



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



CARTA AL EDITOR

Decisiones de final de vida en tiempos de pandemia



End-of-life decisions during the COVID 19 pandemic

Sr. Editor:

A finales de diciembre del 2019 se reportó en la ciudad de Wuhan, China, el primer caso de infección por el nuevo coronavirus 2019nCoV y la enfermedad producida por este, COVID 19, que se caracteriza por síntomas respiratorios y puede presentarse como síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus 2 (SARS-CoV-2), del que se han descrito tasas de mortalidad que van desde el 11% hasta el 20%, dependiendo de la población y las comorbilidades asociadas^{1,2}. Esta infección fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo del 2020.

En países como Italia, España, Francia, Reino Unido y Estados Unidos, en los meses de marzo y abril de este año, se ha presentado una importante expansión de los casos de COVID 19. Esto ha generado una emergencia sanitaria debido al colapso de las instituciones médicas por la alta tasa de enfermedad respiratoria grave con necesidad de atención en unidad de cuidados intensivos y uso de ventilación mecánica, con registros de muertes diarias en cada país de más de 1.000 pacientes por día³. Esto da cuenta de que a nivel estructural los sistemas de salud de países del primer mundo no estaban en condiciones de enfrentar una crisis sanitaria de estas dimensiones.

En esta situación, los médicos son quienes deben tomar decisiones difíciles. Por ejemplo, son ellos quienes deben distribuir los recursos limitados de un sistema de salud finito, priorizando las camas de cuidado intensivo y los ventiladores mecánicos para pacientes con mayor probabilidad de sobrevivir⁴. En estos casos, la edad se ha vuelto el elemento definitorio para excluir a los pacientes mayores de estos soportes vitales avanzados, en beneficio de la población más joven⁵. Los ancianos han sido condenados a continuar el curso natural de la enfermedad donde se prevé la muerte como desenlace más probable⁶.

La escasez de recursos y la precariedad de los sistemas de salud han hecho que la edad se convierta en un criterio definitorio sobre la vida de los pacientes. Son los médicos quienes están obligados a llevar a cabo dicho criterio de selección, lo que genera mayor responsabilidad y carga sobre estos individuos. Decidir a quién brindar un recurso vital genera impacto emocional, físico y cognitivo en el personal médico y sanitario. Las guías de manejo clínico en lugares como España, Italia y otros países refuerzan esta medida estableciendo modelos de predicción para diagnóstico y pronóstico y criterios de exclusión para intervenciones intensivas a personas mayores de 70 u 80 años, así como la presencia de ciertas comorbilidades^{5,7,8}. El médico termina ejecutando los lineamientos establecidos en dichas guías, pero ¿a qué costo? Además, debido a

la escasez de recursos y a la situación particular de aislamiento para evitar contagios, muchos de los pacientes han muerto en soledad y sin la posibilidad de aliviar sus síntomas, sin acceso a cuidados paliativos y al acompañamiento que necesitan. Esto ha generado en muchas ocasiones escenarios de muerte indignos, en los que la soledad y sufrimiento han cobrado un lugar protagónico y donde el personal de salud no ha podido brindar el acompañamiento adecuado al proceso de morir.

Como personal de salud, y en especialidades como la geriatría, nos enfrentamos a la toma de decisiones hacia el final de la vida, sin embargo, la situación actual de pandemia implica un cambio de escenario y de criterios para la toma de decisiones. En múltiples ocasiones, debido a la masificación del fenómeno y premura con la que se debe actuar, no se han podido contemplar factores como: la funcionalidad, el estado mental y nutricional, sino que la decisión se ha limitado al número de años vividos por el enfermo. Esto de ninguna manera se limita a la geriatría, pues involucra a médicos de todas las especialidades que se han visto obligados a participar de la atención de pacientes críticos. El panorama descrito anteriormente plantea algunas preguntas como: ¿Qué efectos tendrá esta pandemia en la salud mental del personal sanitario? ¿Cuál es la importancia del apoyo psicológico a los profesionales de la salud? ¿De qué manera se transformará la relación médico paciente? ¿De qué forma cambiará la visión de la vida y de la muerte tras la pandemia?

Sin lugar a duda, este evento pasará a la historia y probablemente serán innumerables las transformaciones a nivel disciplinar, pero también los cambios que como humanidad debemos adoptar para continuar como sociedad y especie. Este momento coyuntural invita a la reflexión sobre las dinámicas de los sistemas de salud, la relación médico paciente y sobre todo la forma en la que como médicos tomamos decisiones frente al final de la vida y la muerte de las personas.

Bibliografía

- Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: A descriptive study. *Lancet*. 2020;395:507–13.
- Landi F, Barillaro C, Bellieni A, Brandi A, Carfi A, D'Angelo M, et al. The new challenge of geriatrics: Saving frail older people from the SARS-CoV-2 pandemic infection. *J Nutr Health Aging*. 2020:1–5.
- University CfssaeCajH. Coronavirus COVID-10 Global cases by the center for systems science and engineering (CSSE) at Johns Hopkins University. 2020.
- Ballesteros Sanz MÁ, Hernández-Tejedor A, Estella García Á, Jiménez Rivera JJ, González de Molina Ortiz FJ, Sandiumenge Camps A, et al. Recomendaciones de “hacer” y “no hacer” en el tratamiento de los pacientes críticos ante la pandemia por coronavirus causante de COVID-19 de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.001>.
- Wynants L, van Calster B, Bonten MMJ, Collins GS, Debray TPA, de Vos M, et al. Prediction models for diagnosis and prognosis of covid-19 infection: Systematic review and critical appraisal. *BMJ*. 2020;369, m1328.

6. LADO Jv. Médicos holandeses rechazan tratar en la UCI a los mayores infectados y prefieren dejarlos morir en sus casas. La voz de Galicia, marzo 2020. Disponible en: https://www.lavozdegalicia.es/noticia/sociedad/2020/03/28/medicos-holandeses-prefieren-mayores-infectados-mueran-casa/0003_202003G28P10994.htm.
7. El Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva CyUC SEMICYUC establece recomendaciones éticas para el ingreso en UCI por COVID-19. Geriatricarea. 2020.
8. COM N. Las UCI de Navarra no aceptan a pacientes infectados con coronavirus si son mayores de 79 años. Navarra.com. marzo 2020. Disponible en: <https://navarra.elespanol.com/articulo/sociedad/uci-gobierno-navarra-salud-acepta-pacientes-mayores-79-anos-coronavirus/20200325175026317212.html>.

Alejandra Palacio Sanguino*, Laura Elena Acosta Ospina
y Estefanía Callejas de Luca

Pontificia Universidad Javeriana Bogotá-Colombia, Bogotá, Colombia

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: alejandrapalacio@javeriana.edu.co
(A. Palacio Sanguino).