



## CARTAS AL EDITOR

### Algunas consideraciones sobre la ética del triaje en UCI durante la pandemia COVID-19



### Considerations on ICU triage ethics during the COVID-19 pandemic

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: Revisión rápida y consenso de expertos<sup>1</sup>. Conscientes del impacto que tendrá para los profesionales, queremos exponer algunas cuestiones que nos preocupan.

Existe una amplia literatura sobre los problemas éticos del triaje que recoge principios, valores, criterios y formas de aplicación. Todo esto queda sin presentar al lector, y tampoco dan razón de los elegidos en su artículo (apartado c, Recomendaciones generales).

Recomiendan la utilización para esta pandemia de categorías de priorización que son leves modificaciones de criterios de ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en la práctica habitual<sup>2</sup> basados en el juicio clínico, en contraste con el uso de protocolos de triaje sugerido por otros grupos de expertos<sup>3</sup>.

Por otra parte, se evidencia en la tabla 1 del artículo mencionado, una contradicción con las afirmaciones del texto. La edad es un criterio a ponderar de diversas maneras según el modelo de triaje que se elija (hay muchos en la literatura científica) pero no un criterio *a priori* de exclusión de ingreso en UCI tal y como señala la tabla. Conduce a un ageísmo difícil de sostener éticamente y señalado en el Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2 como algo a evitar: «Lo que no resulta en modo alguno aceptable es descartar *ex ante* el acceso a dichos medios a toda persona que supere una edad».

Si se sigue dicha tabla, las escalas y el peso de la comorbilidad llevarían a decisiones de este tipo: Un paciente de 81 años con diabetes o conectivopatía o que tuvo un infarto de miocardio (todos ellos con índice de comorbilidad de Charlson > 3), y que presenta una neumonía de cualquier etiología con fallo respiratorio, no sería conectado a respirador.

Cabe recordar que en esta pandemia hay muchos aspectos todavía por conocer sobre la evolución de grupos de pacientes. En condiciones habituales, y a pesar de su mayor

mortalidad, los ancianos se benefician más del ingreso en UCI (estudio ELDICUS), como también se benefician más si padecen neumonía<sup>4</sup>, afectación principal de los pacientes graves por COVID-19. También que se están publicando propuestas para el triaje que combinan de manera diversa los factores a tener en cuenta, qué peso debe tener cada uno y los instrumentos clínicos idóneos para llevarlo a cabo<sup>5,6</sup>. Sin embargo, queda por validar que estas propuestas de triaje salven vidas o solamente sirvan para decidir a quién se proporciona soporte vital y, tal vez, mayores posibilidades de vivir, y a quién no.

Creemos que la revisión de estos puntos otorgaría mayor validez a cualquier recomendación sobre el triaje en la pandemia producida por la COVID-19.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

- Rubio O, Estella A, Cabré L, Saralegui-Reta I, Martín MC, Zapata L, et al. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. *Med Intensiva*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.006>.
- Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine* 1999; 27:633-8.
- Christian MD, Deveraux AV, Dichter JR, Rubinson L, Kisson N. Introduction and Executive Summary. Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters: CHEST Consensus Statement. *Chest*. 2014;146 4 Suppl, <http://dx.doi.org/10.1378/chest.14-0732>, 8S-34S.
- Valley TS, Sjöding MW, Ryan AM, Iwashyna TJ, Cooke CR. Association of Intensive Care Unit Admission With Mortality Among Older Patients With Pneumonia. *JAMA*. 2015;314:1272–9, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2015.11068>.
- White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.5046>. Published Online.
- Sprung CL, Joynt GM, Christian MD, Truog RD, Rello J, Nates JL. Adult ICU Triage During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Who Will Live and Who Will Die? Recommendations to Improve Survival. *Crit Care Med*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000004410>. Volume Online First - Issue.

J.L. Monzón Marín<sup>a,\*</sup> y A. Couceiro Vidal<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Médico Intensivista, Magister en Bioética, La Rioja, España*

<sup>b</sup> *Profesora de Humanidades Médicas y Bioética, Universidad del País Vasco (UPV-EHU), Bilbao, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jlmonzn@gmail.com](mailto:jlmonzn@gmail.com)  
(J.L. Monzón Marín).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.06.008>  
0210-5691 / © 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

## Respuesta a «Algunas consideraciones sobre la ética del triaje en UCI durante la pandemia COVID-19»



### Reply to “Considerations on ICU triage ethics during the COVID-19 pandemic”

Sr. Editor:

Hemos leído los comentarios al artículo: «Algunas consideraciones sobre la ética del triaje en UCI durante la pandemia COVID-19»<sup>1</sup>.

Queremos destacar el marco histórico en el que se han realizado estas recomendaciones, de una gran dificultad y sin precedentes históricos similares.

Existen 2 premisas fundamentales en la atención de crisis o urgencia: en primer lugar, el deber ético de planificar de las autoridades sanitarias para reducir la morbilidad, la mortalidad de un desastre emergente y, en segundo lugar, los principios éticos que deben prevalecer, basados en la justicia distributiva y en un criterio de proporcionalidad.

Esto lleva a que, en caso de desequilibrio entre las necesidades clínicas y la disponibilidad efectiva de recursos, se deba aplicar un sistema de triaje para maximizar el bien global. Dado que el triaje es aplicado de forma previa al ingreso en las UCI por otros especialistas, nos pareció oportuno, por su practicidad, este sistema de triaje. Después han surgido algoritmos de triaje, como los del grupo de Sprung et al., en los que también se tienen en cuenta aspectos relacionados con el paciente, la gravedad del proceso clínico y la predicción de supervivencia<sup>2</sup>.

Nuestras recomendaciones no pretenden inducir discriminaciones por ningún motivo ajeno al juicio clínico, a la situación clínica del paciente y a las expectativas de supervivencia, como aconsejan en el documento del Ministerio de Sanidad<sup>3</sup>, sino alentar a los profesionales a reflexionar y ofrecerles unos criterios objetivos y consensuados por nuestra sociedad científica. De hecho, esto no es diferente de lo que se hace habitualmente en nuestras unidades de intensivos, donde en el momento del ingreso ya se determina qué soportes están indicados y cuáles no porque serán inútiles y porque su utilización no está justificada<sup>4</sup>.

Respecto al tema de la edad, se conoce que es un factor asociado a mortalidad en pacientes con SDRA por COVID-19<sup>5</sup> y, si bien es cierto que la edad no debe ser tomada en cuenta como estrategia única, sí que tiene un gran peso en

los principales índices pronósticos. Debe tenerse en cuenta que ingresar en la UCI no siempre es sinónimo de supervivencia, como ha generado la expectativa de disponer en ellas de más ventiladores, ni del uso indiscriminado de estos últimos sin una reflexión sobre el beneficio, sobre las indicaciones y los riesgos, lo que podría conllevar situaciones de obstinación terapéutica.

Por último, debemos aclarar que las recomendaciones son flexibles, acotadas a la situación de pandemia y que deben ser reevaluadas de forma dinámica, en función de la evolución de la pandemia y de la disponibilidad de recursos. Por encima de todo, el criterio clínico siempre debe prevalecer, además de la voluntad y preferencia de los pacientes, por respecto a su dignidad.

### Bibliografía

1. Monzón Marín JL, Couceiro Vidal A. Algunas consideraciones sobre la ética del triaje en UCI durante la pandemia COVID-19. *Med Intensiva*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2020.06.008>.
2. Sprung CL, Joynt GM, Christian MD, Truog RD, Rello J, Nates JL. Adult ICU triage during the coronavirus disease 2019 pandemic: Who will live and who will die? Recommendations to improve survival. *Crit Care Med*. 2020 May 6;48:1196–202, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000004410>.
3. Romeo C, Urruela A, Cortina A, Espinosa E, Rodríguez JJ, Pedreira JL, et al. Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2. 3 Abril 2020.
4. Rubio O, Arnau A, Cano S, Subirà C, Balerdi B, Perea ME, et al. Limitation of life support techniques at admission to the intensive care unit: A multicenter prospective cohort study. *J Intensive Care*. 2018;6:24, <http://dx.doi.org/10.1186/s40560-018-0283-y>.
5. Shahid Z, Kalayanamitra R, McClafferty B, Kepra D, Ramgobin D, Patel R, et al. COVID-19 and older adults: What we know. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68:926–9, <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.16472>.

O. Rubio<sup>a,\*</sup>, L. Cabré<sup>b</sup>, A. Estella<sup>c</sup> y R. Ferrer<sup>d</sup>

<sup>a</sup> *Hospital Sant Joan de Déu de Manresa, Manresa, España*

<sup>b</sup> *Hospital de Barcelona, Barcelona, España*

<sup>c</sup> *Hospital de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, España*

<sup>d</sup> *Hospital Universitario del Valle de Hebrón, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [orubio@althaia.cat](mailto:orubio@althaia.cat) (O. Rubio).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.07.001>  
0210-5691 / © 2020 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.