

REFLEXIONES DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL ANTE EL ESTADO DE ALERTA SANITARIA POR EL COVID-19

Ningún profesional sanitario que esté hoy en activo recuerda nada parecido a lo que está aconteciendo con la pandemia del COVID-19. Por esta razón, y ante algunas cuestiones que se le han planteado al Comité de Ética Asistencial, nos parece que este documento, que en reunión extraordinaria hemos consensuado y que consideramos como una primera reflexión abierta a posibles sugerencias, puede ser de utilidad para que los valores que se ven involucrados en esta grave situación sean protegidos por todos los agentes que tengan un papel relevante en la lucha contra este virus.

Es un momento de excepcionalidad, en el cual la relación entre el personal sanitario y los pacientes se equilibra en riesgos, pero al mismo tiempo el primer grupo debe seguir tratando, cuidando, vigilando y consolando al segundo. Esta relación de profesionales y pacientes se ve alterada por la ausencia obligada de las familias, para evitar males mayores, lo que a su vez genera un mayor impacto emocional y gran dificultad para el manejo de la situación.

Factores que hacen complicada la atención sanitaria:

- Es una situación no habitual, una emergencia sanitaria, que exige prontas determinaciones, para que el valor más preciado de nuestros conciudadanos, la vida, sea salvaguardado.
- El desequilibrio entre las necesidades y los recursos.
- Mayor presencia en nuestra comunidad de personas mayores (dentro de los grupos vulnerables), que son las que están sufriendo más gravemente las consecuencias de la pandemia.

Marco ético que debe guiar las actuaciones:

Principios que deben primar:

- Justicia distributiva, aplicado a todas las personas, y de proporcionalidad; utilizando criterios estrictos que indiquen quien debe recibir atención en domicilio, ingreso hospitalario, ingreso en UCI o en otros posibles centros que se habiliten; de forma que se maximice el principio de coste /efectividad y el bien común. En ningún caso debe ser la edad el criterio para priorizar el nivel de atención. Se tendrán en cuenta también otros criterios: comorbilidades, previsión de supervivencia, escalas de fragilidad, etc.
- Deber de cuidado y no abandono.
- Deber de optimizar el uso de los recursos. Obtener el mayor beneficio de los recursos limitados y mitigar los daños.

- Transparencia en las actuaciones y comunicación a pacientes y familiares de las medidas que se tomen.
- El respeto a la intimidad, la confidencialidad, la veracidad, la información clara y comprensible, deben estar exquisitamente cuidados. Las prisas y los miedos no pueden hacer que los olvidemos.

Diferentes marcos que analizamos:

- Residencias sociales y sociosanitarias
- Viviendas comunitarias
- Atención Primaria
- Unidades de Cuidados Intensivos

RESIDENCIAS SOCIALES y SOCIOSANITARIAS

Actualmente, una buena parte de la población de edad avanzada, fallece en Instituciones Sanitarias (Hospitales) o en Residencias Sociocomunitarias. Frente a la presunción en nuestra sociedad de que hay que prolongar la vida a toda costa, o que la muerte es un fracaso, son muchas las personas ancianas, incluso de edad no muy avanzada, que no comparten ese punto de vista. En su lugar, predomina el intento de aliviar el sufrimiento, de mejorar sus funciones y de aumentar su calidad de vida.

Sin embargo en una situación como la actual, debemos seguir trabajando para que las medidas sanitarias que se tomen con nuestros ancianos se dirijan a respetar su dignidad y gestionar los cuidados y atención que proteja lo más posible su vida.

Por otra parte, es importante no solo procurar la atención a los ancianos sino también a las personas que conviven con ellas: cuidadores, personal de servicios, etc. y las medidas organizativas irán encaminadas a atender a todos ellos.

En ese sentido, se tendrá en cuenta la *Orden SND/265/2020, de 19 de marzo*, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

-Medidas relativas al personal que presta servicios en residencias de mayores y otros centros sociosanitarios:

Los trabajadores que tengan contacto directo con los residentes deben seguir las medidas de protección recomendadas por el Ministerio de Sanidad, según el nivel de riesgo al que estén expuestos. Además, se debe reducir al mínimo el número de trabajadores en contacto directo con un residente afectado por un caso posible o positivo de COVID-19, así como el tiempo de su exposición, para ello los trabajadores deben ser asignados a cada uno de los grupos de residentes que se establecen en esta orden, garantizando que sean los mismos los que interactúen en los cuidados de cada uno de

estos grupos. No se deben producir rotaciones de personal asignado a diferentes zonas de aislamiento.

-Medidas relativas a la ubicación y aislamiento de pacientes COVID-19 en residencias de mayores y otros centros sociosanitarios:

-Los residentes de las residencias de mayores y centros sociosanitarios deben clasificarse con carácter urgente en:

a) Residentes sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.

b) Residentes sin síntomas, en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.

c) Residentes con síntomas compatibles con el COVID-19.

d) Casos confirmados de COVID-19.

-En el caso de que un residente presente infección respiratoria aguda leve, debe ser aislado del resto de residentes. En caso de que no sea posible su aislamiento individual, podrá recurrirse al aislamiento por cohorte.

-En el caso de residentes con diagnóstico COVID-19 confirmado, debe ser aislado del resto de residentes, aunque también podrá recurrirse al aislamiento por cohortes si hay más de un residente con infección confirmada.

-Los residentes con casos posibles o casos confirmados de COVID-19, deben mantenerse aislados del resto de residentes. Y será preferible -de ser posible- el aislamiento vertical o por plantas.

-El centro deberá atender especialmente, el mantenimiento en la zona de aislamiento que le corresponda a aquellas personas deambulantes o errantes, con trastorno neurocognitivo, de manera que se le permita deambular sin que le resulte posible salir de esa zona de aislamiento, evitando la utilización de sujeción mecánica o química.

-Medidas relativas a los profesionales sanitarios en relación con la atención sanitaria en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios:

La autoridad sanitaria de la comunidad autónoma podrá modificar la prestación de servicios del personal médico, de enfermería u otro tipo de personal sanitario vinculado con las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios, con independencia de su titularidad pública o privada, para adaptarlos a las necesidades de atención en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios.

Si el personal sanitario médico, de enfermería u de otro tipo, ha tenido contacto estrecho con un caso posible o confirmado de COVID-19 y no presenta síntomas, seguirá realizando su actividad normal así como la vigilancia de síntomas.

-Medidas de coordinación para el diagnóstico, seguimiento y derivación COVID-19 en residencias de mayores y otros centros sociosanitarios y el Sistema Nacional de Salud:

Con carácter general, y siempre que exista disponibilidad, deberá realizarse la prueba diagnóstica de confirmación a los casos que presenten síntomas de infección respiratoria aguda para confirmar posible infección por COVID-19.

Para ello, el personal de la residencia deberá ponerse en contacto con el centro de Atención Primaria asignado, que actuará de forma coordinada con el médico de la residencia si se cuenta con este recurso. Tras una primera valoración del caso y si presenta síntomas leves, el paciente permanecerá en aislamiento en la residencia garantizando que se realiza seguimiento del caso. No obstante, si se cumplen criterios de derivación a un centro sanitario, se activará el procedimiento establecido para tal efecto.

Plan de contingencia:

El plan de contingencia en nuestra área sanitaria tendrá en cuenta las características de nuestras residencias: ausencia/presencia de médico, ausencia/presencia de enfermeras, existencia/ausencia de espacios/habitaciones anejas o en las propias residencias que permitan o no separar a los ancianos infectados, etc. y cuantas variables puedan darse.

Si los pacientes cumplen criterios de derivación a Centro Sanitario y se trata de pacientes inestables o críticos y que tienen pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda, se deben establecer límites terapéuticos.

Si el estado general justifica no ingreso por situación terminal o irreversible se le prestarán los cuidados de final de la vida respetando su dignidad y sus valores.

No se debe olvidar que la intervención clínica sobre los pacientes pluripatológicos y frágiles debe tener en consideración los valores importantes de la persona, teniendo en cuenta la posible existencia de Documento de Instrucciones Previas o alguna referencia sobre la Planificación Anticipada de Decisiones, que conste en su historia clínica.

En el entorno de la A. Primaria Rural, y en relación con los problemas que pueden surgir de las residencias sociales, se puede valorar la habilitación de espacios de carácter público, con optimización de estancias, que protejan la dignidad/intimidad de pacientes con fragilidad en su círculo social.

No abandonar; cuidar y combatir la soledad del aislamiento con ofertas sociales.

Valores a tener presentes:

- Se debe reforzar la idea, de que la edad del paciente no debe ser abordada como elemento de máxima ponderación bajo el amparo de la Justicia Distributiva, en un contexto de escasez de recursos y tampoco en una situación de emergencia sanitaria.
- En aras de la beneficencia de los pacientes y bajo el estado de confinamiento, es necesaria la proximidad de recursos que sean garante de una consolidada justicia distributiva en una comunidad con considerable dispersión geográfica y de residencias de ancianos.

- Comunicación con el paciente y su entorno familiar. A fin de evitar aislamiento y soledad, así como posteriores duelos patológicos cuando del resultado del proceso de enfermedad conlleve inexorablemente al fallecimiento
- Búsqueda de bienestar de los pacientes estén categorizados en cualquier grupo. Es deseable, si fuera posible, la atención de los terminales en la proximidad/cercanía de familiares y en su entorno habitual.

Un apartado importante es el apoyo emocional: en la página web del Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia (COPG), sección GIPCE, <https://copgalicia.gal/grupos-comisiones/gipce>, refieren que se llevan a cabo intervenciones, entre otras situaciones, cuando el suceso se produce en entornos sensibles como residencias, por lo que el recurrir a esos profesionales para lo que vaya sucediendo a este respecto en los centros sociosanitarios sería una opción recomendable/idónea.

En cuanto a la atención psicológica a pacientes ingresados y sus familiares podría recurrirse al equipo de interconsulta y enlace del Servicio de Psiquiatría, en la línea de lo que se venía haciendo hasta ahora con otras patologías.

VIVIENDAS COMUNITARIAS

En este apartado consideramos que son aplicables los mismos criterios comentados en Residencias sociales y sociosanitarias y en Atención Primaria.

ATENCIÓN PRIMARIA

Los equipos de Atención Primaria (pediatras, médicos de familia, farmacéuticos, enfermería, trabajadores sociales y demás profesionales), con una ya reconocida limitación de recursos humanos y materiales, deben hacer gala de una multidisciplinariedad bien coordinada, en las excepcionales circunstancias actuales.

En este momento se pide agudizar nuestro profesionalismo y ética asistencial en una toma de decisiones que, ante todo, debe ser prudente.

Plan de contingencia:

Tres puntos a considerar:

- La situación de emergencia sanitaria que estamos viviendo necesita un plan de contingencia específico de intervención en el ámbito que nos ocupa, una intervención, tanto desde el punto de vista de la clínica, como desde el punto de vista estructural y logístico. Ese plan de contingencia que se está definiendo o está ya definido, es necesario que se dé a conocer a los profesionales que deben trabajar perfectamente coordinados para ser eficientes en estos momentos.
- Cualquier decisión basada en principios y valores éticos para situaciones de emergencia debe estar potenciada por los profesionales y secundada sin reservas por

la administración. El temor a no tener los materiales de protección adecuados para realizar el trabajo, el miedo a terminar afectados y poder infectar a los propios pacientes y familiares ocupa el pensamiento de muchos profesionales; por ello es necesario prestarle la mayor atención y hacerles partícipes de los recursos que hay y de los que vayan llegando.

- Es importante atender las necesidades emocionales de los profesionales. Las situaciones de stress que están viviendo y que quedan por vivir, obligan a atender este aspecto no solo con sugerencias individuales que se pueden poner en práctica, sino en grupos dirigidos por profesionales especializados que puedan ayudar a minimizar el impacto emocional y las secuelas subsiguientes. Desde el Servicio de Psiquiatría y de Psicólogos se deben diseñar acciones para que los profesionales, también de A. Primaria, puedan consultar, asesorarse y recibir atención si es preciso (individual o en grupo).

Valores a tener presentes:

- El paciente debe seguir compartiendo pareceres en la toma de decisiones.
- La atención se centrará en el paciente sin olvidar el entorno familiar y social que en Atención Primaria es bien conocida por los profesionales.
- Se debe dar atención a todas las situaciones de vulnerabilidad habituales y no olvidar la posibilidad de concurrencia de otros factores agravantes (maltrato, etc.).
- Se debe informar al paciente de la naturaleza de la enfermedad y de la situación de excepcionalidad.
- Como valor no perecedero de la Atención Primaria se debe dar continuidad asistencial del individuo y su familia, y su asistencia integral.
- Llegado el caso, a ningún paciente le deben faltar las atenciones de final de la vida: control de síntomas, apoyo emocional, sedación si es preciso, etc.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Tomamos como referencia el documento publicado en fechas recientes por el grupo Bioética de la SEMICYUC: " *Recomendaciones éticas para tomar decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos (SEMICYUC)* " y reseñamos lo que puede ser de utilidad para consultar de forma rápida en nuestro hospital.

Plan de contingencia:

La falta de planificación en situaciones de crisis puede llevar a la aplicación inapropiada de medidas, desperdicio de recursos y error en las decisiones.

Es deber de los profesionales habilitar un plan de contingencia que planifique:

- La atención a los pacientes:
 - o Valorando la posibilidad de ampliar la capacidad de las UCIs.
 - o Optimizando el uso de las existentes, organizando la distribución de los afectados dentro de las mismas, agilizando procesos diagnósticos terapéuticos y/o derivación a plantas de hospitalización.

- Coordinación/solidaridad con otros centros.
- El cuidado integral del personal sanitario será prioritario y además de procurar aumento de los efectivos se procurará:
 - Dotarlo de las medidas de protección para evitar el contagio, pues supondría la pérdida de recursos necesarios para atender a los pacientes.
 - Habilitar periodos de descanso para evitar el agotamiento físico.
 - Apoyo psicológico, pues la toma de decisiones éticas en situaciones extraordinarias tienen un alto precio para los sanitarios.
- El establecimiento de unos criterios técnicos y éticos para realizar el proceso de toma de decisiones con el consenso por parte del equipo asistencial y ajustado a la situación en cada momento.
- Se contemplará ofertar alternativas asistenciales de calidad a los pacientes no subsidiarios de ingreso en UCIs y apoyo a familiares y profesionales.

Valoración del paciente:

Ha de ser biológica, además de los valores y preferencias. Verificar si el paciente dispone de Documento de Instrucciones Previas / Planificación Anticipada de Decisiones.

Se aplicará el modelo de 4 prioridades clásico de cuidados críticos. Se priorizará el ingreso de los pacientes 1 y 2.

Se establecerá y registrará en la historia clínica un plan de adecuación terapéutica, desde el ingreso y evolutivamente con:

- Definición de la indicación de ventilación mecánica.
- Medidas de LTSV si proceden y cuáles.
- SOFA.
- Garantizar siempre la atención paliativa.

Prioridades

Prioridad 1: Serán pacientes críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva, depuración renal continua).

Prioridad 2: Pacientes que precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. Son pacientes que no estarán ventilados de forma invasiva, pero con altos requerimientos de oxigenoterapia con $\text{PaFiO}_2 < 200$ o < 300 con fracaso de otro órgano.

Prioridad 3: Se trata de pacientes inestables y críticos pero que tienen pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad aguda o de base. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos, como por ejemplo no intubar y/o no intentar Reanimación Cardiopulmonar.

Prioridad 4: Pacientes cuyo ingreso no está generalmente indicado: beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo, pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente la muerte.

Toma de decisiones:

La toma de decisiones se realizará de acuerdo a los siguientes criterios:

1. Priorizar supervivencia al alta hospitalaria, años de vida salvados/etapas de la vida. Recordar que la edad no sería el único elemento a considerar.
2. Justicia distributiva:

- Coste/oportunidad (admitir un ingreso puede denegar otro ingreso que se beneficie más).
 - Maximizar el bien común, ingreso al que más se beneficie.
 - Aplicación uniforme, no de forma selectiva a aquellas personas con perfil geriátrico o patologías crónicas.
3. Principio de proporcionalidad.
 4. Transparencia: comunicar a paciente/familiares lo excepcional de la situación justificando las decisiones y siempre que sea posible consensuar con el equipo.

Como apoyo en la toma de decisiones los profesionales contamos con diferentes escalas que permiten la toma de decisiones realistas y no sesgadas.

- Escala de White et al (SOFA, pronóstico de supervivencia a largo plazo y edad en años)
- Escalas de fragilidad
- NECPAL
- QUALY

En el proceso de toma de decisiones se podrá contactar con el Comité de Ética Asistencial para apoyo en la resolución de conflicto de valores entre las partes implicadas (profesionales, pacientes, familiares, institución)

Comentario final sobre aspectos psicológicos:

El coste emocional del personal sanitario, como de todos aquellos que van a estar en contacto con los pacientes de esta pandemia es muy elevado, y es necesario:

- Que se sientan protegidos frente al virus, disponiendo de los medios necesarios para trabajar. De ese modo pueden controlar mejor los miedos y angustias que esas carencias generan.
- Que dispongan de ayuda psicológica para afrontar esta realidad:
 - Por un lado, hemos de contar con las propuestas de colaboración del servicio de psiquiatría y psicólogos del Área Sanitaria.
 - Por otro lado, se puede valorar/solicitar la ayuda del COPG que está creando una red de colegiados voluntarios para atención psicológica durante la emergencia. Por tanto, quizás se puedan remitir al COPG las necesidades detectadas a nivel de profesionales de los centros sociosanitarios (también de sus residentes/familias) para atención psicológica.
 - En caso de situaciones urgentes en estos centros el GIPCE (Grupo de Intervención Psicológica en Catástrofes y Emergencias) está disponible en guardias de 24 horas a través del 112.
- Por tanto, en materia de los centros sociosanitarios, una recomendación general es recurrir al COPG que ha emitido un comunicado el pasado día 20/03/2020 en el que se pone a disposición de la Xunta de Galicia, y afirma que están en contacto con la Consellería de Sanidade para abordar las necesidades psicológicas derivadas de esta emergencia, estableciendo la situación actual como prioridad y comprometiéndose a colaborar con la administración autonómica y local para lo que sea necesario. Toda esta atención la están coordinando entre el GIPCE y las diferentes secciones del Colegio Oficial de Psicólogos. El enlace establecido para el comunicado es: <https://copgalicia.gal/novas/xeral/comunicado-da-decana-do-copg>

- Se podrá hacer uso de la UNIDADE DE SOPORTE EMOCIONAL Á/O PROFESIONAL SANTIARIO de nuestra Área Sanitaria que al cierre de este documento comunica que funcionará telefónicamente (Teléfono 285751) a partir de las 9 horas de mañana lunes, en horario de 9 a 15 horas, de lunes a viernes.

En Ourense a 22 de marzo de 2020

Alfredo Valdés Paredes
Presidente del CEA



Beatriz Rguez Lorenzo
Secretaria del CEA