

EL INDEPENDIENTE

"Todos tenemos igual dignidad; no se puede discriminar a pacientes por la edad"

Publicado el 4 de abril de 2020 - 00: 01

[ANTONIO SALVADOR](#) REDACTOR antonio.salvador@elindependiente.com [@ajsalvador70](#)



Luis Miguel Pastor, catedrático de Biología Celular y presidente de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI). FOTO CEDIDA

No le faltan tareas estas semanas a Luis Miguel Pastor (Albaida, Valencia, 1958), catedrático de Biología Celular e Histología de la Universidad de Murcia y presidente de la [Asociación Española de Bioética y Ética Médica \(AEBI\)](#): elaboración de trabajos de investigación, atención a los alumnos del máster que dirige, el cierre del próximo número de la revista *Cuadernos de Bioética*, la preparación de la asignatura de Histología bucodental que de forma *online* comenzará a impartir en próximas fechas, las faenas propias de la casa... «Casi más trabajo que los días normales», bromea al otro lado del teléfono.

El confinamiento le impide practicar el tenis y jugar al fútbol sala, pero trata de iniciar cada mañana haciendo una tabla de ejercicios para mantener mínimamente la forma antes de ponerse a funcionar. Atiende la llamada de *El Independiente* desde su lugar de residencia en Murcia, una céntrica vivienda desde la que ve la torre de la Catedral y la Cresta del Gallo, el relieve que limita con el campo de Cartagena.

Pregunta.-El Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña ha aconsejado a los trabajadores de las emergencias médicas en un documento interno que los pacientes de más de 80 años con síntomas de [coronavirus](#) no ingresen en la UCI. ¿Esto es ético?

Respuesta. -Lo que más he trabajado es el documento de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), donde se dice con claridad que el juicio de admisión tiene que estar basado en el estado global del paciente y de su situación clínica. Y la única referencia que se hace respecto a pacientes de más de 80 años y con comorbilidades es que se les trate para aliviar su situación y posteriormente se valore o no su intubación. Personalmente haría primero la valoración. Sería interesante conocer la experiencia que se está teniendo en este momento en las unidades de cuidados intensivos. En enfermos de más de 80 años y con

alteraciones importantes del sistema cardiovascular o respiratorio, quizá los resultados tengan bajo índice terapéutico y más que un beneficio quizá es una medida desproporcionada que les podría estar causando un daño.

Cuando hay saturación debe primar que los medios beneficien al mayor número de personas: es un criterio de bien común»

P.-¿Entonces ha debido de sorprenderle las instrucciones de la Generalitat?

R.-He leído las recomendaciones del documento de Cataluña y me sorprende que, afirmando que la edad no es el único criterio, planteen directamente la no intubación a [personas mayores de 80 años](#). También que no haya en el texto, como sí lo hay en el de la SEMICYUC, la posibilidad de que se seleccionará, cuidadosa e individualmente, la indicación de ventilación mecánica invasiva según la evaluación de riesgo/beneficios.

P.-Por lo que dice, queda claro que la edad no debe ser un elemento de discriminación *per se* a la hora de acceder a los recursos sanitarios ni en una pandemia...

R.-No, no lo es. En dicho documento tan sólo se dice que, en situaciones de colapso del sistema, tienes que introducir una serie de elementos para priorizar. Cuando hay una posibilidad de saturación es cuando tienes que optar por incorporar a los pacientes que tengan más posibilidades de beneficiarse, pero siempre desde un punto de vista clínico y contando con la experiencia de estos días. Aunque no sea supercientífico, la experiencia de estos días les da criterio a los propios profesionales. Es el que hay en este momento.

P.- ¿Está sugiriendo que a pacientes de avanzada edad no le procura ningún beneficio el ingreso en la UCI aun teniendo necesidades de ventilación mecánica?

R.-No, no, no. Todos tenemos igual dignidad y, por tanto, derecho a la atención sanitaria y a no ser discriminados por edad ni por discapacidad. Siempre hay que hacer un diagnóstico, un buen pronóstico y un tratamiento proporcionado, en el que el beneficio sea mayor que el riesgo que pueda tener el paciente. Y evitar la obstinación y la futilidad. Esa adecuación o discernimiento es propia del acto y la profesión médicas. Se trata de una decisión que tiene que basarse en la evidencia científica y, cuando se puede, tiene que contar con el paciente. Se trata de un acto de prudencia profesional y de acertar con lo mejor y lo más adecuado para el bien del enfermo. El problema es que siempre los recursos son finitos y las posibilidades limitadas.

P.-Se está poniendo de manifiesto de forma clara en esta crisis...

R.-En esta situación se hace más patente por el agravante de la novedad, la celeridad de los acontecimientos y el no conocimiento pleno de la enfermedad ni de los tratamientos. Cuanta más edad y más enfermedades acompañantes se tengan, obviamente todo ello incide en el estado clínico y en el pronóstico. Y el beneficio que se podría tener de esa respiración asistida puede ser muchísimo menor, por lo que hay que plantear una cuestión de riesgos y beneficios. No se trata de introducir en las unidades de cuidados intensivos a personas que van a estar 20 días para que al final resulte que se les ha hecho un daño. En síntesis, hay que valorar las circunstancias concretas de cada paciente, sin excluir a nadie *a priori*.

Debería haberse un protocolo específico para las residencias; debería haber sido prioritario desde el principio porque son los más vulnerables»

P.-Si hay más enfermos que camas de UCI con respiradores disponibles, ¿cómo considera que se debería actuar?

R.-Sé que es difícil de prever, pero lo primero que habría que haber hecho es preservar a los más vulnerables. Tendríamos que haber iniciado medidas para evitar que la infección llegara a lugares como [residencias de mayores](#), tendríamos que haberlos protegido más porque parte del derecho a la salud es la prevención. Lo segundo es proteger a los profesionales porque si enferman es un daño al bien común y es un punto de contagio para otros. Y, en tercer lugar, está ampliar los medios lo máximo posible.

P.-Algunas comunidades, donde el foco no había estallado inicialmente, sí han tenido tiempo de tomar medidas a la carrera...

R.-Ha habido comunidades que lo están haciendo a la marcha, según la situación, y otras han podido preparar más camas para pacientes críticos. Cuando llegas a un nivel de saturación extremo podría ocurrir que, en igualdad de estado clínico y con límite de posibilidades de camas, hubiera que tomar una decisión. Ahí es donde podrían entrar en juego otro tipo de criterios, como puede ser que tengas más seguridad con unas personas que con otras en su recuperación. Ahí prima que los medios puedan beneficiar al mayor número de personas: estamos ante un criterio de bien común.

P.-¿Entiende que, con las UCI colapsadas en los hospitales de algunas comunidades, [no se hayan derivado pacientes ya a otras autonomías limítrofes](#)?

R.-Por lo que voy observando, los profesionales de las UCI y de reanimación están actuando de un modo prudencial y haciendo una buena praxis con los criterios que estoy comentando porque tienen mucha experiencia. Quizá hace un año un paciente con baja probabilidad de poder salir adelante podría ser introducido en una unidad de cuidados intensivos, pero actualmente no tendría sentido. Las UCI arrojan estadísticas bastante buenas en el sentido de que el porcentaje de las personas que sale es muy alto. Sí es verdad que, en este momento, algunas comunidades que están más saturadas pueden estar siendo un poco más estrictas a la hora de aplicar la indicación de ingreso. Se trata de hacer siempre un juicio concreto e individualizado de cada paciente.

P.-¿Se ha expuesto gravemente al [personal sanitario](#) al no dotarles de los medios de protección adecuados?

R.-Sí. Éticamente debía haberse previsto. La cuestión práctica de si se tenía, qué se tenía y por qué no se tenía habrá que dilucidarlo *a posteriori*. Pero sí que es verdad que una de las prioridades tendría que haber sido estar preparados. No estoy acusando, simplemente digo que éticamente es un deber proteger a los profesionales sanitarios.

La sensación que existía a nivel social no era de tanta gravedad, pero acabaremos con la conclusión de que deberíamos haber empezado antes»

P.-Esta crisis sanitaria ha puesto de manifiesto el drama de las residencias de mayores: centenares de ancianos han fallecido tras resultar contagiados. ¿Se podría haber evitado al menos en parte?

R.-Hablando *a posteriori*, hay medidas que se podrían haber previsto. Haber cortado con mucha más antelación las visitas, haber revisado más a los profesionales que trabajan en las residencias, haber estado al tanto de los primeros síntomas... En definitiva, tendría que haberse activado un protocolo específico. Debería haber sido prioritario desde el principio porque son los más vulnerables.

P.- ¿Por qué está ocurriendo en España y no en Italia?

R.-Desconozco los porcentajes de personas que están en residencias en un país y en otro. Y tampoco sé la estructura y los medios con que cuentan. Es verdad que tenemos una población mayor y que tenemos un sistema de residencias muy amplio. Desde un punto de vista social, Italia y España se parecen mucho en cuanto a la cantidad de

personas mayores que están en las familias. No sabría darle una explicación en este momento.

P.- ¿El número de contagiados que ofrecen las autoridades sanitarias es muy inferior al real?

R.- No creo que haya intención de dar unos números inferiores. Si solamente se está analizando al grupo de pacientes hospitalizados y a los primeros que fueron diagnosticados en sus casas, evidentemente hay una infravaloración. En Murcia, por ejemplo, la atención primaria está controlando más de 15.000 casos de personas que están confinadas en sus casas con síntomas. Los hospitalizados son un punto de referencia porque nos indican quiénes son las personas a las que está afectando más fuerte la enfermedad, pero seguro que hay muchas más.

P.- ¿Se aventuraría a cifrar el número total de contagios que puede haber realmente?

R.- No, habrá que estudiarlo. Si se hubiera podido hacer más diagnósticos podríamos haber buscado una mayor trazabilidad de la enfermedad.

P.- ¿Se debería haber actuado antes adoptando medidas contundentes de distanciamiento social y restricción de movimientos?

R.- *A posteriori*, esto es evidente.

P.- ¿Es creíble que en [China](#), foco del brote inicial, haya habido menos contagiados que en España?

R.- No le podría decir. Como a muchos, me sorprende ver cómo se ha difundido y a qué cotas de infección hemos llegado. No he estado en China para saber si los confinamientos han sido más radicales que en España y tampoco he encontrado el número de pacientes de más de 80 años que ha fallecido allí. No sé muy bien de qué manera se han hecho las estadísticas, pero realmente es para estudiarlo. Es una cosa paradójica.

No sé muy bien de qué manera se han elaborado las estadísticas en China, pero es para estudiarlo. Es una cosa paradójica»

P.- ¿Por qué en España la tasa de mortalidad es mucho más elevada que en otros países europeos, como Francia o Alemania?

R.- Puede haber muchas explicaciones que habrá que estudiar. Me refiero a la cuestión genética, al hecho de que tengamos una tasa de población de personas mayores superior o a la saturación del sistema. Un sistema saturado no es tan eficaz. Cuando se acerca al colapso, la atención pierde eficiencia. De todas formas, vamos a ver que la tasa va a subir en otros países, como Reino Unido y EEUU.

P.- ¿Tiene la sensación de que en España están muriendo personas porque no se ha actuado con mayor anticipación?

R.- Se puede valorar *a posteriori* y probablemente se va a poder cuantificar. Ahora bien, adjudicar una desidia y falta de prevención o de no adelantarse a la situación... La sensación que existía a nivel social no era de tanta gravedad, pero acabaremos probablemente con la conclusión de que deberíamos haber empezado antes. Eso está claro.

P.- Cuando no se había extendido aún en España se decía que era como una gripe. ¿Se subestimó la gravedad de la enfermedad?

R.- Sí. Este virus tiene un poder de difusión tres o cuatro veces mayor que el de la gripe. Sobre la población vulnerable tiene un efecto tremendo, se concentra en ella. La mayoría de las personas que está en UCI tiene más de 65 años y solo con estos pacientes ya se está saturando el sistema.

P.-Por los datos que ofrecen las autoridades sanitarias, ¿interpreta que se ha alcanzado ya el ansiado pico de la curva?

R.-Creo que nos estamos estabilizando y que en un tiempo moderadamente no largo podremos ver los efectos y empezará a bajar. Todavía estamos en proceso de estabilización y ante la posibilidad de que pudiera existir una mayor demanda de personas en las unidades de cuidados intensivos o similares. Aunque es posible la saturación, creo que hay un pequeño colchón para atender a las personas que sean candidatas, idóneas y con resultados de beneficio terapéutico en las UCI.

P.-¿Cómo valora el papel de la [sanidad privada](#) en esta crisis?

R.-Me parece que todos los hospitales privados están comprometidos en este momento con la pandemia. Por lo que veo, se ha hecho un *pool* y se ha unificado todo.

No me ha sorprendido porque les doy clases y los conozco: el personal médico es un colectivo con grandes valores. Tenemos un tesoro»

P.- ¿Es optimista respecto al rápido desarrollo de una vacuna que sea eficaz?

R.-He revisado la bibliografía de histología e histopatología y hay todavía pocos datos sobre el curso de la enfermedad desde el punto de vista celular y de cómo se produce esta cascada de citoquinas que hace que la neumonía vírica pueda complicarse. A veces no es necesario conocer todos los mecanismos para poder encontrar recursos terapéuticos que puedan disminuir mucho el efecto o solucionarlo con una vacuna. Se dice que en un año se puede encontrar la vacuna y soy optimista. Los ensayos que se están haciendo son muy experimentales y va a ser un gran aporte para ver posibles dianas de tratamiento. Hay que conocer bien los mecanismos celulares, cómo entra el virus y cómo se implanta. Y hacerlo por edades. Hay que conocer por qué en unos pacientes debuta de una manera u otra, especialmente en las personas mayores.

P.-¿Confía en que la apuesta de las administraciones por la investigación se pueda mantener en el futuro una vez se supere todo o cree que se olvidará rápidamente lo que ha ocurrido?

R.-Con la vacuna se alcanzará una buena prevención, pero yo creo que esta investigación va a durar bastante. He estado consultando la bibliografía médica y he encontrado escasas revisiones. Hay que tener en cuenta que los resultados de China han empezado a aparecer a principios de marzo. Una cosa muy interesante que sí he podido ver es que los hospitales chinos han elaborado libros, protocolos y guías de las experiencias que han tenido en estos dos meses y lo han puesto a disposición de todos los médicos para actuar con lo que se tiene.

P.- ¿Qué lección está sacando usted de esta crisis?

R.-Primero, darnos cuenta de que todos somos corresponsables de la protección de la vida humana y la íntima relación que hay entre nosotros de protegernos. También una mayor conciencia de que formamos una unidad, que el núcleo de la sociedad es el espíritu de servicio, que coexistimos unos junto a otros y que las vidas están unidas por un 'deber de protección'. Y también he sacado una idea muy clara de cómo son los profesionales sanitarios españoles. No tenía dudas porque doy clases en Medicina desde 1981 y siempre los he visto con un gran carácter vocacional y un deseo de buscar siempre el bien del paciente. Se me ha ratificado completamente en estas circunstancias que estamos padeciendo. Y la solidaridad, ha habido una gran respuesta que demuestra que todos nos sentimos formando parte de una unidad en la que tenemos que cooperar y poner nuestro granito de arena. En cuanto al confinamiento, creo que lo estamos abordando con gran civismo, serenidad y responsabilidad.

P.- ¿Podrá pagar la sociedad de alguna forma el trabajo que está realizando el personal sanitario para afrontar esta crisis?

R.- A mis alumnos les suelo decir que el profesional de la medicina tiene que ser una persona proactiva buscando el bien del paciente. Esto parte de la propia profesión y es parte de su tradición profesional, que es la de entregarse y servir a los demás. Todas las profesiones tienen este componente, pero ésta tiene especialmente ese carácter. Esta situación está haciendo que nos demos cuenta de lo que tenemos en cuanto a riqueza personal. Tenemos un gran colectivo con grandes valores. Tenemos un tesoro.