



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona

FLACSO
ARGENTINA

Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu – ISSN 1886 –5887

ARTÍCULO

Revisión sobre aspectos bioéticos en las decisiones de triaje en la Unidad de Cuidados Intensivos durante la pandemia por COVID-19

Revisió sobre aspectes bioètics en les decisions de triatge a la Unitat de Cures Intensives durant la pandèmia per COVID-19

Review on bioethical aspects in triage decisions in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic

GRECIA ALEJANDRA GARCÍA LEÓN, DANIA NIMBE LIMA SÁNCHEZ, LUCÍA ABASCAL MIGUEL *

* Grecia Alejandra García León. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Email: garciagrecia422@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4317-445X>.

* Dania Nimbe Lima Sánchez. Profesora del Departamento de Informática Biomédica y Salud Mental, Técnico Académica de Tiempo Completo del Departamento de Informática Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Email: dlima@facmed.unam.mx. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3647-6540>.

* Lucía Abascal Miguel. Institute for Global Health Sciences, University of California, San Francisco (USA). Email: lucia.abascal@ucsf.edu. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7142-8704>.

Este artículo forma parte del proyecto Acceso COVID para garantizar información confiable y revisada para profesionales de la salud en la Página Accesocovid.com, financiado por la alianza UNAM-UC, InnovaUNAM.



Copyright (c) 2023 Grecia Alejandra García León, Dania Nimbe Lima Sánchez, Lucía Abascal Miguel. Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.

Resumen

Introducción: La pandemia por COVID-19 provocó un aumento en los pacientes canalizados a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). La aplicación de algoritmos de triaje provocó dilemas éticos cuando se tenía que decidir sobre el manejo clínico y/o el tratamiento de los pacientes.

Objetivos: Analizar los principales aspectos bioéticos involucrados en los algoritmos usados en la toma de decisiones de triaje en la UCI durante la pandemia por COVID-19 a partir de una revisión de la literatura publicada en el periodo comprendido desde julio del año 2020 hasta febrero del año 2021.

Métodos: Se realizó una búsqueda en Pubmed, SciELO, Ovid y Cochrane con los términos de búsqueda en inglés y español: "triage" (traje), "Covid", "SARS Cov-2", "unidad de cuidados intensivo", "ética". Se excluyeron los artículos que no mencionaron algoritmos de intervención en la UCI, que no analizan la toma de decisiones, que no implican el entorno clínico, que no estuvieran indexados o artículos repetidos.

Resultados: Se obtuvieron 45 artículos: los resúmenes fueron revisados de forma independiente por dos autores para eliminar sesgos, seleccionando 12 artículos que cumplían con los criterios de selección. Se encontró que los principales aspectos éticos que se tomaron en cuenta fueron: priorización inevitable, justicia y apoyo al rol del juicio clínico tomando en cuenta los derechos personales.

Conclusiones: Es necesario realizar ajustes bioéticos para estandarizar la universalización de la toma de decisiones en momentos donde la capacidad de los servicios de salud se ve rebasada.

Palabras clave: bioética; COVID-19; triaje; terapia intensiva; medicina.

Resum

Introducció: La pandèmia per COVID-19 va provocar un augment en els pacients canalitzats a les Unitats de Cures Intensives (UCI). L'aplicació d'algoritmes de triatge va provocar dilemes ètics quan calia decidir sobre el maneig clínic i/o el tractament dels pacients.

Objectius: Analitzar els principals aspectes bioètics involucrats en els algorismes usats en la presa de decisions de triatge a l'UCI durant la pandèmia per COVID-19 a partir d'una revisió de la literatura publicada en el període comprès des del juliol de l'any 2020 fins al febrer del any 2021.

Mètodes: Es va realitzar una cerca a Pubmed, SciELO, Ovid i Cochrane amb els termes de cerca en anglès i espanyol: "triatge" (triatge), "Covid", "SARS Cov-2", "unitat de cures intensiva", "ètica". S'excloueren els articles que no esmentaren algoritmes d'intervenció a l'UCI, que no analitzen la presa de decisions, que no impliquen l'entorn clínic, que no estiguessin indexats o articles repetits.

Resultats: Es van obtenir 45 articles: els resums van ser revisats de forma independent per dos autors per eliminar biaixos, seleccionant 12 articles que complien els criteris de selecció. Es va trobar que els principals aspectes ètics que es van tenir en compte van ser: priorització inevitable, justícia i suport al rol del judici clínic tenint en compte els drets personals.

Conclusions: Cal fer ajustaments bioètics per estandarditzar la universalització de la presa de decisions en moments on la capacitat dels serveis de salut es veu excedida.

Paraules clau: bioètica; COVID-19; triatge; teràpia intensiva; medicina.

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic caused an increase in patients referred to Intensive Care Units (ICU). The application of triage algorithms caused ethical dilemmas when it was necessary to decide on the clinical management and/or treatment of patients.

Objectives: To analyze the main bioethical aspects involved in the algorithms used in triage decision-making in the ICU during the COVID-19 pandemic based on a review of the literature published in the period comprehended from July 2020 to February 2021.

Methods: A search was conducted in Pubmed, Scielo, Ovid and Cochrane with the search terms in English and Spanish: "triatge," "Covid," "SARS Cov-2", "intensive care unit", "ethics". Articles that did not mention intervention algorithms in the ICU, which do not analyze decision-making, which do not involve the clinical setting, which were not indexed, or repeated articles were excluded.

Results: 45 articles were obtained: Two authors independently reviewed the abstracts to eliminate bias, selecting 12 articles that met the selection criteria. It was found that the main ethical aspects that were considered were: unavoidable prioritization, justice, and support for the role of clinical judgment, taking personal rights into account.

Conclusions: It is necessary to make bioethical adjustments to standardize the universalization of decision-making at times when the capacity of health services is exceeded.

Keywords: bioethics; COVID-19; triage; intensive care; medicine.

1. Introducción

Desde marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró oficialmente que el mundo enfrentaba una pandemia. Wuhan reportó los primeros casos, y un creciente número siguió en España, Italia y el resto de los países del mundo (1). Esto significó una carga para los servicios de salud, incluyendo los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (2). Por ello se implementaron diferentes estrategias para cubrir la creciente demanda en servicios de salud (3). En la Ciudad de México los hospitales alcanzaron su máxima capacidad en noviembre del 2020(4).

En un escenario clínico, las situaciones con implicaciones éticas durante la pandemia tomaron un interés particular debido a múltiples factores (5,6), por ejemplo, el que los médicos contaban con poco conocimiento sobre la enfermedad; aunado a ello, no se comunicaban con claridad con los pacientes (7) surgiendo en ocasiones discrepancias entre médicos con diferentes especialidades (8).

Durante la pandemia por COVID-19, con relación a la atención en UCI, se contrastaron modelos éticos como el utilitarista, que tomó como principal referencia hacer el mejor uso de los recursos disponibles y el igualitario, donde a todos se les debía dar igual acceso para recibir atención buscando salvar al mayor número de personas. Esto involucró casi siempre un proceso de tres pasos para la selección de pacientes (9), en donde el médico debía aplicar los principios de ética médica que incluyen: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia (10). Este estudio tuvo como objetivo describir los aspectos éticos involucrados en las decisiones de triaje para la toma de decisiones en la UCI durante la pandemia por COVID-19 (9).

2. Metodología

Se realizó una revisión de la literatura científica desde Julio del 2020 a febrero del 2021, siguiendo el protocolo PRISMA. Se buscó en las bases de datos: PubMed, Scielo, Ovid y Cochrane Se usó la siguiente estrategia de búsqueda en español e inglés: “traje”, “Covid”, “Sars Cov 2”, “Unidad de cuidados intensivos”, “ética”. Los textos completos fueron revisados y los datos resumidos (el tipo de artículo, el lugar de publicación, los temas eje) fueron tabulados.

Se excluyeron los artículos que no mencionaron algoritmos de intervención en la UCI, que no analizan la toma de decisiones, que no implican el entorno clínico, que no estuvieran indexados y que estuvieran repetidos. La revisión de los artículos se realizó por dos autores de forma

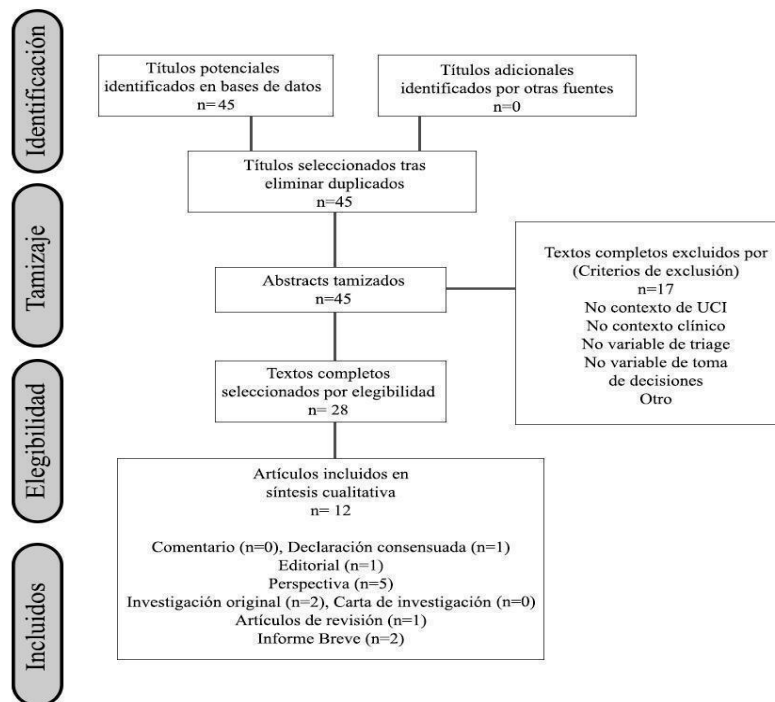
independiente con una lista de cotejo para verificar que cumplieran con los criterios de selección, además en caso de discrepancia se discutió los motivos de no incluirlo.

3. Resultados

Se obtuvieron inicialmente 45 artículos, los resúmenes fueron revisados de manera independiente y por pares por los autores del trabajo, seleccionando 12 artículos descriptivos que coincidían con nuestro algoritmo de selección, el cual se presenta en la Figura 1 del diagrama PRISMA. Se muestra el motivo de eliminación de aquellos que no abordaban aspectos éticos en la toma de decisiones de la unidad de cuidados intensivos.

Destacamos los siguientes temas relacionadas con COVID-19 y bioética dentro del contexto de las ciencias médicas: retraso en tratamiento, priorización, estrés de los profesionales de la salud, comités de triaje, toma de decisiones, juicio clínico, justicia, protección legal, pandemia, respuesta a emergencias, escasez, confianza, atención clínica, atención en UCI. Consideramos el enfoque al que pertenecían dichos temas y ordenamos los textos seleccionados por fecha de publicación del más antiguo al más reciente en la Tabla 1.

Figura 1. Diagrama PRISMA de selección de artículos incluidos en la revisión.



Los estudios seleccionados plantean varios problemas éticos, entre los que se encontró a quienes correspondía establecer los lineamientos en la toma de decisiones. En esta revisión se consideró que la asignación de recursos debe tomar en cuenta la necesidad del tratamiento, el beneficio probable, igualdad del acceso, la evidencia de eficacia y costo, así como el impacto a comunidades minoritarias, por lo que el modelo propuesto es que debe considerarse a la atención individual incrustada dentro de la atención como sociedad (11).

Otra propuesta de Sigfrid *et al.*, sobre cómo plantear la normativa siguió una serie de recomendaciones, entre las que se incluyó el abordaje de los aspectos políticos, económicos, sociales, administrativos, logísticos, regulatorios y éticos. Esto planteó diferentes desafíos, como aspectos geopolíticos, que incluyen una coordinación y colaboración global, recursos suficientes, sistemas de salud con recursos limitados, un número limitado de personal que sufrió agotamiento, así como dificultades en el acceso a la información. Estas dificultades no sólo se presentaron en los recursos, sino también en la participación de los pacientes. Entre las propuestas para tratar con epidemias, se planteó que debe existir un trabajo interinstitucional entre gobierno, industria y sociedad para tener estrategias más efectivas, organizadas y justas para responder a epidemias como el ébola o a pandemias como la COVID-19 (12).

Ello también incluyó a los servicios de urgencias, muchos de los cuales se modificaron extraordinariamente durante la pandemia, aumentando rápidamente sus espacios de atención, redirigiendo la población al servicio de telemedicina y proponiendo un cambio en el paradigma de la atención de urgencias. Las recomendaciones del Royal College of Emergency Medicine fueron: mejorar el control de infecciones, reducir las aglomeraciones, pacientes bajo el cuidado de equipos especializados, rediseño del equipamiento físico, usar pruebas COVID y mejorar la protección del personal, todo con el fin de impedir las saturaciones del servicio, plantean que debe existir una integración entre los sistemas de información, incluyendo la atención primaria y las líneas de orientación médica (13).

Como puede observarse, todas estas recomendaciones surgen del ámbito médico. Para analizar la opinión de los ciudadanos, en Estados Unidos se realizó una encuesta en línea a la población estadounidense, la mayor parte eran mujeres (60.8%), con una media de edad de 44.6 años, presentaron diferentes escenarios que ejemplifican los principios de: salvar la mayor cantidad de vida o años de vida, tomar en cuenta la probabilidad de supervivencia, priorizar la atención de personal que contribuye a la atención por COVID-19 y la asignación aleatoria cuando se presentan dos pacientes con igualdad de circunstancias. Los resultados mostraron que la población tiene respuestas muy heterogéneas y a menudo no están de acuerdo con la asignación que haría el personal de la salud, los autores destacan que brindar al paciente la información que

necesita para poder entender mejor todos los procesos involucrados en su caso es esencial para una óptima relación médico paciente (14).

Uno de los aspectos esenciales en este aspecto es la desconfianza que existe ante las decisiones médicas por parte de la población. Se plantea que el priorizar la atención del personal sanitario, puede aumentar esta desconfianza, y disminuir el impacto que podrían tener las medidas restrictivas al disminuir también el acatamiento de la población. El consenso es que la asignación de recursos debe ser bajo una deliberación pública, con comités de triaje independientes que permitan al médico y al paciente mantener su rol tradicional (15).

Otro de los paradigmas establecidos fue sobre los tratamientos con autorización de emergencia, sin embargo, ello no debe hacer que los médicos estandaricen este tratamiento o lo consideren de uso obligatorio, hasta que no exista una evidencia sobre su utilidad. Los autores proponen que la toma de decisiones sea basada en evidencias, con el objetivo de ofrecer un mejor plan de tratamiento, con un consentimiento informado adecuado y respeto a la autonomía del paciente (16).

En el campo de la medicina militar se creó una propuesta con un algoritmo de valoración con el objetivo de estandarizar el proceso de atención. En dicha propuesta de atención, se recomiendan periodos de espera de 24 horas para evaluar la respuesta del paciente al tratamiento y contrastar ello con la disponibilidad de recursos (camas, personal, equipo, medicamentos) de forma que pueda optarse por el alta del paciente, en cuanto arribe otro con un cuadro más grave y, por lo tanto, con mayor necesidad de atención médica (17).

En un estudio realizado en Reino Unido, se encuestó a 763 personas entre 18 y 86 años (población general) a las que se les plantearon 38 escenarios hipotéticos en los que debían tomar la decisión de brindar o negar un único ventilador disponible con dos pacientes que requerían admisión en la UCI y apoyo ventilatorio. Para cada escenario, las respuestas difieren significativamente del azar, lo que indica preferencias claras (valores p todos $p < 0,001$). La mayoría de los encuestados priorizan a los pacientes que tendrían una mayor probabilidad de supervivencia (72%–93%). En cuanto a la discapacidad, 74% de los encuestados eligió asignar el tratamiento a un paciente sin discapacidad, en lugar de un paciente con una discapacidad profunda del aprendizaje. Ante la hipótesis de asignar el apoyo ventilatorio entre una persona con dependientes económicos (hijos pequeños) y otra que no los tuviese, los encuestado favorecieron al primero, con un 80% a favor, contra un 18% que optó por una decisión aleatoria (lanzar una moneda) (18).

La Universidad de Calgary realizó una síntesis de 83 artículos que describen los criterios de triaje y los marcos éticos para la asignación de recursos de atención crítica durante epidemias y pandemias previas al 2019. Sin embargo, no pudo establecerse, cuál posee la mejor tasa de éxito, dada la heterogeneidad de los estudios. La mayoría de los protocolos revisados por Fiest *et al.* (2020) no están validados o no tienen suficiente validez de criterio para predecir la mortalidad oscilando entre 0,51 *Performance of the Pandemic Medical Early Warning Score (PMEWS)* y 0,85 (admitiendo *Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)* > 11). Los sistemas de puntuación validados, como la puntuación SOFA fueron diseñados para poblaciones específicas y existe evidencia de su imprecisión al trasladarse a poblaciones diferentes. De los algoritmos incluidos, 62,1 % poseen una puntuación de evaluación secuencial de insuficiencia orgánica (SOFA) como criterio de exclusión (19).

Durante la pandemia existió además una mayor inequidad social en la asignación de recursos, encontrando esto de manera constante en seis estudios diferentes (20).

Los detalles cualitativos de los estudios se presentan en la Tabla 1.

Autor	Fecha publicación y país de origen	Título	Enfoque y temas relacionados a COVID-19	Conclusión principal	Tipo de artículo
Harkin	2020.06.08, Irlanda del Norte, RU	Ética para cirujanos durante la pandemia de COVID-19, artículo de revisión	Cirugía, procesos de atención a la salud. Retraso en tratamiento, priorización, estrés del personal de salud	La pandemia permitió observar las áreas de oportunidad a nivel ético en la práctica de la cirugía, tales como el dilema entre posponer tratamientos a pacientes delicados pero estables y brindar atención a pacientes graves con COVID-19.	Revisión
Newdick, Sheehan, & Dunn.	2020.08.07, RU	Decisiones trágicas en cuidados intensivos durante la pandemia de COVID-19: sobre igualdad, consistencia y comunidad	Atención en UCI. Comités de triaje, toma de decisiones, juicio clínico, justicia	Inconsistencias entre los procedimientos médicos elegidos y los resultados estuvieron relacionadas con escalas de clasificación basadas en algoritmos deficientes.	Artículo de controversia reciente COVID-19
Camporesi & Mori	2020.07.10, RU e Italia	Especialistas en ética, doctores y decisiones de triaje: ¿Quién debe decidir? Y ¿Bajo qué criterios?	Procesos de atención a la salud. Comités de triaje, toma de decisiones, juicio clínico, justicia, protección legal	Abiertos debates entre la comunidad de bioética italiana mostraron la complejidad que implicó las múltiples posturas éticas que guían la toma de decisiones clínicas y la creación de algoritmos de triaje.	Artículo de controversia reciente COVID-19

Sigfrid L, Maskell K, Bannister PG, <i>et al.</i>	2020.06.25, RU	Abordando desafíos para las respuestas de investigación clínica a epidemias y pandemias emergentes: una revisión del alcance	Investigación clínica. Pandemias, epidemias, respuesta a emergencias	La contribución internacional de investigación clínica a través de instituciones y organismos brindan la oportunidad de construir estrategias más efectivas, organizadas y justas frente a emergencias de salud pública.	Artículo de investigación
Boyle & Henderson	2020.08.24, RU	COVID-19: Restaurando la atención en urgencias	Atención en emergencias. Triage, toma de decisiones	Estrategias para reducir la aglomeración de personal y pacientes en las salas de emergencias disminuyen la transmisión del virus.	Artículo editorial
Fallucchi & Faravelli.	2020.10.12, Luxemburgo	Distribución justa de recursos médicos escasos en tiempos de COVID-19: ¿Qué piensan las personas?	Recursos médicos. Justicia, escasez	La desinformación sobre la lógica ética en la que se basaron las decisiones médicas o los comités de triaje creó resentimiento y sentimientos de injusticia durante la pandemia.	Artículo de controversia reciente COVID-19
Cheung & Parent	2020.10.26, EUA	Desconfianza e inconsistencia durante COVID-19: Consideraciones para guías de distribución de recursos que priorizan al personal de salud	Recursos médicos. Justicia, escasez, confianza	Las guías clínicas deben ser lo suficientemente claras y estructuradas para poder ser aplicadas con eficiencia, pero no deben ser tan rígidas que no exista un espacio ético y legal para poder ajustarlas a situaciones específicas que lo demanden.	Artículo de controversia reciente COVID-19
Lynch, H. F., Bateman-House, A., & Joffe, S.	2020.11.03, EUA	Aprobaciones de emergencia para COVID-19: La evolución en el impacto de las obligaciones con los pacientes en el cuidado clínico e investigación	Investigación clínica. Toma de decisiones	El uso de terapias solo autorizadas durante emergencia (ADE) ofrece mayor número de opciones de tratamiento para los pacientes y aporta mayor evidencia clínica en menos tiempo sin impactar el estándar de atención.	Artículo de ideas y opinión
Jänig C, Forklage R, Gurney JM, <i>et al.</i>	2020.10.02, EUA	Decisiones de triaje en el contexto de COVID-19: Vieja carga, nuevo reto Protocolo para un Abordaje Estructurado de Triage en Unidad de Cuidados Intensivos (AETUCI)	Recursos médicos, Atención en UCI. Triage, justicia, escasez	Se añadió el factor de recursos disponibles al protocolo de clasificación en la UCI para poder ajustarse a la atención en entidades específicas.	Informe breve

Wilkinson, Dominic <i>et al.</i>	2020.12.08, RU	¿Qué factores deberían estar incluidos en el triaje? Una encuesta en línea sobre las actitudes del público en general de Reino Unido sobre los dilemas de triaje en la pandemia.	Creación de políticas públicas. Triage, toma de decisiones	El público en general de Reino Unido apoya un enfoque utilitario para el triaje en la UCI, está de acuerdo con los factores del paciente incluidos en su guía de clasificación y apoya la redistribución de tratamiento en una pandemia.	Investigación original
Fiest KM, Krewulak KD, Plotnikoff KM, <i>et al.</i>	2020.12.18, Canadá	Distribución de recursos de cuidados intensivos durante el brote de una enfermedad infecciosa: Una revisión rápida para informar la práctica.	Recursos Médicos. Justicia, escasez, toma de decisiones	Los algoritmos revisados no fueron aplicables por falta de validación para estandarizar procedimientos.	Artículo de investigación
Kerr W, Schmidt H.	2020.12.23, EUA	Protocolos de racionamientos de ventiladores COVID-19: ¿Por qué necesitamos saber más sobre las perspectivas de los que tienen más que perder?	Recursos médicos, atención en UCI. Justicia, escasez, toma de decisiones	Se encontró escasa información sobre las preferencias de la comunidad para el racionamiento de ventiladores y menos aún sobre la inequidad al respecto para los pacientes que pertenecen a un grupo vulnerable.	Informe breve

Tres aspectos éticos involucrados en los protocolos de triaje utilizados en la UCI que se generaron durante la pandemia por COVID-19 y reiteradamente llevaron a controversia fueron: 1) la priorización inevitable y el apoyo al rol del juicio clínico, 2) la justicia, y 3) la postura social.

3.1 La priorización inevitable y el apoyo al rol del juicio clínico

Durante la pandemia de COVID-19 se generó una controversia entre el Comité Nacional de Bioética (CNB) y la Sociedad Italiana de Anestesia, Analgesia, Resucitación y Cuidados Intensivos (SIAARTI) ya que la incertidumbre añadida a una enfermedad desconocida daba paso a permitir que el juicio clínico tomará mayor importancia que la escasa evidencia disponible. Sin embargo, esto aumentó significativamente el estrés moral de los especialistas a cargo, dada la gran afluencia de pacientes con COVID-19 que necesitaban ser ingresados en la UCI (8), (17), (11). Sectores médicos como el americano de Nueva York expresaron que les gustaría poder gozar de un respaldo institucional y sobre todo legal, para poder ajustar con autonomía y sin represalias los protocolos de acción cuando lo crean necesario. Particularmente en situaciones que determinan la vida o muerte de pacientes como lo es la distribución de ventiladores respiratorios (15).

3.2 Justicia

Las estrategias para distribución de recursos de triaje elaboradas durante la pandemia partieron de los principios comunes del triaje: justicia igualitaria, utilitarismo, consecuencialismo y contractualismo (19).

El principio de igualdad parte de la Constitución de la OMS, en donde se afirma que: “el goce del grado máximo de la salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. Partiendo de esa visión de justicia igualitaria, siempre deberán respetarse los derechos positivos del paciente (16). En cuanto al principio de utilitarismo, diversas UCI establecieron sus marcos de acción de acuerdo con las características específicas de la cantidad y calidad de recursos disponibles en su institución, teniendo como principal objetivo poder atender al mayor número de pacientes posibles (21).

Otras instituciones optaron por una aproximación consecuencialista de sus recursos, para tratar a los pacientes con COVID-19 en la UCI, al priorizar la atención de acuerdo con el pronóstico del paciente, eligiendo a los que tenían mejor probabilidad de sobrevivir (22).

El contractualismo comentado por Fiest *et al.* (2020) consideró el principio de contrato social entre el proveedor de la atención médica y el valor que tiene un paciente para la sociedad. Por ejemplo, se plantearon protocolos donde se da prioridad a los trabajadores sanitarios, personas jóvenes o con dependientes familiares (19).

3.3 La postura social u opinión pública

Se afirmó que la postura social no debe ser ignorada, particularmente al momento de la creación de nuevas políticas en salud (14). Se estableció que la población actual sigue depositando una gran confianza en el personal sanitario y en los ministerios de salud gubernamentales y que el éxito de mantener dicho voto de confianza impacta directamente en la cooperación que proporcionan los individuos cuando se implementan estrategias de contención o políticas públicas en salud (23).

4. Discusión

Los argumentos éticos involucrados en la implementación de los sistemas de triaje en terapia intensiva durante la pandemia por COVID-19 fueron objeto de debate en múltiples países. Sin uniformidad en los recursos materiales y humanos en cada institución, no fue factible realizar una toma de decisiones estandarizada apegada a las guías globales disponibles (19).

Existieron algunas posturas que depositaban las decisiones de triaje en los criterios establecidos en las guías; mientras otras, de hecho, le brindaban al médico el voto de confianza para decidir autónomamente, basados en su experiencia clínica (15), aunque se generó incertidumbre cuando surgió nueva evidencia que reclamaba modificaciones en las guías (8). El aprendizaje práctico que brinda la experiencia clínica puede orientar con suficiente sabiduría el reordenamiento que puedan requerir los principios morales en los que se basa una decisión médica.

En esta revisión encontramos que los dilemas éticos implicados en la toma de decisiones en la UCI fueron: la igualdad de atención a una población versus el valor social de un individuo y las consecuencias sanitarias, morales o legales que se ven involucradas en una decisión médica versus la plena confianza en la experiencia clínica. Es preciso no sólo entender la bioética como directriz o amparo sino lograr ejercer la bioética de forma adecuada. Recordando a Beauchamp y Childress, en una situación de conflicto debe evaluarse la prioridad de los principios, por ello observamos que en la búsqueda a la solución de los dilemas éticos que se suscitaron resultó medular una labor interdisciplinaria, formativa y constructiva que se basara en principios morales para poder progresar a la creación de guías clínicas que ofrecieran una mejor atención al paciente durante la pandemia por COVID-19.

Wilkinson plantea que se le debe dar a la población una oportunidad de reflexión, información y diálogo durante momentos de crisis, además de legitimar un ejercicio democrático de la medicina, esto permite que se lleve a cabo de manera más ética y humana (18). Escuchar las diferentes posturas morales de la población enriquece la planeación y realización de los procedimientos necesarios para controlar una crisis sanitaria.

El último eslabón de la atención sanitaria es el médico a cargo, quien asume la responsabilidad de reconocer y ejecutar los ajustes necesarios a los protocolos de atención (27). Las decisiones médicas no se tratan únicamente de ciencia, llevan una carga ética irrenunciable. Desde la implementación de políticas públicas hasta la relación médico paciente existe una íntima y necesaria relación entre un marco ético y la toma de decisiones. Ambos forman un vínculo esencial a lo largo de diferentes estructuras y procesos. Juntos garantizan el acceso a la mejor atención a la salud que puede ofrecerse a un individuo.

3. Conclusión

Poder recopilar y reflexionar sobre la forma en que se ha decidido actuar frente a la decisión de tratar o no a un paciente durante la pandemia, nos brinda la oportunidad de valernos de herramientas lógicas para estructurar una atención al paciente ética, razonable y eficiente.

Esto sustenta que los requisitos bioéticos para la toma de decisiones médicas deben tener sus raíces en imperativos universales, pero su práctica directa, especialmente durante una crisis, necesitan ajustes éticos que vayan de acuerdo con el lugar en el que se van a aplicar. Así mismo, las leyes deben proteger a quienes realizan estas adaptaciones tan pronto como se realizan e incluir a la población en la difusión sobre las bases de estas tomas de decisiones.

Conflicto de intereses

No se declaran conflictos de intereses.

Bibliografía

- (1) Faggioni, M. P., González-Melado, F. J., & Di Pietro, M. L. (2021). National health system cuts and triage decisions during the COVID-19 pandemic in Italy and Spain: ethical implications. *Journal of medical ethics*, medethics-2020-106898. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106898>.
- (2) Netters, S., Dekker, N., van de Wetering, K., Hasker, A., Paasman, D., de Groot, J. W., & Vissers, K. (2021). Pandemic ICU triage challenge and medical ethics. *BMJ supportive & palliative care*, 11(2), 133–137. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002793>
- (3) Nielsen L. Pandemic prioritarianism. *Journal of medical ethics*, 2021; medethics-2020-106910. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106910>.
- (4) Camhaji E, Barragán A, Cullell J, Morán C, Galindo J. 100.000 Muertos por COVID-19 en México: radiografía de un país roto. *El País México*, 11 de noviembre 2020 (Disponible en: <https://elpais.com/mexico/2020-11-20/100000-muertos-en-mexico-radiografia-de-un-pais-roto.html>).
- (5) Solbakk JH, Bentzen HB, Holm S, Heggstad A, Hofmann B, Robertsen A, Alnæs A H, Cox S, Pedersen R, Bernabe R. Back to WHAT? The role of research ethics in pandemic times. *Medicine, health care, and philosophy*. 2021; 24(1): 3–20. <https://doi.org/10.1007/s11019-020-09984-x>.

- (6) Holm S. Controlled human infection with SARS-CoV-2 to study COVID-19 vaccines and treatments: bioethics in Utopia. *Journal of medical ethics*. 2020; 46(9): 569–573. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106476>.
- (7) Pennings S, Symons X. Persuasion, not coercion or incentivisation, is the best means of promoting COVID-19 vaccination. *Journal of medical ethics*. 2021; medethics-2020-107076. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-107076>.
- (8) Camporesi S, Mori M. Ethicists, doctors, and triage decisions: who should decide? And on what basis? *Journal of medical ethics*. 2020; medethics-2020-106499. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106499>.
- (9) Truog, R. D., Mitchell, C., & Daley, G. Q. (2020). The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic. *The New England journal of medicine*, 382(21), 1973–1975. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005689>.
- (10) Harkin D. W. Ethics for surgeons during the COVID-19 pandemic, review article. *Annals of medicine and surgery*. 2020; 55: 316–319. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.06.003>.
- (11) Newdick C, Sheehan M, Dunn M. Tragic choices in intensive care during the COVID-19 pandemic: on fairness, consistency, and community. *Journal of medical ethics*, 2020; 46(10): 646–651. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106487>.
- (12) Sigfrid L, Maskell K, Bannister PG, Ismail SA, Collinson S, Regmi S, *et al.* Addressing challenges for clinical research responses to emerging epidemics and pandemics: a scoping review. *BMC medicine*. 2020;18(1): 190. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01624-8>.
- (13) Boyle AA, Henderson K. COVID-19: resetting ED care. *Emergency medicine journal*. 2020; 37(8): 458–459. <https://doi.org/10.1136/emered-2020-210282>.
- (14) Fallucchi F, Faravelli M, Quercia S. Fair allocation of scarce medical resources in the time of COVID-19: what do people think? *Journal of medical ethics*. 2021; 47(1):3–6. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106524>.
- (15) Cheung A, Parent B. Mistrust, and inconsistency during COVID-19: considerations for resource allocation guidelines that prioritise healthcare workers. *Journal of medical ethics*, 2021; 47(2): 73–77. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106801>.
- (16) Lynch HF, Bateman-House A, Joffe S. Emergency Approvals for COVID-19: Evolving Impact on Obligations to Patients in Clinical Care and Research. *Annals of internal medicine*. 2021;174(2): 256–257. <https://doi.org/10.7326/M20-6703>.
- (17) Jänig C, Forklage R, Gurney JM, Growth R, Wirth C, van de Krol H, Schmidbauer W, Güsgen C. Triage Decisions in the Context of COVID-19: Old Burden, New Challenge-The Structured Approach for Intensive Care Unit Triage (SAINT) Protocol. *Military medicine*. 2021; 186(3-4): e300–e304. <https://doi.org/10.1093/milmed/usaa287>.
- (18) Wilkinson D, Zohny H, Kappes A, Sinnott-Armstrong W, Savulescu J. Which factors should be included in triage? An online survey of the attitudes of the UK public to pandemic triage dilemmas. *BMJ open*. 2021; 10(12): e045593. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045593>.

- (19) Fiest KM, Krewulak KD, Plotnikoff KM, Kemp LG, Parhar K, Niven DJ. *et al.* Allocation of intensive care resources during an infectious disease outbreak: a rapid review to inform practice. *BMC medicine*. 2021; 18(1): 404. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01871-9>
- (20) Kerr W, Schmidt H. COVID-19 ventilator rationing protocols: why we need to know more about the views of those with most to lose. *Journal of medical ethics*. 2021; medethics-2020-106948. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106948>.
- (21) Vinay, R., Baumann, H., & Biller-Andorno, N. (2021). Ethics of ICU triage during COVID-19. *British medical bulletin*, 138(1), 5–15. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldab009>.
- (22) Joebges, S., & Biller-Andorno, N. (2020). Ethics guidelines on COVID-19 triage—an emerging international consensus. *Critical care (London, England)*, 24(1), 201. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02927-1>.
- (23) Shaw JA, Sethi N, Cassel CK. Social license for the use of big data in the COVID-19 era. *NPJ digital medicine*. 2020; 3: 128. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-00342-y>
Lopez-Villegas A, Maroto-Martin S, Baena-Lopez MA, Garzon-Miralles A, Bautista-Mesa RJ, Peiro S. *et al.* Telemedicine in Times of the Pandemic Produced by COVID-19: Implementation of a Teleconsultation Protocol in a Hospital Emergency Department. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. 2020; 8(4): 357. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040357>.
- (24) Al-Tabba' A, Al-Hussaini M, Mansour R, Sultan H, Abdel-Razeq H, Mansour A. Ethical Considerations for Treating Cancer Patients During the SARS-CoV-2 Virus Crisis: To Treat or Not to Treat? A Literature Review and Perspective from a Cancer Center in Low-Middle Income Country. *Frontiers in medicine*. 2020; 7: 561168. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.561168>.
- (25) Bahans C, Leymarie S, Malauzat D, Girard M, Demiot C. Ethical considerations of the dynamics of clinical trials in an epidemic context: Studies on COVID-19. *Ethics, medicine, and public health*. 2021; 16: 100621. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100621>.
- (26) Bersano A, Pantoni L. Stroke care in Italy at the time of the COVID-19 pandemic: a lesson to learn. *Journal of neurology*. 2021; 268(7): 2307–2313. <https://doi.org/10.1007/s00415-020-10200-2>.
- (27) Eyawo, O., Viens, A.M. & Ugoji, U.C. Lockdowns and low- and middle-income countries: building a feasible, effective, and ethical COVID-19 response strategy. *Global Health* 17, 13 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00662-y>.

Fecha de recepción: 15 de septiembre de 2022

Fecha de aceptación: 30 de septiembre de 2022

Fecha de publicación: 14 de febrero de 2023