

Universidad Internacional de La Rioja  
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Bioética

**Dilemas éticos en la atención de pacientes  
no-COVID durante la pandemia**

Trabajo fin de Estudio presentado por:	Juan Antonio Encarnación Navarro
Tipo de trabajo:	Casos Clínicos
Director/a:	Vicente Soriano Vázquez
Fecha:	15/03/2021

## Resumen

A raíz de la pandemia de COVID-19 y la excepcional situación sanitaria que ha provocado, los trabajadores sanitarios a menudo han tenido dificultades para brindar a los pacientes la atención médica necesaria. Por su parte, muchos pacientes han mostrado preocupación por el riesgo de contraer COVID-19 y han demorado las consultas y los beneficios derivados de un diagnóstico temprano del cáncer. En un contexto de sobrecarga asistencial imprevista, la racionalización de recursos por parte del personal sanitario ha reducido el número de pruebas diagnósticas para el cáncer. En este trabajo se examina el impacto de la pandemia de COVID-19 sobre el número de diagnósticos de cáncer de próstata y/o sobre el estadio de la enfermedad. A continuación se reflexiona sobre los dilemas éticos derivados de estos hallazgos.

**Palabras clave:** COVID-19, cáncer de próstata, atención médica, triaje, recursos sanitarios

### **Abstract**

Due to the COVID-19 pandemic and the exceptional health crisis it has entailed, healthcare workers have often faced great challenges to provide patients with the medical care they need. On the other hand, many patients have been concerned about the risk of contracting COVID-19, and have consequently delayed their medical appointments, which means they may have missed the benefits resulting from an early diagnosis of cancer. In a context of clinical overload, the prioritization of resources by the medical staff has lead to reduced the diagnostic tests for cancer. This work examines the impact of COVID-19 pandemic on the number of diagnoses of prostate cancer and/or its clinical stage. Subsequently, we discuss the ethical dilemmas derived from these observations.

**Keywords:** COVID-19, prostate cancer, medical care, triage, health resources

## Índice de contenidos

Dilemas éticos en la atención de pacientes no-COVID durante la pandemia .....	1
Resumen .....	2
1. Introducción.....	4
2. Objetivo.....	6
2.1. Objetivo principal .....	6
2.2. Objetivo secundario.....	6
3. Material y métodos.....	7
3.1 Diseño del estudio .....	8
3.2 Población de estudio .....	8
3.3 Tratamiento de los sujetos.....	8
4. Resultados.....	10
5. Discusión .....	16
5.1 ¿Qué problemas éticos se plantean?.....	25
5.2 Cuestiones éticas desde el punto de vista médico .....	25
5.3 Desde el punto de vista del paciente. ....	30
5.4. Recomendaciones de la ASCO para la comunidad de oncología durante la pandemia de COVID-19 .....	33
6. Conclusiones .....	34
7. Referencias bibliográficas .....	35

# 1 INTRODUCCIÓN

La infección por SARS-COV-2 se ha propagado por todo el mundo. La OMS la definió como pandemia desde marzo de 2020. Esta situación de emergencia sanitaria ha provocado una reorganización total del sistema de salud, de modo que la mayoría de las actividades preventivas de rutina para multitud de patologías se han suspendido o demorado (1–5).

Las campañas de las unidades de cáncer de próstata se han visto muy afectadas por la pandemia, con importantes restricciones. La patología prostática tiene un fuerte impacto en los varones, tanto en términos de calidad de vida como de supervivencia. De hecho, el cáncer de próstata es la segunda neoplasia más común masculina, afectando aproximadamente al 12% en algún momento de su vida (6). El diagnóstico puede hacerse tras el debut de clínica prostática o bien como resultado del cribaje del PSA (iniciales en inglés, prostatic specific antigen) en pacientes asintomáticos.

Cada año se diagnostican en el mundo 1.300.000 nuevos casos de cáncer de próstata (7). Los datos de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER) indican que entre 2010 y 2015, la incidencia general de cáncer de próstata en los Estados Unidos disminuyó, particularmente para la enfermedad de bajo riesgo de malignidad. Esto fue posible gracias al cribado masivo del PSA en campañas de prevención y a través de la sensibilización de los pacientes para consultar ante la presencia de síntomas urinarios. Como consecuencia, el aumento de los diagnósticos tempranos de cáncer de próstata condujo a un mejor pronóstico, a tratamientos más conservadores y con mejores resultados, así como a menores costes para el sistema de salud.

Durante el primer año de la pandemia de COVID-19, muchas de las consultas y analíticas sanguíneas solo se realizaban en urgencias. La detección y actividades electivas se suspendieron, desplazando todos los recursos para ponerlos a disposición de los servicios esenciales. El cese de las actividades electivas, los programas de detección y la drástica

reducción de los servicios han afectado la calidad de la prestación médica a un gran número de pacientes.

¿Qué pasará con los pacientes que no puedan someterse a pruebas de screening o seguimiento debido a la situación de pandemia? ¿Cuántos pacientes con neoplasia de próstata con estadios avanzados serán diagnosticados al final del periodo de COVID-19? ¿Cuántos requerirán el uso de quimioterapia, en razón de padecer enfermedad avanzada?

La falta de pautas internacionales deja en manos de los profesionales sanitarios las decisiones individuales para brindar una atención óptima a cada paciente durante la pandemia. La transición a la telemedicina ha reducido en gran medida las visitas a la consulta, lo que ha supuesto una demora en la detección de cáncer y una disminución significativa del número de nuevos diagnósticos de cáncer durante la pandemia.

En este trabajo vamos a revisar en qué medida se ha reducido el diagnóstico de cáncer de próstata y si los diagnósticos se han hecho en estadios más avanzados durante el año 2020. Para ello, se comparan los diagnósticos de cáncer de próstata en la región de Murcia durante los meses de marzo a diciembre de 2019 y de 2020.

A continuación, reflexionamos sobre las cuestiones éticas que emergen a la vista de esa información y, en qué medida, han influido el miedo de los pacientes, la presión social y las cuestiones de equidad.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO PRINCIPAL:

Conocer si durante el estado de pandemia por la COVID-19 se han diagnosticado menos pacientes con cáncer de próstata respecto al mismo periodo del año anterior en la Región de Murcia. Valorar si la proporción de diagnósticos en estadios más avanzados ha sido mayor en el período de pandemia respecto al año previo. Consideración de las implicaciones éticas de esta información.

Relacionar la disponibilidad y la equidad en el acceso a recursos sanitarios con el número de diagnósticos de cáncer de próstata.

### 2.2 OBJETIVO SECUNDARIO:

Evaluar en qué medida ha influido la priorización de necesidades económicas sobre la atención a la salud por parte de los pacientes.

### 3 MATERIALES Y MÉTODOS

En la Región de Murcia, el primer caso de COVID-19 se registró el 8 de marzo de 2020, siendo importado de la Comunidad de Madrid, que se encontraba en aquellos momentos en plena efervescencia de contagios. Por entonces, ya se había superado en toda España la cifra de 500 infecciones y una decena de muertes. A finales de abril de 2020, se habían confirmado unos 1.800 casos de COVID-19, de los cuales 125 habían fallecido.

En tiempos de escasez de recursos, consideraciones como la justicia y la equidad deben pasar a un primer plano. Anticipándose a la limitación de recursos críticos esenciales, como camas de hospital/UCI y respiradores disponibles, las autoridades sanitarias estatales, grupos de trabajo y bioeticistas han desarrollado diversos protocolos para optimizar el uso de los recursos de la forma más adecuada. Aún no existe un marco universalmente aceptado, pero sí se ha alcanzado un acuerdo en varios aspectos clave. Todas las guías respaldan la prioridad de la supervivencia a corto plazo (6).

Durante estos meses han surgido muchas preguntas de índole ética, que van desde ¿cómo asignamos recursos escasos y caros, como camas de UCI, ventiladores o determinados medicamentos? a ¿cómo continuar con el screening de las enfermedades oncológicas? Evidentemente, se ha prestado gran atención a la asignación de recursos durante la pandemia a los hospitales y los proveedores de material sanitario han adoptado numerosas medidas para la gestión de los mismos. Una organización útil y sencilla de estos bienes consiste en dividirlos en dos categorías a la hora de establecer prioridades en su asignación: por un lado, los recursos claramente finitos y, por otro, los recursos no finitos.

En este trabajo examinamos si durante el período de pandemia se ha reducido el diagnóstico de cáncer de próstata y si los nuevos diagnósticos se han producido en estadios más avanzados. A continuación, realizamos una serie de consideraciones éticas, tanto desde el punto de vista del paciente como desde el médico.

### **3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. La población examinada viene representada por todos los pacientes que hayan sido tratados durante los años 2019 y 2020 por cáncer de próstata en el servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. A efectos de comparación se estudian los meses de marzo a julio de ambos años. Los pacientes son consecutivos durante el periodo de estudio y son mayores de edad.

### **3.2 POBLACIÓN DEL ESTUDIO**

Los datos de los pacientes se han recogido de forma retrospectiva. Se han seleccionado individuos varones, mayores de edad, con una neoplasia de próstata.

Criterios de inclusión:

Se han incluido todos aquellos pacientes con neoplasia de próstata localizada que han sido sometidos a tratamiento para cáncer de próstata en el servicio de oncología radioterápica en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca durante los años 2019 y 2020, centrándonos en los meses de Marzo a Julio de ambos años. Los pacientes han sido seleccionados de manera consecutiva durante el periodo de estudio. Todos los pacientes son mayores de edad.

Criterios de exclusión:

Se han excluido los pacientes con cáncer de próstata metastásico.

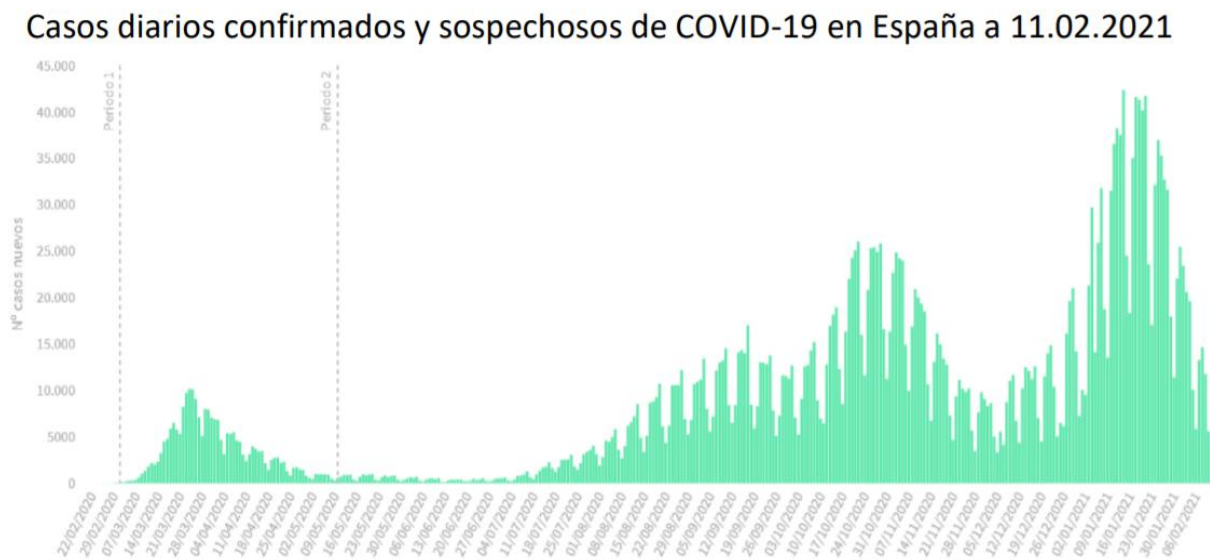
### **3.3 TRATAMIENTO DE LOS SUJETOS**

Descripción de la intervención: No se ha llevado a cabo ningún intervencionismo sobre los sujetos. Se ha recogido el número de tratamientos realizados durante ese período, sin especificar datos personales de los pacientes.



## 4 RESULTADOS

Desde marzo de 2020 España está inmersa en la pandemia de COVID-19. Durante 2020 se padecieron dos grandes olas, la inicial y la de otoño, con un número de fallecimientos más elevado por día en la primera de ellas. Tras las navidades hubo una tercer ola. En estas gráficas podemos observar la evolución de la pandemia.



*Figura 1: Casos diarios confirmados y sospechosos de COVID en España desde Febrero de 2020 hasta Febrero de 2021.*

Fuente:

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion\\_311\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_311_COVID-19.pdf)

## Número de fallecidos diarios por COVID-19 por fecha de defunción en España a 11.02.2021

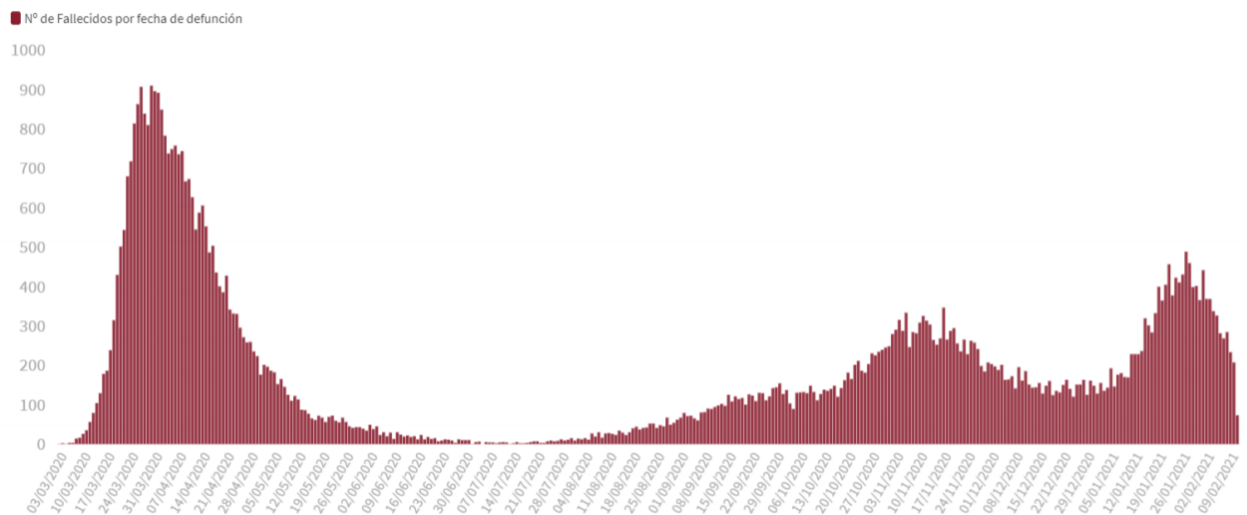
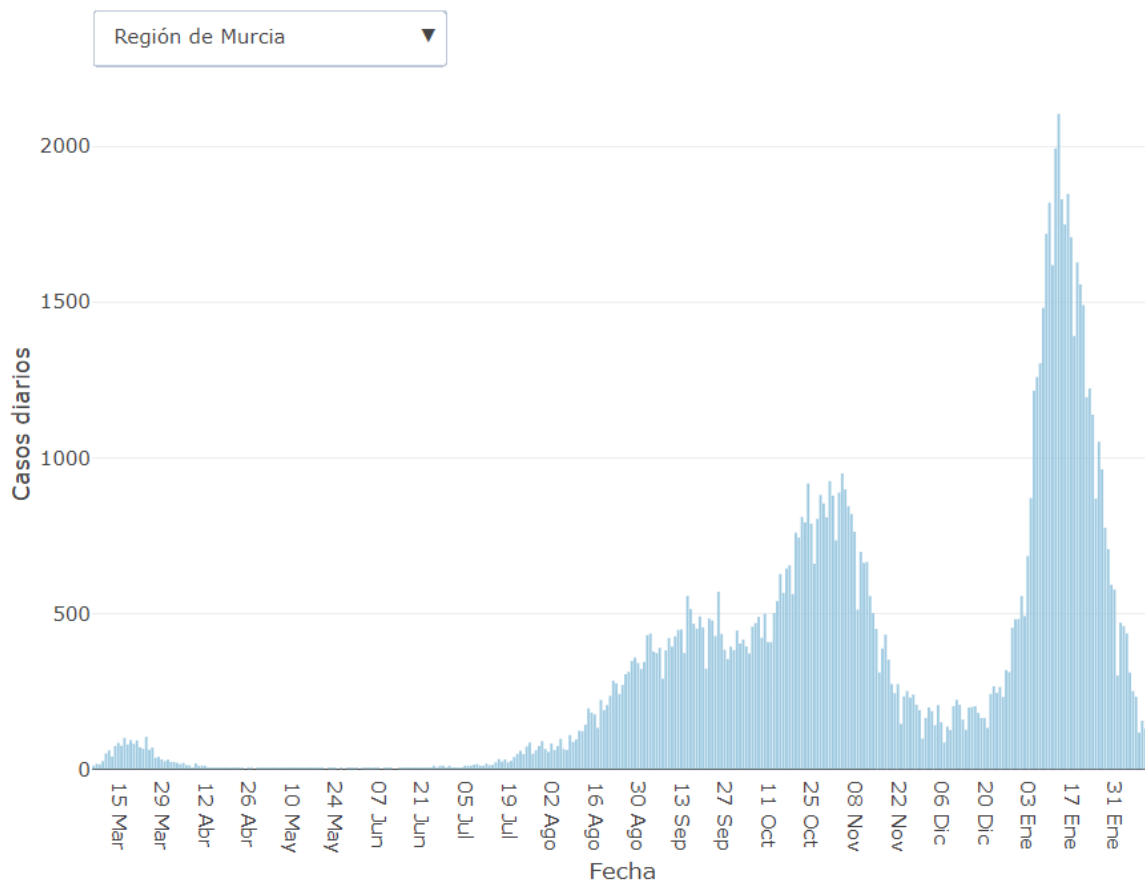


Figura 2: Número de fallecidos diarios por COVID-19 desde marzo de 2020 hasta febrero de 2021.

### Fuente:

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion\\_311\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_311_COVID-19.pdf)

Si nos basamos en los datos por comunidades, Murcia vivió una primera ola mucho más aplanada que el resto de comunidades, aumentando el número de casos tras el período estival.

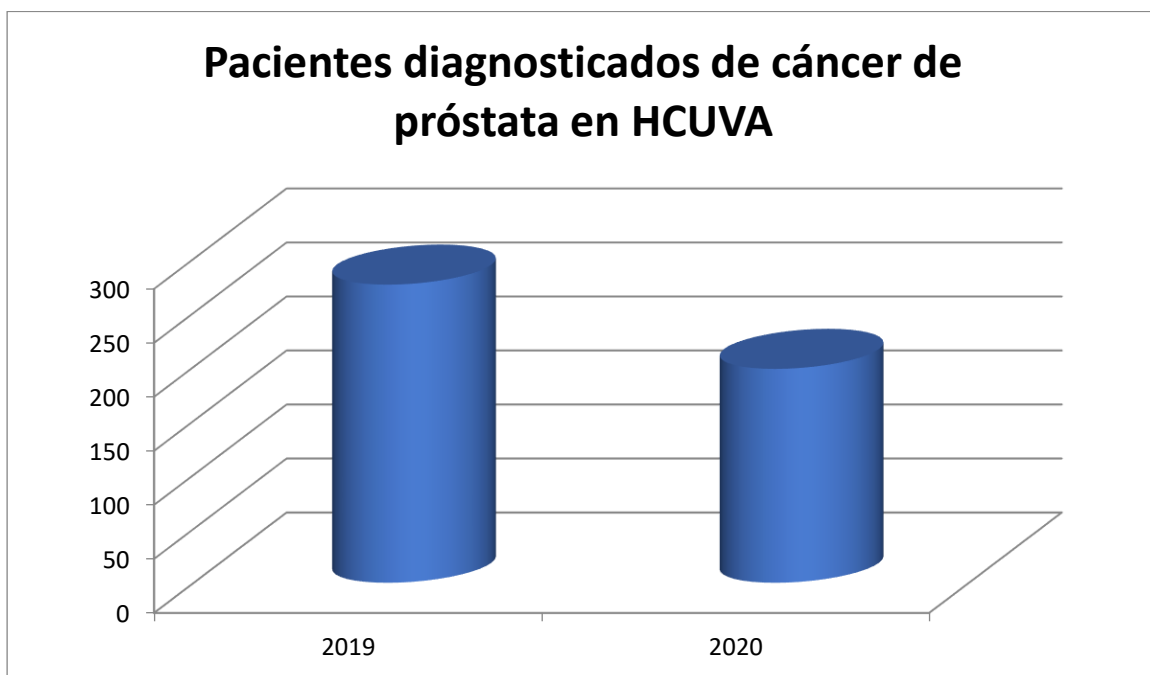
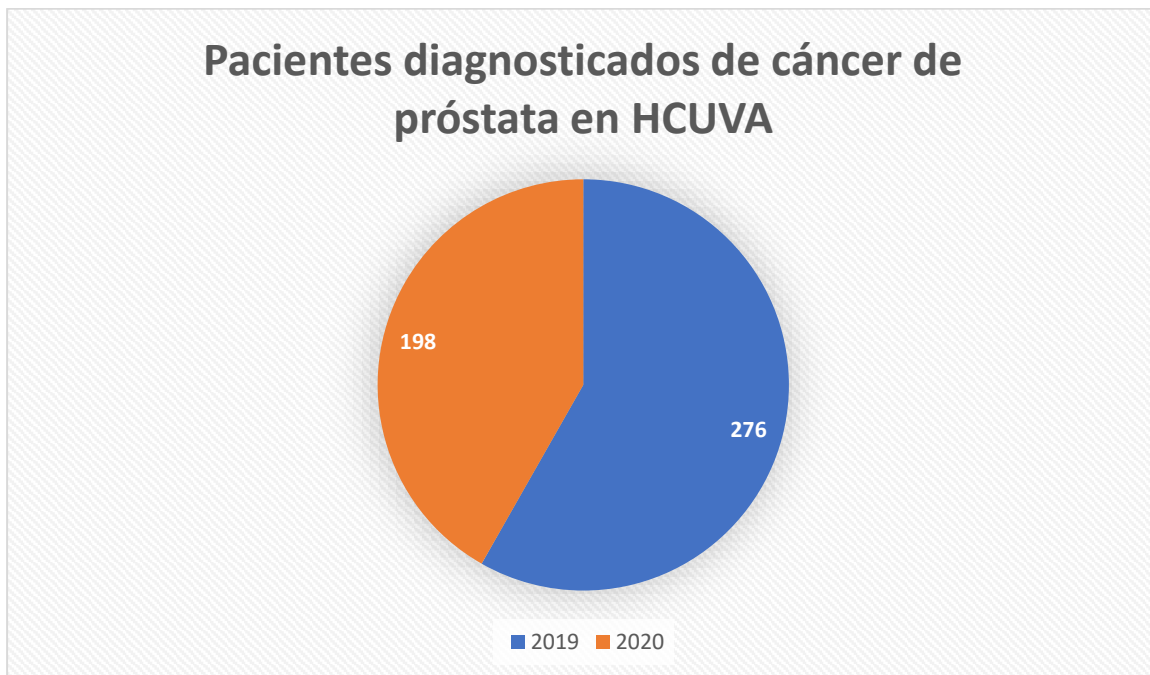


*Figura 3: Número de casos diarios en la Región de Murcia desde Marzo de 2020 hasta Febrero de 2021.*

Fuente: <https://cnecovid.isciii.es/covid19/#ccaa>

Nuestro trabajo se basa en el número de diagnósticos de cáncer de próstata en la región de Murcia durante las dos primeras olas de la pandemia.

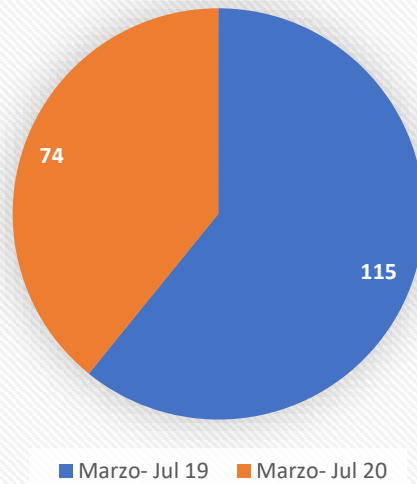
Durante los meses de marzo a julio de 2019 hubo 115 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA). Durante ese mismo año se diagnosticaron un total de 276 pacientes. Durante el mismo período del año 2020 (marzo – julio) se diagnosticaron sólo 74 pacientes (35% menos) y durante todo el año 2020 se diagnosticaron un total de 198 pacientes.



*Figura 4: Pacientes diagnosticados de cáncer de próstata durante el año 2019 y el año 2020 en el hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA).*

Fuente: Servicio de Oncología Radioterápica HCUVA. Elaboración propia.

### Pacientes diagnosticados de cáncer de próstata en HCUVA



### Pacientes diagnosticados de cáncer de próstata en HCUVA

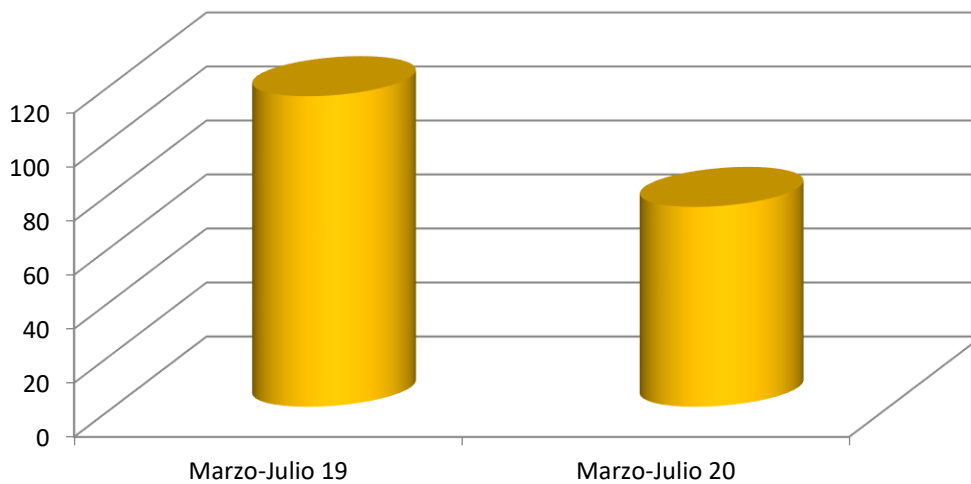


Figura 5: Pacientes diagnosticados de cáncer de próstata durante los meses de Marzo a Julio del año 2019 y de Marzo a Julio del año 2020 en el hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA).

Fuente: Servicio de Oncología Radioterápica HCUVA. Elaboración propia.

## 5 DISCUSIÓN

El cáncer de próstata se encuentra entre los cánceres más comunes en los hombres en todo el mundo, con un estimado de 1.600.000 casos y 366.000 muertes al año (7). En los Estados Unidos, el 11% de varones es diagnosticado de cáncer de próstata a lo largo de su vida, y la incidencia generalmente aumenta con la edad. Se estima que hay 165.000 casos y 29.000 muertes al año (8).

En nuestro país, según datos de la IARC (Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer) la incidencia estimada estandarizada fue de 28,01/100.000 en 1993 y ascendió a 70,22/100.000 en 2010. En 2018 se estima que hubo 31.728 nuevos casos diagnosticados en España con 139 casos por cada 100.000 hombres (9).

Según los NIH (National Institutes of Health), la supervivencia global a 5 años ha aumentado de 66,1% en los diagnosticados entre 1975 y 1977 al 98,4% del 2008 al 2014 (10). Este aumento de la supervivencia se ha producido gracias a la generalización de los tests diagnósticos precoces mediante la determinación de niveles de PSA sanguíneo. Ello ha conllevado un aumento de la incidencia del tumor, pero también de su supervivencia. Debido a estos tests se produce un aumento del diagnóstico del cáncer y se tratan tumores muy pequeños con un excelente pronóstico.

Dentro de la región europea, hay que señalar a Austria, cuyas cifras de supervivencia son las mejores de Europa. Este país fue donde primero se implantó el programa de diagnóstico precoz de cáncer de próstata.

La pandemia de COVID-19 ha transformado la prestación de la atención médica en todo el mundo. La crisis ha cambiado la forma en la que se realiza la atención sanitaria y ha obligado a los médicos a tomar decisiones difíciles sobre qué tipos y qué componentes de la prestación de salud tienen un valor inmediato limitado y cuáles son esenciales para obtener resultados óptimos.

Una emergencia de salud pública, como una oleada de personas que buscan atención médica, así como pacientes en estado crítico con COVID-19 u otra enfermedad respiratoria grave, interrumpe los procesos normales. Debido a que algunas neoplasias malignas pueden representar una amenaza inmediata para la supervivencia, el cáncer de próstata proporciona una perspectiva de los principales cambios que se están produciendo actualmente en la atención clínica, sobretodo en las pruebas de screening.

Durante la pandemia, el enfoque clínico predominante en medicina, con la visita y encuentro presencial entre el paciente y el médico, ha cambiado. Para aplanar la curva de crecimiento de la pandemia de COVID-19, se han pospuesto o cancelado procedimientos no agudos y se han trasladado millones de visitas presenciales a consultas telefónicas o videollamadas.

Además de los aspectos médicos, con la evolución de la pandemia, países y estados han instituido cierres. Estas decisiones han sido difíciles y a veces se describen como beneficio de la salud pública a expensas de la economía. El miedo a contraer el coronavirus en los entornos de atención médica ha disuadido a gran parte de la población de realizarse pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento de enfermedades distintas del COVID-19.

Las consecuencias para los resultados del cáncer, por ejemplo, parecen ser muy importantes ¿Qué se puede hacer para minimizar este efecto? El cáncer es un conjunto complejo de enfermedades cuyos pronósticos están influenciados por el momento del diagnóstico y la intervención. En general, cuanto antes se reciba el tratamiento del cáncer, mejores serán los resultados.

Ha habido una fuerte caída en los diagnósticos de cáncer en Estados Unidos desde el comienzo de la pandemia, pero no hay razón para creer que la incidencia real de cáncer haya disminuido. Los cánceres que se pasan por alto saldrán a la luz en una etapa posterior y con peor pronóstico.

En muchos hospitales, los tratamientos y cirugías contra el cáncer se han despriorizado para preservar la capacidad clínica de los pacientes con COVID-19. Por ejemplo, algunos pacientes están recibiendo quimioterapia y/o radioterapia menos intensas y, en otros casos, las operaciones de los pacientes para extirpar un tumor de reciente diagnóstico se están retrasando, así como las tomas de biopsias. No cabe duda de que la pandemia de COVID-19 está provocando un retraso en el diagnóstico y una atención subóptima para las personas con cáncer.

En un estudio realizado en EEUU (11) se ha informado de una disminución significativa en el número de pacientes que se someten a pruebas de detección de cáncer y en la cifra de diagnósticos subsiguientes de lesiones cancerosas y precancerosas durante la pandemia de COVID-19. De junio a septiembre de 2020, hubo una recuperación significativa en el número de pruebas de detección y los diagnósticos subsiguientes, a niveles casi prepandémicos.

En este contexto, hay varias publicaciones referidas a otros tipos de cáncer que refrendan lo ocurrido en nuestro medio con el descenso de diagnósticos de cáncer durante el estado de pandemia.

Durante la pandemia, en el estado de California, desde mediados de marzo hasta mediados de junio de 2020, las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino disminuyeron en aproximadamente un 80% en comparación con el mismo período de un año antes, según muestran los datos analizados en este estudio(12).

Los investigadores examinaron los datos de las citologías y revisiones ginecológicas realizadas en California durante el año 2020 en comparación con las realizadas el año anterior. Las tasas de detección del cáncer de cuello uterino cayeron un 8% para las mujeres de 21 a 29 años durante los primeros 2 meses de 2020 en comparación con el mismo período en 2019.

Pero el gran descenso se produjo durante los meses de pandemia en los que se decretó el confinamiento domiciliario, donde las tasas de detección entre las mujeres de este grupo de

edad se redujeron en un 78%. Durante los 3 meses siguientes tras el confinamiento también se observó un descenso de los diagnósticos de un 29% en comparación con las tasas de 2019 durante los mismos períodos de tiempo(12).

Entre las mujeres de edad entre 30 y 65 años, se produjo una disminución del 3% en la realización de pruebas de screening del cáncer de cuello uterino durante los primeros 2 meses de 2020 en comparación con enero y febrero de 2019.

Pero si analizamos las tasas de detección en este grupo de edad durante los meses de pandemia donde se estableció el confinamiento domiciliario, se observa un descenso de un 82% de los diagnósticos de cáncer de cuello uterino durante esos meses de 2020 y un descenso de un 24% durante los 3 meses posteriores al confinamiento en comparación con el mismo período de tiempo durante el año anterior(12).

Al analizar la muestra se observa que las disminuciones se produjeron de forma similar en entre todos los grupos raciales y étnicos.

Además otro estudio analiza los registros médicos electrónicos de 2.7 millones de pacientes de 190 hospitales en 23 estados, los cuales demuestran disminuciones similares relacionadas con la pandemia en las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y otras pruebas de screening oncológico(13).

Este estudio compara la cantidad de pruebas de screening de cáncer de cuello uterino, de colon y de mama realizados cada semana durante el año de 2020 comparándolos con el número de pruebas realizadas durante las semanas equivalentes de 2017 a 2019. El conjunto de los datos analizados incluyen 2,7 millones de registros de pacientes de 39 organizaciones que representan 190 hospitales en 23 estados de EEUU.

## Cancer Screenings in the U.S.

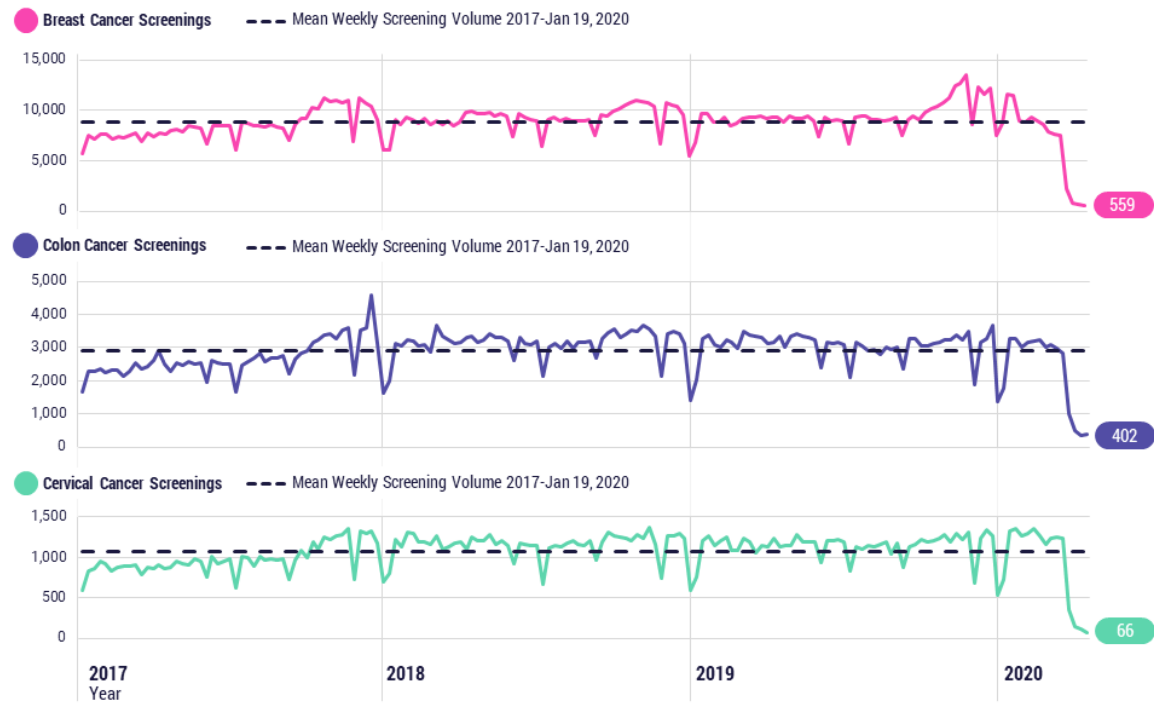


Figura 6. Muestra el volumen de detección de cáncer semanal frente al tiempo para cada tipo de detección de cáncer. Los números coloreados muestran el último volumen observado.

FUENTE: <https://ehrn.org/articles/delays-in-preventive-cancer-screenings-during-covid-19-pandemic/>.

### Cancer Screenings in the U.S.

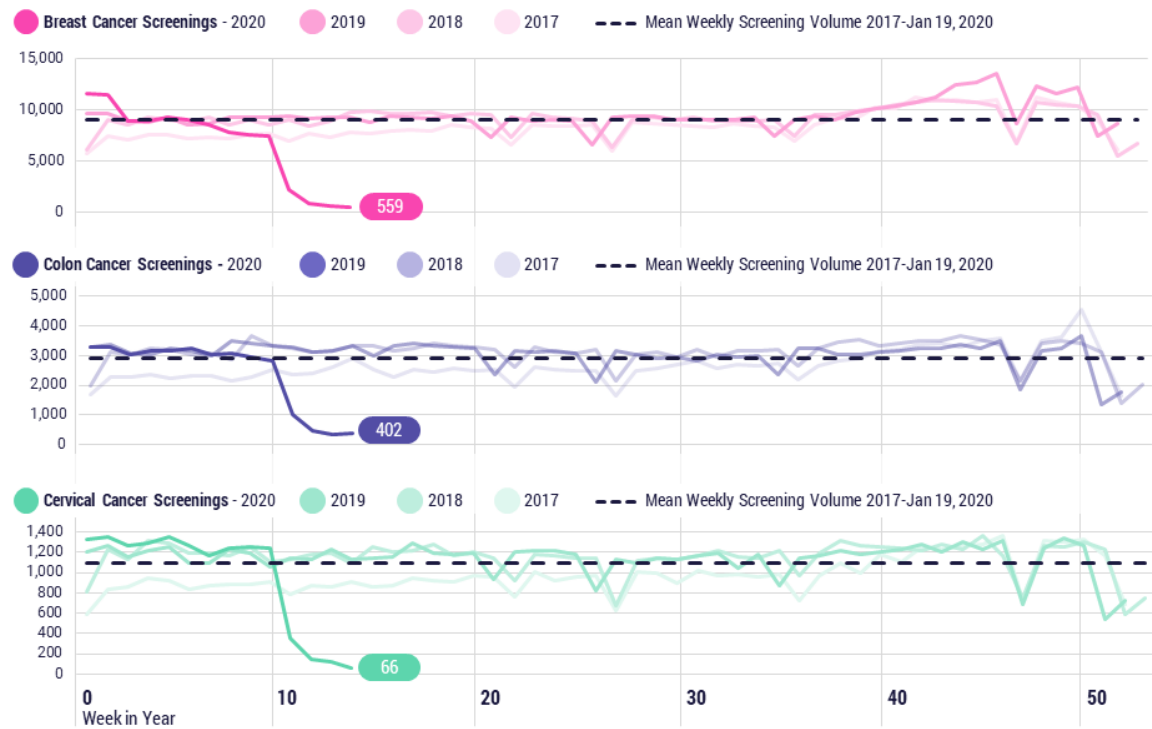


Figura 7. Muestra el volumen de detección de cáncer semanal para cada tipo de pruebas de screening según el tipo de cáncer.

FUENTE: <https://ehrn.org/articles/delays-in-preventive-cancer-screenings-during-covid-19-pandemic/>.

## Cancer Screenings in the U.S.



Figura 8. Muestra los volúmenes semanales de detección de cáncer durante los últimos años. Los segmentos de línea de color indican estimaciones ajustadas del modelo GAM, que combinan tendencias a largo plazo, efectos estacionales anuales y festivos. Las áreas de colores más claros muestran los intervalos de incertidumbre. Los segmentos de color negro, muestran los volúmenes observados tras el 20 de enero de 2020.

**FUENTE:** <https://ehrn.org/articles/delays-in-preventive-cancer-screenings-during-covid-19-pandemic/>.

## Cancer Screenings in the U.S.

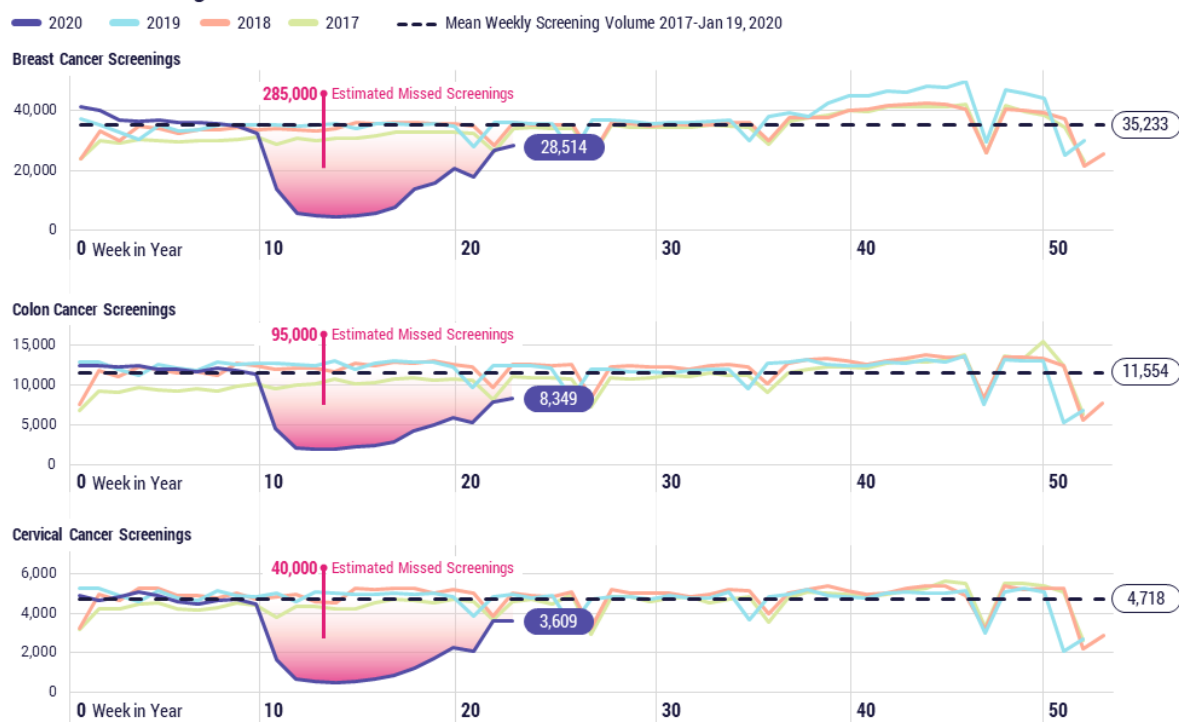


Figura 9. Se muestra el volumen de pruebas de screening realizadas semanalmente durante los últimos 4 años. Las zonas coloreadas muestran el último volumen observado, durante el año 2020.

Fuente: <https://ehrn.org/articles/delayed-cancer-screenings-a-second-look/>

Tras los meses de confinamiento, el número de pruebas de screening oncológicas comenzaron a aumentar de manera progresiva, pero sin alcanzar los niveles previstos antes de la pandemia para esos meses. Las pruebas de screening las semanas de Junio de 2020 se mantuvieron en un 29%, 36% y 35% por debajo de sus niveles anteriores a la pandemia por COVID-19 para cánceres de mama, colon y cuello uterino (14).

Entre los días del 15 de marzo y el 16 de junio, se estima que no se realizaron en torno a 285,000 pruebas de screening para cáncer de mama, 95,000 para cáncer de colon y 40,000

para cáncer de cuello de útero, lo que representa déficits del 63%, 64% y 67% en relación con la cantidad de exámenes que se esperarían según en el promedio histórico de los últimos años(14).

Los datos de estos artículos muestran una caída alarmante de las pruebas de screening, entre 86% y 94% durante los meses de pandemia, realizadas en los Estados Unidos, debido a la imposibilidad de realizarlas durante estos meses, debido a la pandemia por COVID-19.

Si la tendencia continúa, los datos sugieren que muchos casos de cáncer podrían no ser diagnosticados o ser diagnosticados en una fase mas avanzada con un peor pronóstico.

Por lo tanto se debería volver a retomar las pruebas de screening para evitar que los pacientes se diagnostiquen en fases avanzadas de las enfermedades oncológicas de las cuales hay pruebas de detección disponibles.

Esto contrasta con la práctica habitual de la salud pública, que tiene como objetivo promover el bienestar de la población minimizando la morbilidad y la mortalidad mediante el uso prudente de recursos y estrategias. Por lo que asegurar la salud de la población, especialmente en una emergencia, puede requerir limitaciones en los derechos y preferencias individuales, como por ejemplo limitar las pruebas de screening para proteger a la mayoría de la población.

En el proceso de diagnóstico oncológico, una de las principales cuestiones es la relación entre el paciente y el médico, basada en la confianza, lo que da lugar a la responsabilidad ética de los médicos para colocar el bienestar de los pacientes por encima de los intereses propios o de las obligaciones con respecto a la sociedad (15).

Estas dos cuestiones plantean el gran debate ético durante la pandemia por COVID 19, ¿limitar las acciones con beneficio para algunos pacientes, como las pruebas de screening, para un beneficio grupal o hacer prevalecer la importancia de acciones como las pruebas de screening para evitar los diagnósticos en fase avanzada?

### **5.1 ¿QUÉ PROBLEMAS ÉTICOS SE PLANTEAN?**

Entre los más importantes figuran:

1. Respeto a la autonomía: el derecho del paciente a elegir o rechazar el tratamiento o pruebas de diagnóstico, que sustenta el concepto de consentimiento informado.

2. Beneficencia y Justicia: los médicos deben actuar en el mejor interés del paciente, es decir, priorizando los recursos para los pacientes que presentan enfermedades con riesgo vital a corto plazo y no destinando los recursos a pruebas de screening. Se trata de la distribución de escasos recursos de salud y la decisión de a quién se ofrece qué tratamiento. Esto también podría denominarse "justicia social" porque va más allá de tratar al paciente individual.

### **5.2 CUESTIONES ÉTICAS DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO**

Los desafíos éticos en la atención de la salud son comunes incluso en condiciones normales, porque la atención de la salud responde al sufrimiento humano. Actuar de manera ética debe ser parte integral del profesionalismo en la atención médica. Sin embargo, los profesionales a menudo experimentan incertidumbre o angustia sobre cómo proceder. Los casos que involucran a pacientes con enfermedades potencialmente mortales son los más inquietantes desde el punto ético.

Los tres deberes éticos de los profesionales sanitarios durante la pandemia por COVID-19 deberían ser:

Planear, salvaguardar y guiar a los enfermos.

A nivel de la sanidad en general, se ha establecido que se deben maximizar los beneficios generales para la salud con los recursos disponibles; pero las decisiones sobre la asignación de recursos escasos no debe realizarla el médico tratante ni el que se encarga de realizar las pruebas diagnósticas.

Esta forma de pensar y de actuar del personal sanitario durante la pandemia, es una formulación ética utilitarista alternativa, como la planteada por Jeremy Bentham y posteriormente por John Stuart Mill (16). Éstos autores sugieren que las decisiones deben tomarse para producir beneficios para el mayor número de personas. El beneficio puede describirse en términos de "bienestar" o a veces "utilidad". Todas las personas afectadas deben ser consideradas por igual, destinando los recursos a la enfermedad que está provocando la pandemia y que afecta a un mayor número de personas, en detrimento de otras enfermedades como el cáncer y su diagnóstico.

Estas formas de pensamiento podrían tener un efecto significativo en la duración de la supervivencia, calidad de vida o tasa de curación, dado el menor número de diagnósticos en etapas tempranas de la enfermedad oncológica. Por supuesto, cualquier acción debe tomarse teniendo en cuenta los recursos disponibles (incluido el personal sanitario) en cada entorno específico.

Otro pensamiento sería el enfoque kantiano habitual, donde el paciente sentado frente a usted (física o virtualmente) es primordial. Esto haría primordial realizar cualquier tipo de prueba en cualquier circunstancia a ese paciente, sin pensar en el colectivo ni en la situación actual de pandemia en la sociedad.

A la vista de los escenarios anteriores, el personal sanitario se enfrenta a un dilema ético en el que tiene que decidir su forma de actuar y a quién beneficia.

En muchas instituciones, los servicios de ética institucional, como los equipos de consultores de ética clínica y los comités de ética, responden a esta realidad práctica ayudando a los profesionales, a los pacientes (en la medida de sus posibilidades) y a los miembros de la familia a reflexionar sobre las opciones y a tomar decisiones informadas, con referencia a los derechos y preferencias de los pacientes. Además, informan de los deberes de los profesionales de evitar daños, beneficiar a los pacientes y actuar de manera justa manteniendo la integridad profesional.

Además de nuestra forma de actuar ética, a veces nos enfrentamos al dilema de los deseos de los pacientes y de sus exigencias ante la enfermedad. En ese caso, tenemos que considerar no solo el efecto de realizar una prueba de screening, que con frecuencia no va a ser un resultado positivo en ese paciente, y pensar también en el efecto sobre otros pacientes, trabajadores de la salud, y la sociedad en general del riesgo que conlleva que cualquier persona se someta a una prueba diagnóstica no imprescindible, con el alto riesgo de contagio por coronavirus que existe actualmente.

Dado el estado actual de pandemia, ¿Se debe realizar siempre una prueba de screening a un paciente?

Hay algunas situaciones en las que la realización de la prueba de screening no debe realizarse, o, al menos, aplazarse. Un ejemplo simple es un paciente con sospecha de cáncer de próstata con poca sintomatología que está ansioso por realizarla. En este caso, no hay urgencia para realizar la prueba, y el paciente corre un mayor riesgo de exposición al coronavirus por venir al hospital o centro de salud para realizar las pruebas analíticas, de imagen y biopsia si fuera necesaria. Además, aumenta el riesgo de infectar a otros pacientes y a sus miembros de la familia y de contagiar al personal sanitario.

¿Cómo deben tomarse las decisiones?

Los recursos médicos deben atender al menos a cuatro valores:

1. “Maximizar los beneficios;
2. Tratar a las personas por igual;
3. Promover, motivar y recompensar el valor instrumental;
4. Dar prioridad a los más desfavorecidos.

Las decisiones relacionadas con estos temas suelen ser subjetivas y, en la medida de lo posible, no deben tomarse sin una reflexión detenida. Más bien, uno debe esforzarse por tener políticas institucionales (por ejemplo, basadas en hospitales oncológicos). Sin embargo, todos los escenarios clínicos no pueden predecirse y analizarse con anticipación, por lo que debe haber flexibilidad. Además, habrá importantes áreas grises con respecto a las decisiones específicas del paciente.

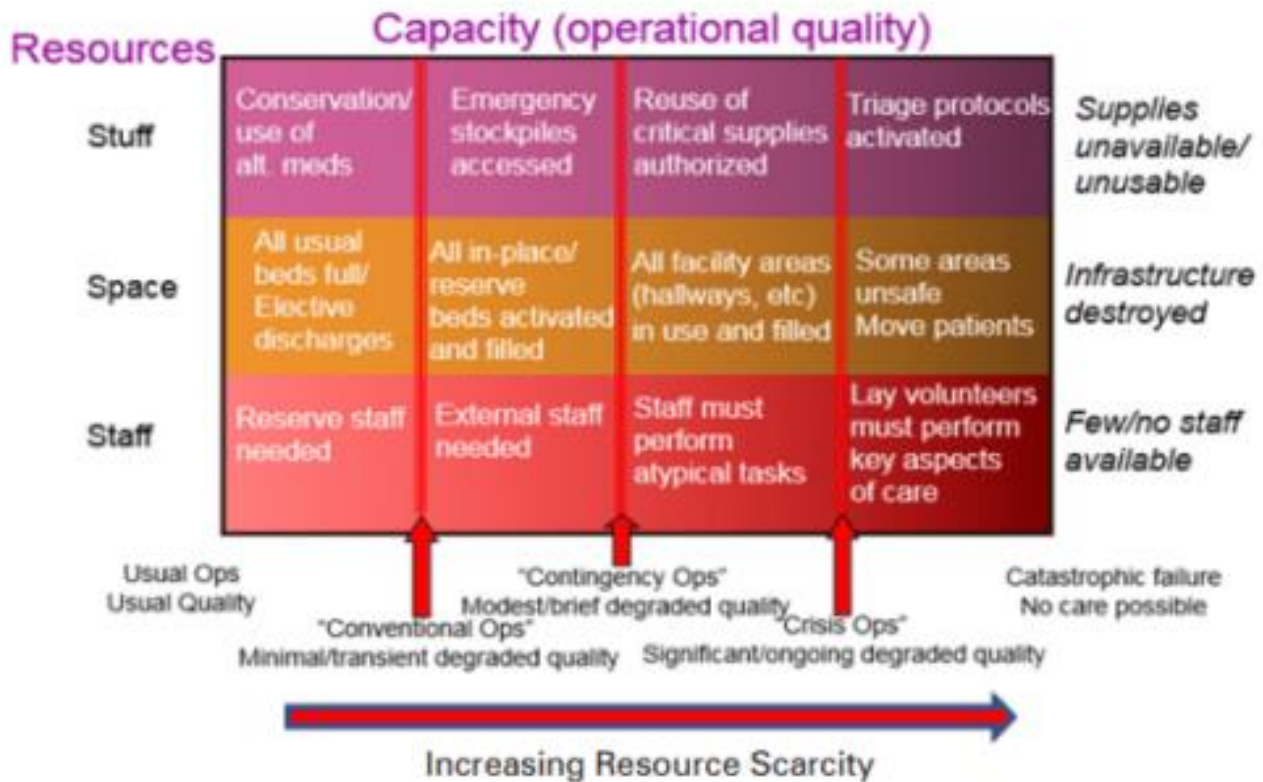


Figura 10: La degradación gradual de la calidad a medida que empeora la escasez de recursos. (17).

Fuente: National Institutes of Health (NIH) | Turning Discovery Into Health [Internet]. [cited 2021 Mar 3]. Available from: <https://www.nih.gov/>.

Esta figura ilustra la naturaleza granular de la calidad de la atención a medida que se degrada gradualmente la atención habitual a los pacientes. Se tiene en cuenta que las categorías de recursos están interrelacionadas, por lo que la escasez en una categoría afecta a otras. Por ejemplo, puede haber una cantidad adecuada de muestras para hacer el screening, pero no suficientes técnicos capacitados y personal para interpretar los resultados, al estar de baja médica o que hayan modificado su puesto para trabajar en ambientes en los que se necesite el personal.

### 5.3 DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE

En este contexto sin precedentes, ¿qué marcos deberían utilizarse para informar las decisiones sobre cómo modificar el sistema de screening del cáncer en función de los factores específicos del paciente y del cáncer?

La atención oncológica generalmente se divide en varias categorías y la primera de ellas es la que no es urgente, que se puede brindar de forma remota o ambas. Esto incluye visitas de vigilancia y supervivencia para pacientes que estén en este proceso y no tienen síntomas agudos.

En esta circunstancia están los paciente que pueden tener síntomas, pero que no tienen diagnóstico, ¿Qué aspectos destacan en ellos para no continuar con su proceso diagnóstico?

Una pandemia también plantea múltiples consideraciones éticas. Algunas de las más destacables serían la incertidumbre, las circunstancias cambiantes y que las recomendaciones se modifican rápidamente.

Los objetivos de las intervenciones deben comunicarse claramente a los pacientes, que deben ser tratados como iguales morales, dignos de respeto. Uno de los aspectos más importantes durante la pandemia es la educación sanitaria.

Se ha demostrado que el aislamiento domiciliario ha limitado la exposición y la propagación del virus, de modo que los pacientes inmersos en procesos diagnósticos se han visto envueltos en normativas que se han implementado para frenar la propagación del virus.

Otro de los aspectos es la soledad, depresión y tristeza en la vida de los pacientes. El aislamiento domiciliario, que puede recomendarse para limitar la exposición y la propagación,

tiene efectos significativos sobre la salud mental, provocando estrés postraumático y disminuyendo las ganas del paciente de seguir con ese proceso y haciendo que cambien sus preferencias.

Además, las restricciones a las actividades a menudo tienen importantes repercusiones económicas para las personas, las familias y la sociedad. La razón para imponer restricciones, como las de viaje y circulación, es el bien común: los individuos se benefician de no estar infectados, pero la función misma de la sociedad depende de poder hacer frente a la cantidad de enfermedad, que a su vez depende de la tasa de propagación de la infección.

Se ha sugerido que los componentes centrales de un proceso de toma de decisiones éticas son la equidad, la inclusión (involucrando a todas las partes interesadas relevantes), la transparencia, la razonabilidad, la responsabilidad y la capacidad de respuesta (puntualidad). Sin embargo, en una pandemia, los beneficios de involucrar a la opinión pública se ven superados por la necesidad de seguir los consejos de los expertos sobre cómo manejar una enfermedad infecciosa compleja y de rápida evolución de una manera que equilibre mejor las cuestiones que pueden entrar en conflicto, como la salud de la población y las libertades civiles individuales. Todo ello hace que las personas antepongan el interés de su situación personal a la de la sociedad.

La pandemia por COVID-19 ciertamente ha resultado en un mayor nivel de ansiedad y miedo en la sociedad en términos de manejo de enfermedades y propagación de infecciones. Debido al miedo y al estigma social relacionado con COVID-19, muchas personas no continúan con su proceso diagnóstico para otras patologías, incluidas las oncológicas.

Además, con el uso generalizado de las redes sociales, los rumores, los mitos y la información inexacta sobre el virus se han extendiendo rápidamente, lo que lleva a una irritabilidad intensificada, miedo, insomnio, comportamientos de oposición y actitudes que hacen que no importe su proceso actual oncológico y sea más importante la situación pandémica (18).

El distanciamiento social es a menudo una experiencia desagradable para la sociedad y para los pacientes, ya que aumenta el sufrimiento mental. Ello hace que las reuniones con amigos y familiares hayan descendido y éstas son una fuente importante de entretenimiento, lo que hace que padecer una enfermedad oncológica sea un estigma que hace que tengan que estar en aislamiento absoluto por el miedo a padecer la enfermedad y con las consecuencias que conlleva en un paciente oncológico. Estudios recientes (19,20) han demostrado que las personas que están siguiendo las reglas del distanciamiento social experimentan la soledad, causando un nivel sustancial de angustia en forma de ansiedad, estrés, ira, percepción errónea y síntomas de estrés postraumático.

La separación de miembros de la familia, la pérdida de autonomía, la inseguridad sobre el estado de la enfermedad y su pronóstico son otros de los aspectos que pesan en la decisión de no continuar con el proceso de diagnóstico oncológico.

En cuanto al futuro en los pacientes oncológicos ¿Cuál será el impacto probable de la pandemia en la mortalidad por cáncer?

Más allá de la atención clínica, la pandemia de COVID-19 ha causado una interrupción sin precedentes en la comunidad de investigación del cáncer, cerrando muchos laboratorios y ralentizando las operaciones de los ensayos clínicos del cáncer. Muchos científicos y médicos están cambiando sus actividades de investigación del cáncer para estudiar el impacto del SARS-CoV-2 en el cáncer. La comunidad científica debe asegurarse de que esta pausa sea solo temporal, porque los ensayos clínicos son la única forma de avanzar en el desarrollo de nuevas terapias para el cáncer. Dada la larga línea de tiempo entre la investigación básica del cáncer y los beneficios en la atención clínica, los efectos de detener la investigación hoy en día pueden conducir a una desaceleración en el progreso del cáncer durante muchos años.

#### **5.4 RECOMENDACIONES DE LA ASCO PARA LA COMUNIDAD DE ONCOLOGÍA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19**

La ASCO afirma el valor y la dignidad inherentes de cada paciente afectado por el cáncer y reconoce que el cáncer es una enfermedad heterogénea que difiere en su pronóstico, progresión y tratamiento entre las personas, y que es muy importante el momento del diagnóstico. Por lo tanto, los procesos de decisión de asignación no deben negar incondicionalmente a los pacientes que puedan llegar a tener cáncer y que estén en un proceso diagnóstico en razón de la limitación del acceso a recursos sanitarios (14).

Un valor ético importante es el de la justicia. Los recursos deben asignarse en función de las diferencias éticamente relevantes entre las personas, libres de favoritismos o discriminación injustificados. La relevancia de las diferencias puede depender de los criterios clínicos y del recurso específico que necesita asignación debido a la escasez. Las políticas de asignación deben reconocer los deberes de justicia y equidad en la distribución de beneficios y cargas entre la población de pacientes y no deben ampliar las disparidades del cáncer.

## 6 CONCLUSIONES

El número de nuevos diagnósticos de cáncer de próstata se redujo en Murcia durante el año 2020 respecto al año anterior, en relación con una limitación del acceso a los servicios sanitarios durante la pandemia de COVID-19. De igual modo, los retrasos diagnósticos probablemente explican una mayor proporción de nuevos diagnósticos en estadios más avanzados de la enfermedad. La evidencia de este deterioro en la atención oncológica despierta cuestiones sobre al menos tres aspectos éticos: el respeto a la autonomía del paciente, el principio de beneficencia y el de justicia social.

En situaciones de crisis como la que ha supuesto la pandemia de COVID-19, el respeto por la autonomía del paciente (el primero de los principios descritos por Beauchamp y Childress) debe ponderarse junto al deber de justicia social (el cuarto principio), de modo que no se ignore que algunos pacientes pueden ser perjudicados por el beneficio del colectivo.

El miedo que rodea a la situación de pandemia hace más difícil la toma e implementación de decisiones adecuadas. Por un lado, los pacientes oncológicos experimentan temor a la exclusión en sus distintas formas y, por otro, la priorización de recursos sanitarios a menudo ha relegado a un segundo plano la atención a pacientes y/o procesos no-COVID-19.

## 7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jones D, Neal RD, Duffy SRG, Scott SE, Whitaker KL, Brain K. Impact of the COVID-19 pandemic on the symptomatic diagnosis of cancer: the view from primary care. *Lancet Oncol* [Internet]. 2020;21(6):748–50. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30242-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30242-4)
2. Moujaess E, Kourie HR, Ghosn M. Cancer patients and research during COVID-19 pandemic: A systematic review of current evidence. *Crit Rev Oncol Hematol* [Internet]. 2020;150(April 2020):102972. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2020.102972>
3. Zadnik V, Mihor A, Tomsic S, Zagar T, Bric N, Lokar K, et al. Impact of COVID-19 on cancer diagnosis and management in Slovenia - preliminary results. *Radiol Oncol*. 2020;54(3):329–34.
4. Raymond E, Thieblemont C, Alran S, Faivre S. Impact of the COVID-19 Outbreak on the Management of Patients with Cancer. *Target Oncol* [Internet]. 2020;15(3):249–59. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11523-020-00721-1>
5. Weller D. Cancer diagnosis and treatment in the COVID-19 era. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2020;29(3):1–2.
6. White DB, Katz MH, Luce JM, Lo B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann Intern Med* [Internet]. 2009 Jan 20 [cited 2021 Jan 27];150(2):132–8. Available from: </pmc/articles/PMC2629638/?report=abstract>
7. Fitzmaurice C, Allen C, Barber RM, Barregard L, Bhutta ZA, Brenner H, et al. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study Global Burden of Disease Cancer Collaboration [Internet]. Vol. 3, *JAMA Oncology*. American Medical Association; 2017 [cited 2021 Mar 3]. p. 524–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27918777/>
8. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2018

- Jan [cited 2021 Mar 3];68(1):7–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29313949/>
9. IARC – INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER [Internet]. [cited 2021 Mar 3]. Available from: <https://www.iarc.who.int/>
  10. National Institutes of Health (NIH) | Turning Discovery Into Health [Internet]. [cited 2021 Mar 3]. Available from: <https://www.nih.gov/>
  11. Association AM. Cancer Screening Tests and Cancer Diagnoses During the COVID-19 Pandemic. 2021;1:1–3.
  12. Kuehn BM. Dramatic Cervical Cancer Screening Decline During Pandemic. JAMA [Internet]. 2021 Mar 9 [cited 2021 Mar 15];325(10):925. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2777251>
  13. Delayed Cancer Screenings [Internet]. [cited 2021 Mar 15]. Available from: <https://ehrn.org/articles/delays-in-preventive-cancer-screenings-during-covid-19-pandemic/>
  14. Delayed Cancer Screenings—A Second Look [Internet]. [cited 2021 Mar 15]. Available from: <https://ehrn.org/articles/delayed-cancer-screenings-a-second-look/>
  15. Del Río R, de Ojeda J, Soriano V. Hot news: The resurgence of medical ethics during the coronavirus disease (covid)-19 outbreak. AIDS Rev. 2020;22(2):123–4.
  16. Fuentes Jiménez JR. ¿Qué Es El Hombre En El Pensamiento De John Stuart Mill? Cuad Salmant Filos. 2011;38:91–123.
  17. Berlinger N, Wynia M, Powell T, Micah Hester D, Milliken A, Fabi R, et al. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Hast Cent [Internet]. 2020;2:1–12. Available from: <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>
  18. Feroz AS, Ali NA, Ali NA, Feroz R, Meghani SN, Saleem S. Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and well-being of communities: An exploratory qualitative study protocol. BMJ Open. 2020;10(12):8–11.
  19. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The

psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence [Internet]. Vol. 395, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2020 [cited 2021 Jan 31]. p. 912–20. Available from: <https://doi.org/10.1016/>

20. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, Bambling M, Edirippulige S, Bai X, et al. The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19 [Internet]. Vol. 26, Telemedicine and e-Health. Mary Ann Liebert Inc.; 2020 [cited 2021 Jan 31]. p. 377–9. Available from: [www.blackdoginstitute.org.au/getting-help/self-help-tools-apps](http://www.blackdoginstitute.org.au/getting-help/self-help-tools-apps)