
DOCUMENTOS SOBRE ASPECTOS ÉTICOS DE LA PANDEMIA POR SARS- COV-2.

COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL
Hospital Universitari Dexeus
Hospital Quirón Barcelona
Centro Médico Teknon
Hospital El Pilar

TÍTULO: REFLEXIONES SOBRE LA POLÍTICA DE RESTRICCIÓN DE VISITAS Y ACOMPAÑANTES EN LA UCI NEONATAL Y ÁREA DE PARTOS DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

**Autoras: Anna L Paltrinieri, Roser Porta, Gracias Lasheras,
Beatriz Ibáñez**

Recomanacions del Comitè d'Ètica Assistencial

**Hospital Universitari Dexeus
Hospital Quirón Barcelona
Centro Médico Teknon
Hospital El Pilar**

Este documento pretende ser un instrumento de consulta para los profesionales del ámbito asistencial ante situaciones en que se encuentre en conflicto sobre las medidas preventivas frente a la pandemia por SARS-CoV-2 que repercuten sobre el acompañamiento de recién nacidos y madres alrededor del nacimiento.

En ningún caso este documento se puede considerar un protocolo de actuación o una guía de obligado cumplimiento, sino un medio de consulta para orientar al profesional, según el criterio particular del Comité de Ética Asistencial de este grupo hospitalario.

Este documento ha sido revisado por todos los miembros del Comité de Ética Asistencial del Grupo Hospitalario Quirón y ratificado en la sesión plenaria del CEA del 18 de noviembre de 2020

Composición del Comité de Ética Asistencial:

Presidente: Vicente Molina

Secretaria: Clara González

Vocales:

Antoni Badrinas

Doris Barcia

Cristina Berenguer

Montserrat Boada

Andrea Caballero

Carmen Cambray

Joan Casals

Isidro Díaz de Bustamante

Imma Fortea

Maria Teresa Gómez

Mercedes Gozalbo

Beatriz Ibáñez

Gracia Lasheras

Maria Dolores Moral

Roser Porta

Anna Paltrinieri

Mercè Riera

Montse Roca de Bes

Carmen Sánchez

Daniel Serrano

Santiago Viteri

Introducción:

La pandemia por el SARS-CoV-2, que irrumpió en nuestro entorno en marzo de 2020, conllevó la toma de decisiones rápidas y cambios de protocolos destinados a prevenir la prevención de la infección intrahospitalaria y proteger a profesionales y a otros pacientes. La política de restricción de visitas de familiares, aunque más suave que en otras áreas, también afectó a los servicios de pediatría y las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), donde los padres tienen un rol que va más allá del de visitantes.

Cambios asistenciales que han motivado el conflicto:

1/ Restricción de entrada de padres a la UCIN:

El documento de información a padres de bebés ingresados en la UCIN del Hospital Dexeus, redactado el 18 de marzo de 2020, 5 días después de que se decretara el estado de alarma, decía:

*Estimados padres de bebés ingresados en la Unidad Neonatal,
Dada la situación excepcional que estamos viviendo con el Coronavirus COVID19 nos vemos obligados a incrementar las medidas preventivas para evitar situaciones de potencial transmisión. TODOS PODEMOS SER PORTADORES. Para que podáis mantener un contacto seguro y proteger a vuestros/as hijos / hijas, para su seguridad y por la seguridad del personal que los cuidamos.*

Os pedimos:

-Que vengáis UNO SOLO a visitar a vuestro hijo/a, preferiblemente la madre. Es importante que sea siempre o casi siempre la misma persona. Si viene con acompañante, este no debe esperarla dentro del hospital, sino en el exterior, guardando distancias con otras personas.

-Que no vengáis al hospital bajo ningún concepto si tenéis fiebre superior a 37°C , signos de resfriado, mucosidad, tos, dolor de garganta, dolor de cabeza, dolores musculares, vómitos o diarrea o pérdida del gusto o el olfato...

El documento se redactó de forma muy rápida tras consenso telemático con la comunidad de profesionales de la neonatología del entorno, sin evidencias científicas disponibles, guiados por el temor y la falta de recursos diagnósticos y de equipos de protección.

Durante los últimos veinte años, los profesionales que trabajamos en las UCIN hemos vivido un cambio de paradigma en el modelo de cuidados de los prematuros y recién nacidos enfermos. Se ha implantado el modelo de los cuidados centrados en el desarrollo y la familia (CCDF), en el cual los padres han pasado de ser visitantes a ser cuidadores principales. Se implican de forma activa en los cuidados básicos (alimentación, cambios de pañal, alimentación), realizan durante horas en especial el método canguro (contacto piel con piel con el hijo recién nacido), participan en la toma de decisiones y en pases de visita conjuntos. Ello sitúa a los padres, o a la familia, a modo de capa protectora entre el recién nacido, un ser vulnerable en desarrollo, y un entorno necesario (los cuidados intensivos) pero que comporta estímulos agresivos (luz, ruido, dolor)^{1,2,3}. La presencia y participación de los padres mejora el neurodesarrollo y su propio bienestar emocional, el método canguro aumenta la producción de leche materna, que a su vez ejerce un efecto protector frente a infecciones y patologías de la prematuridad (enterocolitis, retinopatía).^{4,5,6,7} El bienestar emocional de los padres mejora la calidad del vínculo y del apego, y de estos depende en gran medida el futuro neurodesarrollo del bebé^{8,9}.

La implantación del cambio de modelo nos ha costado más de dos décadas y, a principios de 2020, no se podía considerar aún consolidado en las UCIN de nuestro entorno. El concepto 'visitas de los padres' impera aún en muchas de las UCIN y en la mentalidad de los profesionales. Los padres siguen sin poder estar presentes en algunos momentos de procedimientos invasivos o sin tomar parte activa en todos los pases de visita. Y en la mayoría de UCIN del sur de Europa todavía no se han llevado a cabo los cambios arquitectónicos y de diseño que permiten a los padres quedarse junto a su hijo las 24 horas del día con todas las comodidades para hacerlo (las llamadas '*single family rooms*')^{10,11}.

La pandemia por el SARS-CoV-2 y el estado de alarma, con todas sus normas y restricciones, llegó en pleno proceso de aprendizaje y maduración en los CCDF.

En pocas horas, de forma unánime y sin discusión, los neonatólogos y los equipos de gestión hospitalaria decidimos restringir 'las visitas' de los padres a uno solo, y en algunos casos a establecer 'horarios de entrada' en las UCIN.

Ello ha generado desconcierto y malestar en las familias, pero también *stress* moral en muchos de los profesionales, médicos y enfermeras. La sensación ha sido la de una medida 'impuesta' en aras de la seguridad, sin evidencia científica y sin haber ponderado sus posibles efectos adversos.

¿Pero no éramos cuidadores principales?, argumenta un grupo de padres afiliados a @NECsociety (padres de hijos prematuros afectados por enterocolitis) a raíz del post en las redes de una madre americana que va perdió a su hija prematura extrema tras un mes en UCIN con entradas de padres restringidas por la pandemia, sin apenas poder compartir su duelo con su pareja. *We were forced to walk this completely overwhelming experience without the physical presence of the person we needed most*¹².

Durante los últimos años, los profesionales de las UCIN hemos estado aprendiendo a pasar visita junto a los padres, los invitamos a participar y dar charlas en nuestros congresos, y empezamos a considerar incluir su opinión en el diseño de estudios sobre la evolución de sus hijos prematuros¹³. Las decisiones de restringir la entrada de padres en pro de la salud pública y la seguridad se tomaron y se impusieron sin tener en cuenta su punto de vista. Tampoco se ponderaron los efectos colaterales que su presencia reducida podía tener sobre las morbididades de los prematuros. Durante los primeros meses de la pandemia, los bebés prematuros ingresados en las unidades neonatales han visto mermado su 'escudo protector', han tenido periodos de llanto más largos, han realizado menos horas de contacto piel con piel (CPP), han recibido menores cantidades de leche materna¹⁴ y han estado expuestos a un mayor riesgo de eventos adversos, dada la implicación de los padres en el concepto de seguridad del paciente¹⁵. No es descabellado sugerir que limitar la entrada de padres podría ser equivalente a reducir la ratio de enfermeras o auxiliares de enfermería por recién nacido.

Por otro lado, tras más de medio año de pandemia, existen cada vez más estudios epidemiológicos demostrando la ausencia de gravedad de la infección por este nuevo virus en niños y también en recién nacidos y prematuros^{16,17,18}, tanto en casos adquiridos en la comunidad como en las unidades neonatales.

2/ Prohibición del acceso del padre/pareja al quirófano durante las cesáreas de mujeres COVID +.

En nuestros hospitales, los protocolos COVID determinaron que las cesáreas programadas de mujeres positivas se realizaran en quirófanos centrales, no en el área obstétrica. En estos últimos años, la práctica habitual era que la pareja fuera no sólo invitado, sino animado a estar presente durante la cesárea y ayudar a la madre a realizar el CPP inmediato tras el nacimiento de una forma segura. Las primeras horas tras el parto constituyen un periodo crítico para el correcto desarrollo del vínculo¹⁹. Se ha evidenciado que el CPP realizado por madres y padres reduce el llanto del bebé, su reactividad al estrés, su desarrollo social y cognitivo, y la futura interacción con sus padres^{20,21}

A raíz de la pandemia, el CPP madre-hijo se había desaconsejado en recomendaciones preliminares²², pero ya a finales de marzo las guías de muchas sociedades científicas rectificaron para afirmar que se podía realizar y parecía seguro^{23,24}. Siguiendo estas recomendaciones, la piel con piel no se restringió en nuestro hospital en caso de partos vía vaginal de madres COVID + asintomáticas o poco sintomáticas. Pero el CPP tras el parto, para ser llevado a cabo de forma segura, requiere la presencia de un acompañante.

En los quirófanos centrales sólo está permitido el acceso de profesionales médicos, y no se pudieron realizar excepciones, con el argumento de la prevención de la infección. De esta forma, las mujeres dieron a luz sin acompañante y se les negó la oportunidad de realizar el CPP en el postparto inmediato en quirófano. Sin pareja supervisando, y sin disponibilidad de

auxiliares o matronas que pudieran permanecer junto a la madre más allá de los primeros minutos, el bebé se mostraba a la madre y acto seguido era llevado a un puesto de estabilización fuera del quirófano.

Conflicto ético:

A raíz de los hechos expuestos, y del conocimiento científico que hemos adquirido tras casi un año tras el inicio de la pandemia, es tiempo de parar y reflexionar.

Se impone una reflexión de lo sucedido desde el punto de vista ético, pero también desde el punto de vista puramente asistencial. A nivel ético, el conflicto se genera entre los derechos del paciente (derechos del menor a estar acompañado y de los padres a estar junto a sus hijos)²⁵ y el beneficio de que permanezcan juntos, frente a la necesidad de proteger de una infección potencialmente grave, la COVID-19, a los cuidadores y profesionales y a sus propios hijos.

Nuestras reflexiones desde una UCI neonatal no son un hecho aislado. Recientemente se ha puesto en marcha la campaña de ámbito internacional **'Zero separation. Together for better care! Keep preterm and sick babies close to their parents'**²⁶. Liderada por familias de prematuros, bajo el paraguas de la EFCNI (European Foundation for Care of Premature infants, la organización de ámbito internacional más potente formada por familias de prematuros, creada en 2008) y con miras a largo plazo, se propone alinear las medidas preventivas anti COVID-19 con los cuidados centrados en el desarrollo

y la familia. La campaña ha recibido el soporte inmediato de numerosas sociedades científicas pediátricas y neonatales.

La voz de profesionales críticos con las medidas adoptadas, o movidos por un conflicto ético también ha sido objeto de diversas publicaciones^{8,27,28,29,30,31}.

Recomendaciones:

-Las medidas de contingencia para la prevención de la infección por SARS-CoV-2 deben ser elaboradas y adoptadas basadas en la evidencia científica disponible, y no en el miedo.

-Priorizar la entrada de ambos padres en la UCI neonatal y el acompañamiento y CPP de las madres con partos por cesárea como un bien a proteger, con las medidas de higiene y seguridad estipuladas.

-Promover el alojamiento conjunto, en habitaciones cercanas a la unidad neonatal, de familias y recién nacidos ingresados en la unidad neonatal que se encuentran en buenas condiciones y no requieren monitorización continuada. Ello mitiga la separación y permite tener menos niños/padres y mantener las distancias de seguridad en la sala común de la zona de críticos/semicríticos.

-Realizar test para SARS-CoV-2 también en acompañantes (en la madre se realiza de forma rutinaria). Si el acompañante es negativo y no presenta síntomas de infección, permitir su entrada libre en la UCIN y en el quirófano de cesáreas. Realizar test de forma periódica en padres de bebés ingresados en la unidad neonatal por periodos largos. Su negatividad evita la restricción innecesaria.

-En caso de madres/parejas con PCR positiva pero asintomáticas y/o con historia de infección pasada, realizar siempre serologías para SARS-CoV-2. La positividad de la IgG (con IgM negativa) excluye el riesgo de contagio y evita separaciones innecesarias.

-Involucrar a los padres y a las asociaciones que los representan en la toma de decisiones organizativas.

-En casos en que la sobreocupación de la unidad haga prudente la limitación del número de familiares en el espacio físico común, establecer criterios flexibles para minimizar la duración de la limitación de la presencia de padres (según número de bebés ingresados, turnos rotatorios para el segundo acompañante).

-En casos en que, por situación de gravedad o positividad de la PCR, uno o ambos padres no puedan estar junto a su hijo: animar a los padres a buscar un familiar sano con PCR negativa que pueda acompañarlo; establecer circuitos para favorecer el vínculo, de mutuo acuerdo y preservando la confidencialidad: imágenes, videos, comunicación telefónica con el equipo asistencia al menos una vez por turno; involucrar a los padres en decisiones sobre los cuidados básicos de su hijo/a (por ejemplo, escoger la ropa para vestirlo)

-Ofrecer recursos para apoyo psicológico a los padres positivos o enfermos que no puedan acceder a su bebé: servicio de psicología del propio hospital, recursos y webinars de la asociación *somprematurs.com*

Bibliografía

1. Westrup B. Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) - family-centered developmentally supportive care. *Early Hum Dev.* 2007;83(7):443-449. doi:10.1016/j.earlhumdev.2007.03.006
2. Roué JM, Kuhn P, Lopez Maestro M, et al. Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2017;102(4):F364-F368. doi:10.1136/archdischild-2016-312180
3. Griffiths N, Spence K, Loughran-Fowlds A, Westrup B. Individualised developmental care for babies and parents in the NICU: Evidence-based best practice guideline recommendations. *Early Hum Dev.* 2019;139:104840doi:10.1016/j.earlhumdev.2019.104840
4. Patel AL, Kim JH. Human milk and necrotizing enterocolitis. *Semin Pediatr Surg.* 2018;27(1):34-38. doi:10.1053/j.sempedsurg.2017.11.007
5. Manzoni P, Stolfi I, Pedicino R, et al. Human milk feeding prevents retinopathy of prematurity (ROP) in preterm VLBW neonates. *Early Hum Dev.* 2013;89 Suppl 1:S64-S68. doi:10.1016/S0378-3782(13)70019-7

6. Ginovart G, Gich I, Verd S. Human milk feeding protects very low-birth-weight infants from retinopathy of prematurity: a pre-post cohort analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29(23):3790-3795. doi:10.3109/14767058.2016.1145648
7. Miller J, Tonkin E, Damarell RA, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Human Milk Feeding and Morbidity in Very Low Birth Weight Infants. *Nutrients.* 2018;10(6):707. Published 2018 May 31. doi:10.3390/nu10060707
8. Boronat N, Escarti A, Vento M. We want our families in the NICU! [published online ahead of print, 2020 Jun 5]. *Pediatr Res.* 2020;10.1038/s41390-020-1000-9. doi:10.1038/s41390-020-1000-9
9. Klawetter, S., Greenfield, J. C., Speer, S. R., Brown, K., & Hwang, S. S. (2019). An integrative review: maternal engagement in the neonatal intensive care unit and health outcomes for U.S.-born preterm infants and their parents. *AIMS public health*, 6(2), 160–183. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2019.2.160>
10. Pallás-Alonso CR, Losacco V, Maraschini A, Greisen G, Pierrat V, Warren I, Haumont D, Westrup B, Smit BJ, Sizun J, Cuttini M; European Science Foundation Network. Parental involvement and kangaroo care in European neonatal intensive care units: a policy survey in eight countries. *Pediatr Crit Care Med.* 2012 Sep;13(5):568-77. PubMed PMID: 22760425.
11. López Maestro M, Melgar Bonis A, de la Cruz-Bertolo J, Perapoch López J, Mosqueda Peña R, Pallás Alonso C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España [Developmental centered care. Situation in Spanish neonatal units]. *An Pediatr (Barc).* 2014;81(4):232-240. doi:10.1016/j.anpedi.2013.10.043
12. <https://necsociety.org/2020/05/05/we-lost-our-daughter-to-nec-during-the-covid-19-crisis/>
13. https://www.efcni.org/wp-content/uploads/2018/04/2017_10_26_Parents_In_Research_web.pdf
14. Brown A, Shenker N. Experiences of breastfeeding during COVID-19: Lessons for future practical and emotional support. *Matern Child Nutr.* 2020;e13088. <https://doi.org/10.1111/mcn.13088>
15. www.segurneo.es/images/stories/Estado_de_Seguridad_del_Paciente_Neonatal2015.pdf
16. Zeng L, Xia S, Yuan W, Yan K, Xiao F, Shao J, et al. Neonatal early-onset infection with SARS-CoV-2 in 33 neonates born to mothers with COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA Pediatr.* (2020) 174:722–5. doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.0878
17. Zhang ZJ, Yu XJ, Fu T, Liu Y, Jiang Y, Yang BX, et al. Novel coronavirus infection in newborn babies under 28 days in China. *Eur Respir J.* (2020);55:2000697. doi: 10.1183/13993003.00697-2020
18. Fernández –Colomer B, Sánchez Luna M, De Alba Romero C y cols. Neonatal infection due to SARS-CoV-2: an epidemiological study in Spain. *Front. Pediatr.* 2020; 8:580584. doi: 10.3389/fped.2020.580584
19. Mehler, K., Wendrich, D., Kissgen, R., Roth, B., Oberthuer, A., Pillekamp, F., Kribs, A., 2011. Mothers seeing their VLBW infants within 3 h after birth are more likely to establish a secure

attachment behavior: Evidence of a sensitive period with preterm infants? J. Perinatol. 31, 404-410.

20. Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjo-Arvidson, A. B., Mukhamedrakhimov, R., Widstrom, A. M., 2009. Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction one year later. Birth 36, 97-109.

21. Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjo-Arvidson, A. B., Mukhamedrakhimov, R., Widstrom, A. M., 2009. Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction one year later. Birth 36, 97-109.

22. Documento técnico: Manejo clínico de pacientes con enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19). Ministerio de Sanidad. 18 de Febrero de 2020. <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos.htm>

23. https://www.seneo.es/images/site/COVID/Recomendaciones_SENeo_SARS-CoV-2_Version_6.2_27052020_.pdf

24. <https://www.who.int/publications/i/item/10665332639>

25. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2015). Carta de Drets i Deures de la Ciutadania en relació amb la Salut i l'Atenció Sanitària. Octubre de 2015. [en línia]. Disponible en: <https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/drets-deures/carta-drets-deures.pdf> [Consultado: 14 de julio de 2020].

26. <https://www.glance-network.org/campaign>

27. Montes MT, Herranz-Rubia N on behalf of the NeNe Nursing Group. Neonatal Nursing in the COVID-19 pandemic: can we improve the future?. JNN 2020; S1355-1841(20)30101-0 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2020.07.005>

28. Breindhal M, Zachariassen G, Senderby P y cols. Dilemmas and priorities in the neonatal intensive care unit during the COVID-19 pandemic. Dan Med J 2020;67(4): A205121

29. Serra-Moranta AM, Sayol-Torres L, Torner-Simó N, Bermúdez Serrano S, Céspedes Domínguez MC. Reflexions d'un equip de residents durant la rotació a Neonatologia, planta de puerperi, en època de Covid-19. Carta al director. Pediatr Catalana 2020; 80:85-86

30. Klawetter, S., Greenfield, J. C., Speer, S. R., Brown, K., & Hwang, S. S. (2019). An integrative review: maternal engagement in the neonatal intensive care unit and health outcomes for U.S.-born preterm infants and their parents. AIMS public health, 6(2), 160–183. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2019.2.160>

31. Arnaez J, Montes MT, Herranz-Rubia N, Garcia-Alix A. The Impact of the Current SARS-CoV-2 Pandemic on Neonatal Care. Front Pediatr. 2020 Apr 30;8:247. doi: 10.3389/fped.2020.00247. PMID: 32426312; PMCID: PMC7203555

CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE EL ACCESO DE PACIENTES A UNIDADES CRÍTICAS EN PANDEMIA POR COVID-19

Autores

**Mercedes Gozalbo Mestres
Teresa Gómez Sugranyes
Montse Roca de Bes
Isidro Diaz de Bustamante
Antoni Badrinas i Ardévol**

Recomendaciones del Comité de Ética Asistencial

**Hospital Universitari Dexeus
Hospital Quirón Barcelona
Centro Médico Teknon
Hospital El Pilar**

Este documento pretende ser un instrumento de consulta para los profesionales

del ámbito asistencial ante situaciones en que se encuentre en conflicto sobre las medidas que repercuten en la toma de decisiones sobre el acceso a pacientes a unidades críticas en pandemia por COVID-19.

En ningún caso este documento se puede considerar un protocolo de actuación o una guía de obligado cumplimiento, sino un medio de consulta para orientar al profesional, según el criterio particular del Comité de Ética Asistencial de este grupo hospitalario.

Este documento ha sido revisado por todos los miembros del Comité de Ética Asistencial del Grupo Hospitalario Quirón y ratificado en la sesión plenaria del CEA de 17 de febrero de 2021

Composición del Comité de Ética Asistencial:

Presidente: Vicente Molina

Secretaria: Clara González

Vocales:

Antoni Badrinas

Doris Barcia

Cristina Berenguer

Montserrat Boada

Andrea Caballero

Carmen Cambray

Joan Casals

Isidro Díaz de Bustamante

Imma Fortea

Maria Teresa Gómez

Mercedes Gozalbo

Tricce Ibáñez

Gracia Lasheras

Maria Dolores Moral

Anna Paltrinieri

Roser Porta

Mercè Riera

Montse Roca de Bes

Carmen Sánchez

Daniel Serrano

Santiago Viteri

Justificación del documento.

Estamos viviendo una situación de emergencia sanitaria mundial secundaria a la expansión por todo el planeta del virus SARS-CoV 2. La capacidad de difusión y la infectividad del virus han provocado un crecimiento exponencial en el número de afectados, una mortalidad creciente con la edad y las comorbilidades individuales y un enorme impacto en la vida de las personas y en el Sistema Sanitario de Salud.

En consecuencia, se ha legislado la limitación de libertades, derechos y deberes de los ciudadanos, con restricciones en las actividades sociales, laborales y/o culturales.

El mes de marzo de 2020 vivimos una situación de colapso hospitalario con insuficientes equipos de protección individual para el personal sanitario y de camas hospitalarias, y saturación de las unidades de cuidados intensivos.

Esta situación implica un trabajo asistencial abrumador por parte del personal sanitario, asociado al detrimento en el tratamiento del resto de las patologías que, lógicamente, siguen afectando a la población.

Al inicio de la segunda ola, en agosto de 2020, nos encontramos en una situación con menos carencias y más adaptada a las necesidades. Se garantizan las reservas de equipos de protección individual y la presión hospitalaria se enfrenta a la convivencia entre el coronavirus SARS-Cov 2 y el resto de patologías.

El inicio de la tercera ola simultáneamente con la disponibilidad de la vacunación a gran escala plantea un escenario nuevo al que hemos de hacer frente utilizando todo lo aprendido hasta ahora, tanto en medidas de prevención como de tratamiento y de adecuación de los recursos disponibles, siempre limitados, para optimizar los resultados desde el punto de vista médico y ético.

Consideraciones bioéticas

Distintas Comisiones de Deontología y Comités de Bioética han hecho referencia a la priorización de las decisiones en enfermos críticos ante una situación de emergencia sanitaria. Cada caso requiere una deliberación oportuna e individualizada, hay que respetar los valores y las preferencias personales, y debe prevalecer el criterio clínico, que puede variar según evolucione nuestro conocimiento de la enfermedad y la situación epidemiológica.

En una situación de pandemia, las necesidades de la Salud Pública pueden llegar a limitar los derechos y preferencias de los individuos. El profesional puede verse obligado a adaptar los protocolos y estándares para priorizar el deber de la salud de la comunidad frente a los valores del individuo.

Diferentes documentos de consenso como el del Observatori de Bioètica i Dret de Catalunya¹, el Comité de Ética Asistencial de los Hospitales Quirónsalud en Barcelona² y otros Comités de Ética de diferentes redes hospitalarias de Barcelona, proponen las siguientes consideraciones en el proceso de toma de decisiones:

- Tomar las decisiones de manera colegiada.
- Organizar la respuesta a la crisis mediante un plan de contingencia.
- Planificar y prever los dilemas éticos a los que deberán enfrentarse los profesionales sanitarios.
- Planificar la elección del acceso a los recursos (UCI), el uso de tratamientos vitales (reanimación cardiopulmonar, ventilación asistida), la retirada de tratamientos o la derivación a unidades de paliativos, cuando exista limitación de recursos, espacio, personal o suministros.
- Informar a los pacientes y familiares sobre las medidas a tomar de manera consensuada y argumentada, a ser posible con anticipación suficiente para evitar conflictos en situaciones extremas.

La edad cronológica del paciente y su uso en los protocolos para el ingreso en UCI de pacientes con Covid 19

Un dilema ético al que han tenido que enfrentarse los profesionales desde el inicio de la pandemia es la limitación al acceso a cuidados intensivos para pacientes Covid 19 en el contexto de insuficiencia grave de recursos (camas de UCI y/o respiradores).

En nuestro entorno, se han utilizado guías internas en diferentes hospitales. En algunas de ellas se menciona la edad cronológica como un elemento fundamental, que establece una primera selección de pacientes candidatos o no al ingreso en UCI.

En marzo de 2020 el CEA de los hospitales Quirón Barcelona² presentó un documento en el que, en referencia a la edad y a las personas mayores, recomienda que se *“debe tener en cuenta la edad biológica (calidad de vida, valoración geriátrica integral, escalas clínicas de fragilidad), no sólo la edad cronológica.”*

La Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (Semicyuc)³ publica en marzo de 2020 una guía para ayudar a priorizar enfermos. Entre otras recomendaciones, se aconseja no intubar a mayores de 80 años ni a personas con Alzheimer y con enfermedades neurodegenerativas, teniendo en cuenta el «valor social» de los pacientes.

En respuesta a este documento y a los nuevos dilemas éticos que plantea la pandemia, el Comité de Bioética de España⁴ elaboró un informe con criterios comunes para todos los hospitales en el que corrige la orientación de los intensivistas.

Este órgano asesor del Gobierno rechaza, por ejemplo, que la edad y la discapacidad sean criterios exclusivos para decidir a quién se le dedica el máximo esfuerzo terapéutico. *«Es necesario valorar las*

circunstancias concretas de cada paciente, sin excluir a nadie a priori».

Al margen de consideraciones éticas y, aunque desde el punto de vista estadístico la edad avanzada se corresponde con una menor probabilidad de sobrevivir al tratamiento intensivo, las diferencias individuales son tan considerables, que hacen que este criterio cronológico sea muy impreciso desde el punto de vista clínico.^{5,6,7}

Escalas de fragilidad

La fragilidad, como medida inversa de la “reserva” vital disponible para hacer frente y superar el ingreso en una unidad de críticos, parece un concepto mucho más adecuado que puede individualizarse para valorar mejor las posibilidades de supervivencia al tratamiento intensivo. La fragilidad estaría relacionada también con la edad biológica.⁸

Como señalan Amblás y cols en la Revista Española de Geriatria y Gerontología ⁹ *“a diario nos preguntamos por qué, ante el mismo proceso intercurrente..., personas de la misma edad presentan resultados de salud tan distintos..... Esta susceptibilidad variable a presentar resultados adversos de salud -incluyendo la muerte- está determinada por el grado de fragilidad. La fragilidad es una entidad clínica multidimensional que se define como un estado de vulnerabilidad ante factores estresantes, que..... aunque dinámica en el tiempo y potencialmente modificable, sitúa al individuo en una situación de alto riesgo de malos resultados de salud.”*

El concepto fragilidad no es nuevo y ha sido estudiado y utilizado como factor decisorio para el acceso a cuidados críticos en numerosos trabajos. Entre las escalas de fragilidad publicadas, destaca el índice de Fragilidad (IF) del grupo de la Dalhousie University de Nova Scotia, Canadá ¹⁰ que incluye hasta 40 items y establece una puntuación desde 0 (ninguna limitación) hasta 1, siendo una puntuación de 0,7 indicativa de situación preterminal.

La escala de Fragilidad Clínica (EFC) de 7 puntos publicada en 2005 por K. Rockwood y cols ¹¹ posteriormente ampliada a 9 puntos ¹² (figura 1) es atractiva por su sencillez y fácil manejo.

En su guía " Covid-19 rapid guideline: critical care in adults" de 20 de marzo de 2020, el NICE (National Institute for Health and Care Excellence) publica entre otras recomendaciones un algoritmo para acceso a la terapia intensiva de pacientes con Covid-19 (figura 2) basado en la Escala de Fragilidad Clínica de 9 puntos (figura 1) y que respeta desde el ingreso las voluntades anticipadas del paciente. ¹³

Este algoritmo, utilizado para pacientes de más de 65 años al ingreso en el hospital, establece una selección inicial para el posible ingreso en UCI basada en la fragilidad, modulada posteriormente en base a la evolución y a la presencia de comorbilidades, por lo que no limita el juicio clínico basado en otras escalas (Barthel, MACA, APACHE, SOFA, etc) usadas a diario en nuestros hospitales.

Haciendo uso de la Escala de Fragilidad Clínica (EFC) los autores de un trabajo publicado online en la revista Lancet el 30 de junio de 2020¹⁴ demuestran que los enfermos clasificados como frágiles por la EFC tienen mayor riesgo de fallecer de COVID-19 e ingresos más prolongados que los que no son frágiles. Estos hallazgos son independientes de la edad y las comorbilidades. Los hallazgos de este estudio aportan la evidencia para las decisiones clínicas que se toman en relación al tratamiento de pacientes con COVID-19 según su estado de fragilidad, usando la escala de fragilidad clínica. ^{15,16}

Recomendaciones en la toma de decisiones

Existen evidencias suficientes de que la fragilidad es un buen indicador de la capacidad del paciente para sobrevivir y beneficiarse de la terapia intensiva

El algoritmo de la Guía NICE¹³ (Figura 2) antes mencionado es un buen ejemplo de ello y su aplicación en nuestro entorno merece consideración.

El algoritmo valora la fragilidad al ingreso en el hospital usando la Escala de Fragilidad Clínica (EFC) (Figura 1) para todo paciente de más de 65 años de edad. La EFC no se aplica en pacientes de menos de 65 años o de cualquier edad con incapacidades estables duraderas, por ejemplo, parálisis cerebral, demencia, etc., en cuyo caso deberá hacerse una valoración individual de la fragilidad.¹⁷

Los pacientes clasificados como menos frágiles (1 a 4 en la escala), y que aceptan el tratamiento en una unidad de críticos, son candidatos a ingresar en la UCI si su estado se deteriora. Los pacientes más frágiles (5 o más puntos en la escala) que no evolucionan bien en planta convencional serán tributarios de cuidados intensivos o de cuidados terminales según una valoración clínica inicial en base a sus comorbilidades y patologías subyacentes.^{18,19}

Nuestra recomendación es abandonar el uso de la edad cronológica y usar una escala de fragilidad clínica como elemento decisorio para el acceso a los cuidados críticos, especialmente para pacientes con Covid-19 en el contexto de pandemia y limitación severa de recursos.

Con ello cumpliríamos las recomendaciones del Comité de Bioética de España y optimizaríamos los recursos disponibles a pacientes con más posibilidades de beneficiarse de los mismos, respetando los principios bioéticos de justicia, autonomía y beneficencia.

Figuras

Figura 1.

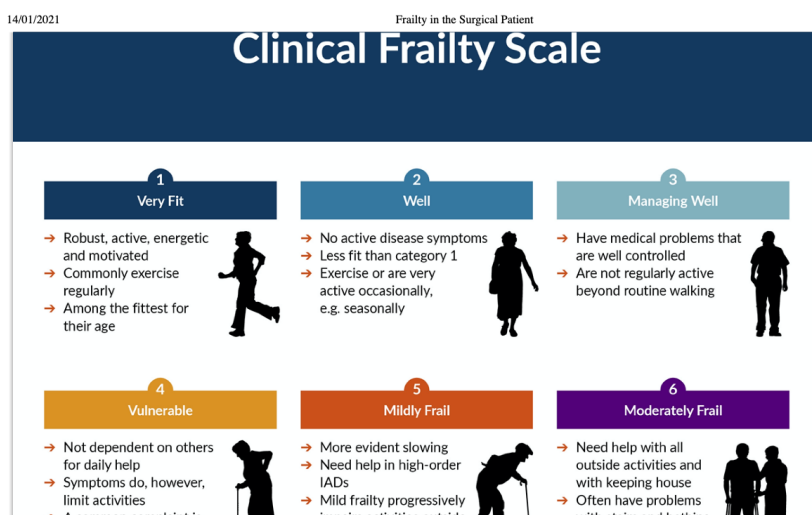
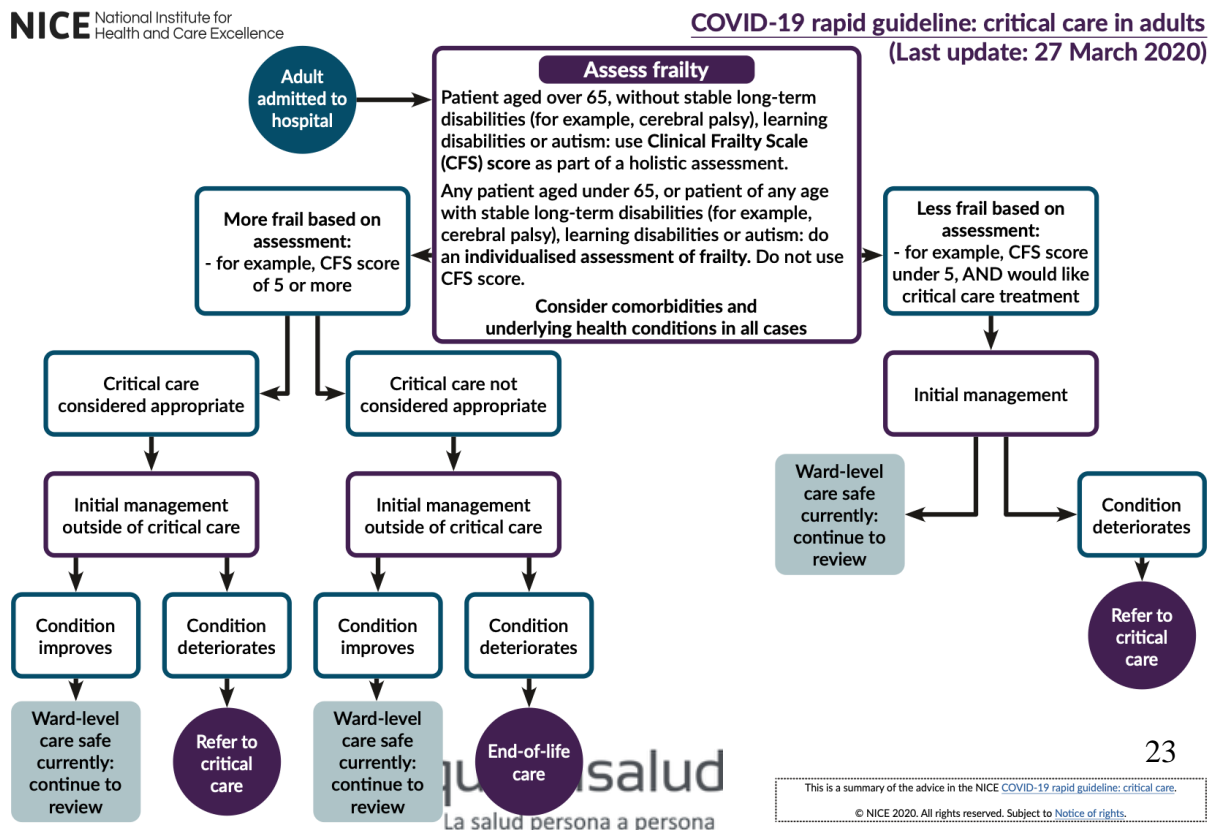


Figura 2.



Bibliografía

1. Observatori de Bioètica i Dret. *Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados especiales en situaciones de pandemia.*
2. Comité de Ética Asistencia de Hospitales Quirónsalud en Barcelona. *Bases para la selección del tratamiento individual en situación de limitación de recursos durante la pandemia por COVID-19.*
3. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC): *Recomendaciones generales relacionadas con las decisiones éticas difíciles y la adecuación de la intensidad asistencial / ingreso en las unidades de cuidados intensivos en situaciones excepcionales de crisis.*
4. Comité de Bioética de España. *Informe del comité de bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis de coronavirus.*
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Documento técnico del 19 de

marzo 2020. *Manejo Clínico del COVID-19: unidades de cuidados intensivos. Este documento expone el consenso de las diferentes sociedades científicas comprometidas con la atención a los pacientes afectados de COVID-19 en relación con la atención clínica de los enfermos.*

6. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. *Marco ético pandemia COVID-19*
7. Comité de Ética Asistencial (CEA) del Hospital Clínic de Barcelona: *Document sobre adequació del tractament de suport vital en el període de pandèmia SARS-CoV-2. (marzo 2020)*
8. The Hastings Center de EEUU. *Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice.*
9. Amblàs-Novellas J y cols En busca de respuestas al reto de la complejidad clínica en el siglo XXI: a propósito de los índices de fragilidad <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X16301044>
10. Geriatric Medicine Research - The Frailty Index Dalhousie University Halifax, Nova Scotia, Canada B3H 4R2, 1-902-494-2211 <https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/the-frailty-index.html>
11. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan D, McDowell I, Mitnitski A. CMAJ A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people August 30, 2005 173 (5) 489-495; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051> <https://www.cmaj.ca/content/173/5/489>
12. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan D, McDowell I, Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/173/5/489.full.pdf>
13. COVID-19 rapid guideline: critical care in adults NICE guideline Published: 20 March 2020 www.nice.org.uk/guidance/ng159
14. Nuffield Council. *Ethical considerations in responding to the COVID-19 pandemic.* 17 marzo 2020
15. Hewitt J, Carter B, Vilches-Moraga A et al. The effect of fragility on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre,

European, observational cohort study

www.thelancet.com/public-health Vol 5 August 2020

16. The New England Journal of Medicine. *The Toughest Triage — Allocating Ventilators in a Pandemic* - Organización Mundial de la Salud. *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks.*

17. Searle S, Mitnitski A, Gahbauer E, Gill TM, Rockwood A.

A standard procedure for creating a frailty index
<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-8-24#Tab3>

18. Fragilidad y discapacidad en la toma de decisiones: a propósito del uso de la "Frailty Clinical Scale" para seleccionar pacientes con COVID-19 subsidiarios de UCI. 06 Abril 2020

19. La fragilidad debería incluirse como criterio para la toma de decisiones clínicas en el paciente mayor ingresado por COVID-19. 13 Julio 2020. SEMEG Sociedad Española de Medicina Geriátrica

ACOMPañAMIENTO AL FINAL DE LA VIDA EN LOS PACIENTES CON COVID-19

Autores

Montserrat Boada
Andrea Caballero
Imma Fortea
Vicente Molina
Maria Dolores Moral
Daniel Serrano

Recomendaciones del Comité de Ética Asistencial

Hospital Universitari Dexeus
Hospital Quirón Barcelona
Centro Médico Teknon
Hospital El Pilar

Este documento pretende ser un instrumento de consulta para los profesionales del ámbito asistencial ante situaciones en que se encuentre en conflicto sobre las medidas frente a la pandemia por SARS-CoV-2 que repercuten sobre el acompañamiento al final de la vida en pacientes con COVID19.

En ningún caso este documento se puede considerar un protocolo de actuación

o una guía de obligado cumplimiento, sino un medio de consulta para orientar al profesional, según el criterio particular del Comité de Ética Asistencial de este grupo hospitalario.

Este documento ha sido revisado por todos los miembros del Comité de Ética Asistencial del Grupo Hospitalario Quirón y ratificado en la sesión plenaria del CEA de 18 de noviembre de 2020

Composición del Comité de Ética Asistencial:

Presidente: Vicente Molina

Secretaria: Clara González

Vocales:

Antoni Badrinas

Doris Barcia

Cristina Berenguer

Montserrat Boada

Andrea Caballero

Carmen Cambray

Joan Casals

Isidro Díaz de Bustamante

Imma Fortea

Maria Teresa Gómez

Mercedes Gozalbo

Tricce Ibáñez

Gracia Lasheras

Maria Dolores Moral

Anna Paltrinieri

Roser Porta

Mercè Riera

Montse Roca de Bes

Carmen Sánchez

Daniel Serrano

Santiago Viteri

Introducción

La pandemia por SARS-CoV 2 ha provocado enormes cambios en el funcionamiento de nuestra sociedad. Algunos derechos y libertades individuales han sido anulados para obtener un bien común superior: el control de la epidemia. En el momento álgido de la

misma, con la saturación de los servicios sanitarios, el miedo a contagiar o ser contagiado y la escasez de equipos de protección individual (EPIs) condujeron a la prohibición de visitas a los pacientes con COVID, incluso en caso de extrema gravedad o fallecimiento. Como consecuencia de esta política, miles de pacientes fallecieron en soledad, sin el calor de sus familiares o seres queridos y sin el auxilio espiritual que algunos pacientes requieren. Poco a poco esta prohibición se ha ido relajando, pero no existe unanimidad entre hospitales ni entre comunidades (web: Derecho a morir dignamente) ni tampoco entre diferentes países. Es necesario reconocer que se ha generado un conflicto ético al tomar las medidas y decisiones políticas para combatir la pandemia vulnerando las libertades individuales. Dicho conflicto solo podrá minimizarse en tanto se tome conciencia de que hay que velar para que las restricciones o cargas impuestas a la sociedad, en pro del bien común, estén justificadas, guarden un equilibrio con los beneficios que comportan y en la medida de lo posible, estén socialmente aceptadas.

Derecho a morir acompañado

Escoger las circunstancias de la propia muerte, morir acompañado y recibir apoyo espiritual cuando el paciente lo requiera, forman parte de los derechos más claramente expuestos en declaraciones recientes (Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, citado por Consuegra-Fernández M y Fernández-Trujillo A, 2020).

El dramatismo y sentido de emergencia al inicio de la pandemia pudo justificar decisiones radicales, pero la reflexión sobre los valores a preservar debe persistir sin asumir como definitivas aquellas conductas que vulneran derechos esenciales. La situación de excepcionalidad provocada por la pandemia supone limitar ciertos derechos, pero esa limitación no debe ser absoluta, debe preservarse un contenido mínimo esencial de cada uno de ellos. (Declaración del Comité de Bioética de España, 15 de abril de 2020).

Morir en soledad o permitir una muerte que pase desapercibida es un gran error de la sociedad cuando existe la creencia universal de que es necesario humanizar el final de la vida, algo muy valorado por la mayoría de familias en la situación actual (Yardley S, Rolph M, 2020).

Nadie debería morir aislado de aquellos que ama y que le aman. La soledad hace mucho más difícil el proceso de la muerte (Health I, 2020).

Muerte en soledad y proceso de duelo

El duelo por la pérdida de un ser querido forma parte natural de la experiencia humana, pero en algunos casos puede ser intensamente doloroso y prolongado, con afectación de la salud física y mental (Trastorno de duelo prolongado -TDP- o trastorno de estrés post traumático -TEPT-). El aislamiento de los pacientes y la imposibilidad de tener apoyo social motivados por la pandemia dificultan la evolución normal del duelo y favorecen la aparición de duelos patológicos (Selman LE, Chao D et al, 2020).

Las condiciones de trabajo del personal hospitalario en los momentos más difíciles de la pandemia, asistiendo a un número de fallecimientos muy superior al habitual e intentando suplir el contacto familiar para minimizar los efectos de la soledad en los pacientes ingresados, supone también un riesgo importante de trastornos emocionales entre el personal sanitario (Selman LE, Chao D et al, 2020).

Es preciso, por tanto, hacer los máximos esfuerzos para permitir un proceso de muerte digno y lo más humanizado posible en los pacientes con COVID-19.

Recomendaciones

- Maximizar la atención a los aspectos comunicativos durante los ingresos por COVID19. Aunque las visitas externas tengan que estar restringidas, promover la comunicación del paciente y la familia mediante otros medios como el teléfono móvil o las videoconferencias, que a pesar de no tener el mismo efecto que el contacto directo, permiten mantener la comunicación entre el paciente y sus allegados. Asegurar sistemas de conexión o plataformas adecuadas proporcionadas por el propio hospital. Preparar al *staff* para este tipo de comunicación o contar con personal específico que apoye al *staff* en este aspecto.
- Plantear establecer un plan de cuidados anticipado. Decidir con el paciente y su familia si, en caso de empeoramiento, ingresará en UCI o no. En un escenario ideal, decidir incluso si desea fallecer en su domicilio. Fallecer en cuidados paliativos o en su domicilio permitirá mayor contacto con los familiares y un escenario de final de vida más humanizado.
- Implementar el procedimiento para que el enfermo de COVID19 grave pueda estar acompañado, sobre todo al final de la vida. Para ello, y en ausencia de un protocolo global unificado, cada hospital debe elaborar el suyo propio. Tiene que contemplar identificar visitantes de riesgo, formación a los familiares sobre uso de EPIs, normas de seguimiento y aislamiento posteriores (Consuegra-Fernández M, Fernández-Trujillo A, 2020).
- Facilitar la presencia de un representante espiritual/religioso, si el paciente lo solicita.
- Realización de un protocolo global unificado sobre el acompañamiento, para respetar la equidad y no generar diferencias entre pacientes de diferentes áreas sanitarias.

- Todas las organizaciones sanitarias tienen que ser sensibles al desgaste emocional de su personal y organizar sistemas de detección y apoyo a los profesionales sanitarios.

Conclusión final:

En la crisis sanitaria actual debida a la pandemia provocada por el SARS-CoV-2 se puede dar el caso en algunos supuestos de una vulneración no justificada de los derechos de los pacientes. La muerte digna es un éxito terapéutico y un derecho que merece ser protegido en condiciones normales y también en situación de crisis. (Consuegra-Fernández M, Fernández-Trujillo A, 2020)

Bibliografía

- <https://derechoamorar.org/2020/04/15/covid-19-listado-de-iniciativas-para-facilitar-el-acompanamiento-al-final-de-la-vida/>
Consultada el 12-8-20
- Consuegra-Fernández M, Fernández-Trujillo A: La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas. Rev Bio y Der.2020:81-98
- Declaración del Comité de Bioética de España sobre el Derecho y el Deber de Facilitar el Acompañamiento y la Asistencia Espiritual a los Pacientes con COVID-19 al Final de sus Vidas y en Situación de Vulnerabilidad. 15 de abril de 2020
- Yardley S, Rolph M: Death and dying during the pandemic. BMJ 2020; 369:m1472 doi: 10.1136/bmj.m 1472 (Published 15 April 2020)
- Heath I: Love in the time of coronavirus. BMJ 2020;369:m 1801 doi: 10.1136/bmj.m 1801 (Published 6 May 2020)
- Selman LE, Chao D et al: Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recomendations for Hospital Clinicians. J Pain Symptom Manage 2020. Doi.org/10.1016/j.painsymman.2020.04.024

