46:455–8, <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2020-106352>.
3. Cesari M, Proietti M. COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21:576–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2020.03.025>.
4. Aronson L. Age, complexity and crisis: a recipe for progress in a pandemic. *N Engl J Med*. 2020;383:4–6, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2006115>.
5. Gamboa-Antiñolo F. Comorbidity, clinical complexity and palliative care. *Intern Emerg Med*. 2020;15:557–8, <http://dx.doi.org/10.1007/s11739-020-02317-z>.
6. Zeeh J, Memm K, Heppner HJ, Kwetkat A. Covid-19 pandemic. Mechanical ventilation in geriatric patients – an ethical dilemma? *MMW Fortschr Med*. 2020;162:40–5, <http://dx.doi.org/10.1007/s15006-020-0475-v>.
7. Truog RD, Mitchell C, Daley GQ. The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic. *N Engl J Med*. 2020;382:1973–5, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2005689>.
8. Gamboa Antiñolo F. Limitación de esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo? *Med Clin (Barc)*. 2010;135:410–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2009.02.046>.
9. New York State Task Force on Life and the Law. New York State Department of Health. Ventilator Allocation Guidelines. 2015, https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/docs/ventilator_guidelines.pdf [cited 2020 May 31].
10. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382:2049–55, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMs2005114>.
11. Peterson A, Largent EA, Karlawish J. Ethics of reallocating ventilators in the covid-19 pandemic. *BMJ*. 2020;369:m1828, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1828>.

Fernando-Miguel Gamboa-Antiñolo

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de Valme, Universidad de Sevilla, Sevilla, España
Correo electrónico: minfga@us.es

<https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.10.008>

0014-2565/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Eventos cardiovasculares en pacientes con infección VIH. Urgen medidas preventivas



Cardiovascular events in patients with HIV infection. Preventive measures are urgent

Sr. Director:

Hemos leído con mucho interés el artículo de Estrada et al.¹ sobre el riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con infección VIH en tratamiento antirretroviral. Los autores muestran la elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una población de 15.559 pacien-

tes y el consecuente riesgo moderado-alto de enfermedad cardiovascular. Estos datos son concordantes con el estudio que recientemente hemos publicado sobre síndromes coronarios agudos en pacientes con infección VIH², en el que encontramos una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Además, encontramos que los pacientes con infección VIH tenían con más frecuencia hiperlipemia y enfermedad coronaria multivaso que los controles sin infección VIH emparejados por edad, sexo y tipo de síndrome coronario agudo.

La preocupación por las enfermedades cardiovasculares en pacientes con infección VIH es cada vez mayor³. Aunque la terapia antirretroviral combinada ha mejorado sustancialmente el pronóstico de la infección VIH, la mortalidad sigue siendo mayor si se compara con la de la población general.