

REVISIÓN (E)

LA CALIDAD ASISTENCIAL A LOS MAYORES. ¿TAMBIÉN EN TIEMPOS DE CRISIS SANITARIA?

PROVIDING HEALTH CARE TO ELDERLY PEOPLE. ALSO DURING A PANDEMIC CRISIS?

María Castellano Arroyo¹; Carmen Sánchez Castellano²

¹Académica de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España - Medicina Legal

¹Catedrática de Medicina Legal y Forense Universidad Alcalá de Henares de Madrid

²Geriatra

Palabras clave:

COVID-19;
Asistencia a mayores;
Residencias de
ancianos.

Keywords:

COVID-19;
Health care to seniors;
Nursing homes.

Resumen

Las autoras analizan la asistencia sanitaria recibida por las personas mayores en domicilios, residencias y hospitales, en el periodo álgido de la pandemia por COVID-19. Realizan unas consideraciones que permiten hacer unas propuestas de futuro favorables a una mejor organización asistencial, que minimice la improvisación y mantenga los principios científicos, legales y ético-deontológicos, para garantía de todos.

Abstract

The authors analyze the health care provided to elderly people in their own homes, nursing homes and hospitals, during the peak period of the COVID-19 pandemic. They discuss appropriate considerations and proposals aimed to a better organization of this care in the future, while maintaining the requisite scientific, legal, and ethical principles.

INTRODUCCIÓN

En este periodo de pandemia por COVID-19 nuestro sistema sanitario se ha puesto a prueba. Gozaba de reconocimiento nacional e internacional, pero no estaba preparado para esta catástrofe. Ha sido evidente el desequilibrio entre los recursos asistenciales disponibles y las necesidades generalizadas.

Si la situación asistencial ha sido grave para toda la población, quienes más han sufrido este revés han sido las personas mayores y sus familiares y han resultado especialmente vulnerables aquellos que residían en residencias e instituciones sociosanitarias.

En una sociedad envejecida y con una organización familiar y social volcada en horarios laborales con poco margen para la conciliación, los mayores, aún residiendo en la misma ciudad, no pueden ser muchas veces atendidos y cuidados en casa y un destino cada vez más frecuente es la residencia. Estos mayores, según algunos autores (1), son pacientes con procesos crónicos como hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares o EPOC y hasta el 40% de ellos tienen un grado de discapacidad considerable (2). En estas residencias (cuya capacidad puede ir desde unos 10 residentes a centros de hasta 400 camas) trabajan un número importante de profesionales, la mayoría cualificados y vocacionales, que prestan a quienes allí viven una estancia agradable y entretenida, en la que ahora constituye, para ellos, su casa y su familia. La

asistencia que reciben es básicamente de cuidados, aunque en las de mayor número de residentes suelen trabajar médicos generalistas, siendo la referencia para consultas e indicación de hospitalización la Atención Primaria.

SITUACIÓN ASISTENCIAL

Durante el periodo de pandemia, regulado en España como “Estado de Alerta” (3) se ha establecido el confinamiento como la medida de restricción de libertad que garantizaba los mínimos contactos posibles y, por tanto, la disminución del número de contagios. A partir de ahí, surgieron diversas medidas, unas procedentes del Gobierno, mando único desde el 15 de marzo, y otras desde los Gobiernos autonómicos. Las personas con síntomas no han acudido a los hospitales sino que han solicitado ayuda y seguimiento a través de los teléfonos habilitados para ello, gestionándose los traslados a través de los servicios de urgencias y emergencias (SAMUR, SUMMA 112) tanto desde los domicilios como desde las residencias de mayores.

La epidemia de COVID-19 cayó como un mazazo sobre toda la población, y la infección ha sido generalizada, pero ha tenido más incidencia en los núcleos urbanos de mayor densidad de población o con aeropuertos internacionales. El mayor riesgo estuvo allí donde se concentraba gran número de

Autor para la correspondencia

María Castellano Arroyo

Real Academia Nacional de Medicina de España

C/ Arrieta, 12 · 28013 Madrid

Tlf.: +34 91 159 47 34 | E-Mail: maria.castellano@uah.es

personas como era el transporte público, hospitales, centros comerciales,...y, por tanto, en las residencias de mayores de más capacidad, en las que viven un número importante de personas, que comparten las actividades de la vida diaria, con mucha proximidad física, además de recibir cuidados que también implican mucho contacto físico y de tener constantes visitas desde el exterior. La consecuencia en estos centros fue un alto número de infectados entre los residentes y los trabajadores (enfermería, psicología, trabajo social, fisioterapia, terapia ocupacional, auxiliares, médicos, limpieza, cocina, mantenimiento y equipo directivo).

En un espacio corto de tiempo fueron llegando pacientes a los servicios de urgencias hospitalarios, tanto secundarios como terciarios, hasta cuadruplicarse la actividad normal de los mismos, en algunas comunidades autónomas. Desde allí, se indicaron altas de muchos de esos pacientes a sus domicilios, para un seguimiento estrecho por Atención Primaria, telefónico, en principio, ante la previsión de una situación más crítica. Pero también se produjeron muchos ingresos, en plantas de hospitalización y en UCIs, cuando la indicación fue de soporte mecánico respiratorio en los casos más graves. Los hospitales (especialmente los de Madrid y Barcelona) se vieron desbordados, las camas en plantas y en UCIs, así como los respiradores resultaron insuficientes. Ha habido días en los que eran entre 100 y 200 los pacientes instalados en los pasillos a la espera de cama, a pesar de que las camas se habían incrementado entre un 20 y un 30%, en los diferentes hospitales españoles, habilitándose zonas de rehabilitación y otras zonas para hospitalización.

El problema en las residencias aún ha sido más grave, por las características de quienes viven en ellas, en general personas más mayores, frágiles o pre-frágiles y consideradas vulnerables, con menos capacidad de hacer frente a cualquier tipo de agresión externa o acontecimientos adversos. Son frecuentes los residentes con pluripatología y consecutivas complicaciones, que en ocasiones sientan la indicación de ingreso hospitalario, pero con el deber ético-deontológico de valorar de manera muy particular los casos de situación terminal (en cuidados paliativos), graves discapacidades con necesidad de pleno apoyo para todas las actividades o demencias muy avanzadas, en los que, siempre personalizando, el juicio clínico aconseje no entrar en tratamientos extraordinarios de soporte vital. Ha habido contagios colectivos, cuadros graves y complicados (insuficiencias respiratorias y multiorgánicas) que, en muy pocos días, han producido la muerte a un número muy importante de residentes, más de 15.000 personas; en alguna de las residencias españolas, las defunciones han llegado al 80% de los residentes.

A nivel nacional y de forma particular en las comunidades de Madrid y Cataluña, desde el punto de vista asistencial se han planteado algunos problemas relevantes:

1. La atención al cuadro vírico y la derivación de los pacientes de residencias a los hospitales cuando se agravaba su estado.

2. La asistencia que podían recibir estos pacientes en los servicios de urgencias y hospitalarios, si se les derivaba.
3. La priorización de pacientes y adjudicación de recursos a los pacientes ingresados y con necesidad de medidas extraordinarias (ventilación mecánica no invasiva e invasiva).
4. La gestión funeraria, respecto a las personas que fallecían en residencias, domicilios y hospitales.

1.- La atención al cuadro vírico y la derivación de los pacientes de residencias a los hospitales cuando se agravaba su estado.

El proceso viral de fiebre y tos ha sido leve en la mayoría de los casos y se ha podido hacer seguimiento telefónico en domicilio a una gran cantidad de personas de todas las edades, algunas de las cuales debían ser atendidas finalmente en el hospital al empeorar, presentando dificultad respiratoria. El proceso no ha tenido tratamiento específico, como la mayoría de los cuadros virales, motivo por el que lo básico era tratar los síntomas. Antitérmicos, antibióticos, hidratación y sobre todo oxígeno, fármacos para aliviar y para evitar las complicaciones, como ocurre en procesos gripales. La novedad de la enfermedad y el desconocimiento del agente patógeno, unido a la mortalidad tan elevada que estaba produciendo en otras zonas del mundo condujo a manejar, también desde el principio de la epidemia en España, los fármacos cuya eficacia se iba publicando, y que cambiaba en el día a día. Así, la combinación de hidroxiclороquina y azitromicina se recetaba en hospitales y también en residencias, comenzando posteriormente el uso de lopinavir/ritonavir y los ensayos con interferón, remdesivir, tocilizumab y otros. En todos los casos, se vivieron distintas oleadas de información; lo que al principio parecía inocuo y un posible remedio, posteriormente era denostado por riesgo de arritmias fatales, sobre todo en combinación con los otros fármacos usados y con la medicación previa del paciente. Por otro lado, la OMS alertó sobre el uso de corticoides, aliados habituales en las infecciones respiratorias graves, puesto que, al inicio del cuadro, su efecto inmunosupresor podía agravar la infección vírica. Eso demoró la instauración de los mismos en muchos cuadros severos, en los que después se han demostrado muy eficaces, dada la reacción inflamatoria generalizada (tormenta de citoquinas) que provoca el SARS-CoV2 (4). Para terminar, fue la serie de autopsias realizadas en Italia la que concluyó que otro de los problemas relevantes que conducía al fatal desenlace de esta enfermedad era la producción de trombosis graves en todo el árbol arterial y venoso (por endoteliosis), por lo cual, y a pesar de que no se hicieron las autopsias de todos los fallecimientos súbitos en domicilios y hospitales, con seguridad, pudieron darse muchos casos de ictus, infartos de miocardio y tromboembolismos pulmonares, entre otros. Llegamos tarde también con los protocolos de antitrombóticos, que se establecieron como una parte fundamental del abordaje de la enfermedad en estadios avanzados.

Este fue el escenario global, que simultáneamente también se producía en los pacientes atendidos en su residencia. La derivación hospitalaria podía añadir posibilidades de éxito en los casos que requirieran ventilación mecánica en algún momento de su evolución, siempre que no se vieran más perjudicados por lo que conlleva el propio ingreso hospitalario. También se consideraron aquellos que no pudieran recibir medicación intravenosa en la residencia o no tuvieran vigilancia de enfermería 24 horas. Hay que tener en cuenta que lo que se hacía fundamental era vigilar la evolución y los síntomas, para aliviar las consecuencias de una enfermedad sin tratamiento etiológico establecido. La Resolución de 19 de junio de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios estableció un listado de medicamentos considerados esenciales en la gestión de la crisis sanitaria, en virtud de lo dispuesto en el Real Decreto-ley 21/2020, artículo 19.1. Esos medicamentos fundamentales son todos de soporte, no se ofreció un tratamiento distinto en el hospital, que no fuera el soporte vital avanzado, que en muchos casos tampoco significó garantías de sobrevivencia.

La decisión de derivar al hospital, ante una enfermedad que podía suponer el final de la vida del paciente, se debía abordar desde la ciencia médica (juicio clínico), y desde el juicio ético-deontológico, pero teniendo en cuenta que estábamos ante una ética de catástrofes. Los geriatras están habituados a valorar a sus pacientes de una forma integral, como base para sus decisiones asistenciales. Como en otras enfermedades, también en los casos de infección por SARS-CoV-2 se ha demostrado que la valoración de la fragilidad es el mejor predictor de resultados de salud (5). Por eso, en Geriátrica, para la toma de decisiones, se consideran precisas las actuaciones dirigidas a: La valoración funcional, de cara a una recuperación física tras los procesos que merman la autonomía del paciente en las actividades de la vida diaria; este es el *core* de esta especialidad. La valoración mental, teniendo en cuenta aspectos cognitivos y anímicos. La valoración de su entorno social, que tanto influye en el desarrollo de la enfermedad y que se puede ver afectada por procesos agudos; esto ya fue publicado por las autoras en plena pandemia (6).

La valoración científica desde la perspectiva geriátrica (comorbilidad, fragilidad, reserva cognitiva y funcional, pronóstico vital, calidad de vida), junto con la evaluación de la situación aguda, apoyan el tipo de cuidados de los que cada paciente puede beneficiarse, pero estas valoraciones requieren un tiempo no inferior a 50-60 minutos. En Geriátrica, la formación ético-deontológica es muy profunda, empezando por el primer deber ético, “no dañar”, por tanto, no se suelen aplicar tratamientos cruentos que no produzcan beneficio al paciente y sí sufrimientos, molestias o inconvenientes (dejando aparte el deber médico de utilizar los recursos de forma eficiente). Otro principio presente en la medicina geriátrica es aplicar la proporcionalidad entre el remedio y el resultado; teniendo en cuenta (acorde con la no maleficencia) el evitar la obstinación terapéutica actitud médica que se empeña en mantener una vida sin esperanza a costa de alargarla con medios extraordinarios, contraindicada en el Código de Deontología

Médica (7). Y como objetivo de sus tratamientos y cuidados está el proporcionar al paciente, al final de su vida, bienestar psicofísico, evitando el sufrimiento, el dolor y los síntomas indeseados. Parte fundamental de esta asistencia es el acompañamiento afectivo, el apoyo espiritual y los cuidados que son característicos del enfoque paliativo. Esta es un área específica en la que se forman actualmente muchos especialistas, que proceden de especialidades como la geriatría, anestesia, oncología, medicina interna, medicina familiar y comunitaria..., estando estos conocimientos básicos en los programas formativos de todos los médicos residentes. Acorde con estos cuidados y con la deontología médica está la indicación médica de la sedación terapéutica paliativa, proporcionando al paciente la medicación que consiga los objetivos descritos, aún a costa de que produzca un acortamiento de la vida (8). Y todo ello, en el clima más cálido posible y más amistoso y familiar para el paciente, lo cual suele suceder en el ambiente de su residencia (su casa en ese periodo de su vida).

En la Comunidad de Madrid, la coordinación de la asistencia a los pacientes institucionalizados, habitualmente en manos de Atención Primaria, se reforzó con la atención telefónica por parte de geriatras de los hospitales de referencia, como modo de apoyo en proporcionar algunos recursos (fármacos de uso hospitalario, prescripción de oxigenoterapia) y ayuda en la toma de decisiones sobre cada paciente en particular.

Se acordaron criterios comunes, basados en la valoración geriátrica integral en los que el primer objetivo era el mayor beneficio para el paciente. Si por su estado, el traslado al hospital no tenía las garantías clínicas de mejorar el resultado, se proponía administrar, en el ámbito de la residencia, tratamientos básicos, similares a los que se habrían administrado en una primera asistencia en el hospital (oxigenoterapia, antibióticos, antitérmicos,...). No respiración asistida, ni otros medios extraordinarios, a no ser que el juicio clínico indicara alta probabilidad de recuperación en buenas condiciones. Posteriormente, diez sociedades científicas de ámbito nacional se han pronunciado sobre la priorización de la asistencia a los pacientes con COVID-19, para que se conozca cómo se realiza esa toma de decisiones (9).

2.- La asistencia que podían recibir estos pacientes en los servicios de urgencias y hospitalarios, si se les derivaba.

Las imágenes ofrecidas por los medios de comunicación han mostrado a todos la situación, en aquellos días, de los servicios de urgencias y de los hospitales, pasillos y salas saturados de pacientes preferentemente mayores de 60 años, en sillas, sillones y camillas, hasta en el suelo sobre sábanas y rodeados de personas desconocidas y sintomáticas, sin acompañamiento de familiares y a la espera de cama. Si los pacientes de las residencias, permanecían en su medio, al menos podían estar bajo vigilancia, cuidados y tratamiento básico de sus cuidadores habituales. El protocolo asistencial pretendía garantizarla atención sanitaria y, si era el caso, al final de

la vida, con los medicamentos básicos mencionados, incluyendo midazolam u otros en los pacientes en los que la infección evolucionaba de forma irreversible. Es preciso recalcar que los cuadros clínicos por coronavirus no tenían tratamiento específico. Por todas estas razones, consideramos que, en la mayoría de los casos, la conducta médica siguió el concepto de “adecuación del esfuerzo terapéutico”, que indica no hacer más de lo que se debe hacer, ante la situación clínica de un paciente concreto.

La situación bien planificada, se desbordó por las siguientes circunstancias: Carencia de EPIs para el personal sanitario en todos los niveles asistenciales, también en residencias, con el consiguiente riesgo de contagio. Carencia de test de diagnóstico de SARS-CoV-2, lo que no permitió aislar a los residentes infectados de los sanos; sin duda, un aislamiento precoz de los primeros podría haber disminuido el número de contagios en personas que ya eran, en su conjunto, especialmente vulnerables. Se ha denunciado incumplimiento de las leyes en materia de prevención de riesgos laborales y se ha reclamado que los contagios se consideren enfermedad profesional (10, 11). Esto ha dado ya lugar a una primera condena en un Juzgado de lo Social de Teruel, al Gobierno de Aragón, “por haber vulnerados derechos de los trabajadores y empleados públicos en Teruel en materia de prevención de riesgos laborales, al no proporcionarles los EPIs para protegerse contra el SARS-CoV-2 y ante el riesgo de contagio e infección...”; la denuncia la interpuso la Federación Aragonesa de Sindicatos y Asociaciones de Médicos Titulares y de Atención Primaria de Aragón, por no disponer de equipos de protección individual los trabajadores (12).

Esta epidemia ha desbordado la capacidad de un sistema sanitario que, aunque reconocido como excelente, se ha visto insuficiente para esta situación sin precedentes, la cual habría necesitado de una red de atención primaria mejor dotada de recursos, pero sobre todo de profesionales sanitarios.

3- La priorización de pacientes y adjudicación de recursos a los pacientes ingresados y con necesidad de medidas extraordinarias (ventilación mecánica no invasiva e invasiva).

Llegados a este punto, hemos de preguntarnos ¿Se ha producido selección de pacientes para el acceso a medidas extraordinarias como una cama de UCI o un respirador? Necesariamente sí. En concreto las camas de UCI y los respiradores adecuados eran muy inferiores, en número, a las posibles situaciones de insuficiencia respiratoria subsidiarias de este recurso extraordinario. Igualmente, en Urgencias, fue preciso establecer unos criterios de priorización de pacientes, lo que en clínica se llama triaje y que es un procedimiento habitual desde hace años en los Servicios de Urgencias; al objeto de identificar la gravedad de los pacientes y adecuar la asistencia a todas las situaciones (13); sin embargo, este procedimiento ha debido adaptarse a la especial situación de sobrecarga asistencial y de diagnosticar los casos positivos de COVID-19 para instaurar su aislamiento

y tratamiento lo más rápidamente posible. Ante pacientes ya hospitalizados, fue preciso decidir la adjudicación de los recursos disponibles para su tratamiento. Estas decisiones, no excepcionales en clínica, deben, como norma general atenerse a los Principios de la Bioética aceptados de forma universal (14). Ha sido este conflicto el que ha favorecido la elaboración de protocolos, a los que nos referiremos más adelante. Ante estas situaciones de verdadera crisis sanitaria, es preciso insistir en que la toma de decisiones ante un conflicto tan grave, debe realizarse por indicación médica, basada en el Juicio clínico de base científica y sin criterios específicos de discriminación, teniendo en cuenta el estado clínico del paciente, probabilidad de obtener mayor beneficio del tratamiento, mejores indicadores de respuesta favorable, resultado esperable en cuanto a secuelas o calidad de vida, etc..

4.- La gestión funeraria, respecto a las personas que fallecían en residencias, domicilios y hospitales.

La gestión funeraria también se vio desbordada por los acontecimientos. En las semanas álgidas de la pandemia, últimas de marzo-primeras de abril, los fallecimientos se produjeron en residencias, domicilios y hospitales, de forma masiva, resultando imposible a los servicios funerarios la recogida de fallecidos, inhumación o cremación al ritmo en que se iban produciendo las muertes. A esto se añadían las medidas especiales previstas por el Gobierno (15), respecto al tratamiento de estos fallecidos por una enfermedad infecto-contagiosa (sin velatorio, duelo y sólo 3 personas en la inhumación). Este problema se ha trasladado a la opinión pública de una forma alarmante, inadecuada y no acorde con la realidad. El gran número de fallecimientos superó a los servicios funerarios, creando un problema general; los tanatorios habituales se hicieron insuficientes y los cuerpos de seguridad del Estado y el ejército, habilitaron en tiempo record un gran tanatorio en Ifema y recintos frigoríficos en el Palacio de Hielo o el Instituto de Medicina Legal de Madrid (aún sin inaugurar). Los crematorios no daban abasto y se derivaron numerosos cuerpos para su incineración a otras ciudades de España. Todo lo referido ha aumentado el dolor y la indignación en muchas familias.

Ante esta situación ¿qué podían hacer los responsables y trabajadores de las residencias? Lo que hicieron en la gran mayoría de los casos, avisar de la defunción, tratar el cadáver con respeto colocándolo en un espacio específico, en el que se fueron acumulando los cuerpos, al no acudir las funerarias a recogerlos con diligencia, por la situación ya comentada. Cuando los miembros del ejército acudieron en apoyo de las residencias, se encontraron en muchas de ellas los cuerpos de los fallecidos a la espera de su traslado al correspondiente tanatorio. De ésta situación no se puede culpabilizar a las residencias y a sus trabajadores. Estas personas han visto contagiarse a sus compañeros y, reducidos a la mitad, han compartido y repartido funciones asistenciales olvidando su puesto y jerarquía, horarios y hasta olvidándose de sí mismos o de sus propias familias.

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

Es obligada la referencia a los Protocolos asistenciales que se elaboraron en diferentes instancias y desde la perspectiva ética de una “medicina de catástrofes”: comunidades autónomas o consejerías de sanidad (16), sociedades científicas especialmente comprometidas en la asistencia de tercer nivel (cuidados intensivos, anestesia, medicina interna, etc.), (17), el comité de bioética de España (18), la comisión central de deontología del CGCOM (19) y otras.

En este momento los protocolos están en el punto de mira porque, ante las denuncias presentadas, la Fiscalía necesitará conocer dichos protocolos, con el objetivo de comprobar si las decisiones médicas de derivación o no a hospitales, se hicieron con criterios de discriminación o cualquier otra razón anticonstitucional.

Desde una perspectiva realista se puede comprender que un paciente terminal, con demencia avanzada, o gran dependiente, en el ambiente hospitalario de la pandemia, ya descrito, pocos beneficios podía obtener, frente al perjuicio de encontrarse solo, desarrollando un delirium, desatendido, incómodo y con escasísimas probabilidades de sobrevivir, aún con tratamientos hospitalarios, recordemos el principio de no maleficencia: “lo primero, no dañar”. Criterios muy similares se recogían en los protocolos de la Sociedad española de medicina intensiva, crítica y unidades coronarias, o en la de anestesia y en el del comité de bioética de Cataluña. Ahora bien lo reprochable es que esas situaciones se reflejen ya como discriminación directa a una asistencia hospitalaria. Lo adecuado es basar la decisión médica en esa evaluación clínica integral especializada que propugnan los geriatras, en las que esas situaciones se van a reflejar, pero dentro de un juicio clínico integral.

Como reflexión ante estas situaciones concretas, hemos de recordar los Principios de la bioética, aplicables siempre que sea posible: en el caso de que el paciente carezca de autonomía, se debe aplicar la beneficencia (el mayor bien posible para el paciente) y la justicia (tratar con equidad), siempre desde la personalización y para el mayor y mejor beneficio del paciente. Esto es aplicable a la priorización de pacientes y a la adjudicación o racionalización de recursos: la equidad es básica “tratar a los iguales como iguales”; la proporcionalidad entre la decisión y el resultado; el razonamiento y la decisión deben ser transparentes; y lo que quede en una recomendación generalizable debe haberse discutido y consensuado entre todas las partes afectadas y debe ser público. Algunos autores (20) recomiendan “...la discusión en equipo para sustentar adecuadamente la toma de decisiones y compartir la enorme carga emocional que pueden suponer las decisiones de mayor complejidad ética..”

Todo lo dicho exige una “cultura generalizada de la ética”, “compromisos de participación” en decisiones respecto a la dignidad de las personas y especialmente de los enfermos, y tener previstos “documentos

de recomendaciones” sobre situaciones actuales y de futuro, de manera que se evite la improvisación, siempre indeseable. Este es un espacio en el que los Colegios profesionales y las Asociaciones de pacientes deben jugar un gran papel.

DISCUSIÓN FINAL

El fallecimiento de enfermos de COVID ya haya sido en residencias, domicilios, u hospitales se ha caracterizado por la falta de acompañamiento, a pesar de los esfuerzos del personal sanitario que debía dedicarse a otros actos asistenciales urgentes. Y esto será difícil de cambiar, a pesar de todo lo aprendido. Se tendría que disponer de EPIs en grandes cantidades (para protegerse del contagio que supone la proximidad), y así poder proporcionar, a la propia familia, esos momentos de despedida; no obstante, no en todos los casos se podría prever esto con la suficiente antelación. Decía la hija del señor Vieira Montero, presidente del Banco de Santander en Portugal “*Somos una familia millonaria, pero mi papá murió sólo y sofocado, buscando algo que es gratis, el aire. El dinero se quedó en casa*”. Otro testimonio directo, en redes sociales, es el del político italiano Mario Sberna, atendido en la lavandería del hospital habilitada como sala de hospitalización “*Me he salvado gracias al oxígeno que le quitaron a un hombre de 84 años*”; esto dicho así nos suena a evidente discriminación por edad; sin embargo, queremos pensar, que la decisión médica se tomaría atendiendo a la irreversibilidad cierta del estado clínico del paciente anciano y a las mayores probabilidades de respuesta del señor Sberna.

En un documento difundido como “comunicado” y muy difundido en redes sociales, dice el doctor José A. García Navarro, presidente de la Sociedad española de Geriatria y Gerontología (21): la primera persona mayor fallecida por COVID en Madrid, fue una mujer de 99 años, que procedente de residencia, estuvo ingresada en el Servicio de Geriatria del Hospital Gregorio Marañón, esto nos indica que el ingreso hospitalario, e incluso en UCI, no garantizaba la sobrevivencia de los enfermos. La misma fuente nos dice que en Madrid, entre el 1 de marzo y el 5 de junio, se ingresaron en hospitales 10.300 enfermos procedentes de residencias. Una media de 106/día y un pico de 206 el día 6 de abril. En el Hospital de La Paz, entre el 25 de febrero y el 19 de abril, el 32% (709 pacientes) provenían de residencias. Con estos datos, no se puede decir que no se hayan derivado pacientes mayores desde residencias a hospitales, durante la pandemia.

De estas situaciones, se están derivando las siguientes PROPUESTAS: Es necesaria una formación geriátrica básica de los médicos y sanitarios, ya que la envejecida sociedad española dará lugar a que, cada vez, más personas mayores necesiten cuidados y asistencia de las diversas especialidades médicas. Será necesaria la ampliación de plantillas de geriatras y enfermeras especializadas con más presencia de los mismos y de la Atención Primaria en las residencias y centros

socio-sanitarios. Se deben regular las plantillas de personal asistencial en residencias con criterios más exigentes y habrá que replantearse el modelo actual de residencias y atención sociosanitaria.

SITUACIÓN ACTUAL

La reflexión más inmediata es que hemos de aceptar que todos hemos sufrido y perdido en esta pandemia:

- Las personas no infectadas, hemos experimentado las consecuencias del “confinamiento” y el recorte de derechos fundamentales como la libertad de deambular, desplazarnos, uso de vehículos, aislamiento de familiares, soledad, sentimientos de tristeza, ansiedad, muchos mayores han perdido habilidades y han retrocedido en su autonomía, etc.;
- Los pacientes con diagnósticos diversos graves (oncológicos, degenerativos, etc.), los enfermos crónicos, los pendientes de cirugías, las revisiones y controles programados, las pruebas diagnósticas y otras terapias... han sido suspendidas, retrasadas o modificadas, por la organización de Centros de salud y hospitales, y muchos no han acudido a los servicios de urgencias, ante síntomas, por los que en otra situación sí habrían solicitado asistencia (infartos, ictus, etc.). La Telemedicina ha irrumpido en la asistencia sanitaria con consultas telefónicas, informes y citas por correo ordinario, etc.; todo lo cual va en detrimento de la relación médico-paciente presencial y directa;
- Consecuencias en los sanitarios, algunos atendidos en su propio hospital y por sus compañeros y, a pesar de haberse hecho todo lo posible, han fallecido, lo que confirma que la asistencia hospitalaria y los recursos más extraordinarios no eran garantía de supervivencia. El sufrimiento y la tensión emocional de todos los que han estado junto a los enfermos, tomando decisiones rápidas, urgentes y a veces improvisadas han sido importantísimos y están ahora en fase de “recuperación psicológica y emocional”...;
- Las consecuencias económicas en trabajadores por cuenta ajena, autónomos, empresarios, industria;
- Las consecuencias en los enfermos que han sobrevivido, pero con secuelas diversas (neurológicas, respiratorias, cardiovasculares, osteomusculares, dermatológicas...) y que van a necesitar de tratamientos en el futuro inmediato y a medio y largo plazo.

No cabe duda de que la pérdida principal han sido las personas fallecidas, junto al sufrimiento de sus familias; éstas los han llorado, pero NO los han acompañado, NO se han despedido, NO han sido consolados, NO ha habido funeral, NI entierro. Estas familias están desconsoladas, irritadas y con actitudes de reproche, quejas y reclamaciones, incluso ante los tribunales. En las comunidades autónomas y, en concreto, a nivel nacional, a finales de mayo de 2020, se habían abierto 160 diligencias penales, 211 civiles y al menos 17 causas judiciales, cifras que siguen creciendo semana a semana.

Sin embargo, desde nuestras consideraciones, entendemos que ahora es el tiempo de hacer el gran esfuerzo de la aceptación, la comprensión y la

generosidad. A los sanitarios se les ha tratado como a héroes, con canciones, aplausos diarios, reconocimientos múltiples. No es razonable que ahora pasen de héroes a villanos. El principal culpable ha sido el virus denominado SARS-CoV-2. Quizá se dispuso de información importante y fundamental para que los responsables políticos hubieran previsto necesidades de medidas de confinamiento más precoces, de recursos respecto a espacios, a material sanitario básico, de equipos de protección, de pruebas diagnósticas masivas, de material asistencial (respiradores, tratamientos farmacológicos...), así como de mayor armonía para una mejor gestión autonómica y nacional, lo que habría proporcionado mejor información, que bien transmitida a los ciudadanos les habría dado mayor seguridad y confianza para sobrellevar este desastre. Pero el momento de analizar todo ello está por llegar y todos tendremos responsabilidad en aprovecharlo como una situación de progreso real y objetivo.

BIBLIOGRAFÍA

- García Monlleó J. Lecciones de la crisis para cuidar mejor a los mayores. <https://andaluciainformacion.es/provincia-de-cadiz/896152/lecciones-de-la-crisis-para-cuidar-mejor-a-los-mayores/>
- Ribera Casado JM. Covid-19 y el tema de las residencias: algunas reflexiones: Sesión ordinaria de la Real Academia Nacional de Medicina el día 9 de junio de 2020. <https://www.ranm.tv/index.php/video/1271/covid-19-y-el-tema-de-las-residencias-algunas-reflexiones/>
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.
- Callejas Rubio JL, Luna del Castillo JD, De la Hera Fernández J, Guirao Arrabal E, Colmenero Ruiz M, Ortego Centeno N. Eficacia de los pulsos de corticoides en pacientes con síndrome de liberación de citocinas inducido por infección por SARS-CoV-2. *Med Clin (Barc)* 2020; S0025-7753(20): 30283-30289. doi:10.1016/j.medcli.2020.04.018
- Hewitt J, Carter B, Vilches-Moraga A et al. On behalf of the COPE study collaborators: the effect of frailty on survival in patients with COVID-19(COPE): a multicentre, European, observational cohort study. *Lancet Public Health* 2020. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667\(20\)30146-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667(20)30146-8.pdf)
- Castellano Arroyo M, Sánchez Castellano C. ¿La asistencia sanitaria a los mayores, en situación de crisis, también una cuestión ético-deontológica? <http://www.medicosypacientes.com/opinion/dra-castellano-y-dra-sanchez-castellano-la-asistencia-sanitaria-los-mayores-en-situacion-de>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de ética y deontología médica. Guía de ética médica. Madrid: CGCM, 2011.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (OMC), Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía para la sedación paliativa. Madrid: CGCM, 2012.

9. Comunicado sociedades médicas. 19 de junio 2020. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Comunicado-conjunto-10-SS.CC.pdf>
10. **Ley 31/1995, de 8 de noviembre**, de Prevención de Riesgos Laborales. (BOE núm. 269, de 10/11/1995).
11. Protocolo para solicitar la contingencia de Enfermedad Profesional en el personal sanitario contagiado por COVID-19. Comisión de Deontología y Ética del Consejo Andaluz de Colegios Médicos. <http://www.medicosypacientes.com/opinion/dr-angel-hernandez-gil-protocolo-para-solicitar-enfermedad-profesional-en-personal-sanitarioMédicos y pacientes.com>
12. Sentencia del Juzgado de lo Social de Teruel de 4 de junio de 2020, por la que se condena al Servicio Aragonés de Salud por no proporcionar EPIs a los trabajadores sanitarios ante la pandemia por COVID-19. <https://www.elmundo.es/espana/2020/06/04/5ed8c0e521efa0191c8b4764.html>
13. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales Sis San Navarra*. 2010; 33(Supl 1): 55-68.
14. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press, 2013.
15. Orden del Ministerio de Sanidad 272/2020, de 21 de marzo de medidas excepcionales para expedir licencia de enterramiento y destino final de los cadáveres en situación de crisis sanitaria por COVID-19.
16. Comunidad de Madrid. Consejería de Salud y de Asuntos sociales. <https://www.lainformacion.com/asuntos-sociales>
17. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos. https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf
18. 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 del coronavirus. <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>
19. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Informe de la Comisión Central de Deontología en relación a la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria. https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/coronavirus-_n.p._comision_central_de_deontologia_en_relacion_a_la_priorizacion_de_las_decisiones_sobre_los_enfermos_23_03_20.pdf
20. Martín-Fumadó C, Gómez-Durán EL, Morlans Molina M. Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia de la COVID-19. *Rev Esp Med Legal* 2020; 46(3): 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.004>
21. García Navarro JA. Comunicado del Presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, sobre la asistencia a los mayores durante la pandemia por COVID-19. <https://www.segg.es/media/descargas/Carta-geriatria-residencias-Madrid.pdf>

DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

Castellano-Arroyo M.

La calidad asistencial a los mayores

ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España;

An RANM · Año 2020 · número 137 (02) · páginas 227 – 233

DOI: 10.32440/ar.2020.137.02.rev17
