

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y RESPONSABILIDAD JURÍDICA POR COVID 19

**María Cruz
Martín Delgado**

Médico Intensivista. Doctor en Medicina. Jefe del Servicio de Medicina Intensiva Hospital Universitario de Torrejón. Universidad Francisco de Vitoria

SUMARIO

I. Introducción. II. Impacto del COVID 19 en el enfermo crítico y los Servicios de Medicina Intensiva. III. Triage. IV. Impacto en los resultados asistenciales. V. Impacto en los profesionales. VI. Impacto en la humanización de los cuidados. VII. Referencias Bibliográficas.

RESUMEN

La atención a los pacientes críticos con neumonía por COVID-19 durante la pandemia ha sido el reto más importante afrontado por la Medicina Intensiva en toda su historia.

PALABRAS CLAVE

COVID-19, SARS CoV-2, Unidades de Cuidados Intensivos, medicina intensiva.

ABSTRACT

The management of critical patients with COVID-19 pneumonia during the pandemic has been the greatest challenge faced by Intensive Care Medicine in all its history.

KEYWORDS

COVID-19, SARS CoV-2, Intensive Care Unit, critical care.

I. INTRODUCCIÓN

La aparición del brote de un nuevo virus de la familia *Coronaviridae*, denominado SARS-CoV-2 detectada por primera vez en diciembre de 2019 en Wuhan (China), ha llevado a la definición de una nueva enfermedad, conocida como COVID-19.¹ El 11 de marzo de 2020, con 114 países afectados, con más de 118.000 casos y más de 4.000 muertes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el estado de pandemia.² Esta pandemia ha puesto en jaque al sistema sanitario a nivel mundial, con consecuencias catastróficas no solo sobre la salud de la población con un número de muertes hasta hace unos meses impensable, sino con además consecuencias sociales y económicas cuyo impacto real todavía es incalculable. A fecha de 12 de diciembre de 2022 ya se habían infectado más de 270 millones de personas y habían fallecido más de 5.300 millones de pacientes en prácticamente todos los países del mundo. En el momento actual, a pesar de que la vacunación ha demostrado ser efectiva reduciendo

la tasa de hospitalización y la mortalidad de la enfermedad³, y se ha mejorado la evidencia de los fármacos que pueden mejorar el pronóstico de la COVID-19⁴, todavía no ha sido posible vencer esta pandemia.

Son muchos los aspectos que podrían abordarse desde el punto de vista sanitario de esta situación que supone una verdadera crisis de una magnitud sin precedentes. En las siguientes líneas se intenta reflexionar sobre algunos de los aspectos que desde el ámbito asistencial relacionado con el enfermo crítico han supuesto y seguirán en el futuro próximo siendo un verdadero reto tanto para la administración, como para los gestores y los profesionales sanitarios.

II. IMPACTO DEL COVID 19 EN EL ENFERMO CRÍTICO Y LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA

Durante estos largos meses, y especialmente durante la primera ola de la pandemia los recursos sanitarios se han visto saturados, con demandas asistenciales por encima de los recursos disponibles, y especialmente escasez de equipamientos de protección individual (EPI). Hemos enfrentado una nueva enfermedad en un ámbito de incertidumbre que ha obligado a los profesionales sanitarios a actuar en el ámbito asistencial a la vez que se elaboraban protocolos y guías de actuación, intentando generar evidencia científica para mejorar los resultados. Se han puesto en marcha planes de contingencia y desescalada dinámicos intentando adaptarse a la realidad de lo que ocurría en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).^{5,6} Muchos profesionales han tenido que cambiar sus roles colaborando en equipos de trabajo no habituales y no siempre con las competencias específicas para ello, con miedo a enfermar o contagiar a sus familias. Por primera vez muchos profesionales se han enfrentado a toma de decisiones éticas muy difíciles y muchas políticas de humanización de los cuidados se han visto socavadas durante la pandemia con repercusiones negativas para los pacientes, familias, profesionales y para toda la sociedad.

La infección por SARS-CoV-2 en sus formas más graves, se presenta como un cuadro de neumonía con insuficiencia respiratoria aguda que puede evolucionar a un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), requiriendo en una proporción elevada de pacientes el inicio de ventilación mecánica (VM) y su ingreso en una UCI. Los datos disponibles muestran que un 20% de los pacientes con neumonía por COVID-19 hospitalizados requieren

ingreso en las UCI, con estancias prolongadas, con necesidad en muchos casos de soporte ventilatorio y de otros órganos y una mortalidad muy variable según las series pero que podría situarse en el 35%.^{7,8,9,10}

El conocimiento progresivo de esta enfermedad ha mostrado que la respuesta inflamatoria tras la fase viral puede afectar diferentes órganos y sistemas, con manifestaciones agudas o progresión a disfunción multiorgánica, especialmente a partir de procesos de coagulación intravascular diseminada. Se ha descrito especialmente fenómenos tromboticos, y afectación cardiaca, hepática, renal y neurológica entre otras.¹¹

La primera consideración haría referencia a los recursos de intensivos disponibles para atender a los pacientes más graves de esta enfermedad. Estos recursos constituyen el último eslabón de la cadena asistencial en un entorno altamente especializado y tecnificado que ofrece el soporte de diferentes órganos y sistemas a pacientes en situación de riesgo vital. La World Federation of Intensive and Critical Care establece que una UCI es más que un área geográfica o espacio físico con los equipos necesarios para la monitorización y soporte orgánico de los pacientes más graves, sino que además requiere equipos de profesionales altamente cualificados para atender a estos pacientes.¹²

Experiencias como la pandemia por gripe H1N1 en el año 2009 que llevó a la muerte de más de 300.000 personas ya determinaron la necesidad de disponer de planes de contingencia que permitieran planificar y anticipar una respuesta en situaciones de crisis.¹³ Ante la situación actual, estos planes de contingencia más teóricos que reales han tenido que implantarse y adaptarse de forma abrupta y mantenida en el tiempo.¹⁴

Los recursos de intensivos han tenido que extenderse a medida que avanzaba la pandemia tanto a nivel de estructura, profesionales y equipamientos para dar respuesta a una demanda inusual y muy por encima de los recursos disponibles en condiciones basales. Existe una amplia variabilidad de camas de intensivos a nivel mundial con cifras que oscilan entre las 33 camas por 100.000 habitantes en países como Alemania a países con menos de 1 cama por 100.00 habitantes en países en vías de desarrollo.¹⁵ En determinadas áreas geográficas estas necesidades se han visto incrementadas por encima del 200%, lo que ha llevado a la saturación del sistema hasta alcanzar en algunos momentos situaciones que podrían englobarse en el concepto de medicina de catástrofe. La disponibilidad de este recurso asistencial se ha relacionado con una mayor mortalidad

en áreas con menos recursos.^{16,17} En estas circunstancias puede verse comprometida la calidad asistencial, obligando a estrategias de gestión con políticas restrictivas sobre el uso de recursos, a sustituir (expansión de camas de UCI fuera de espacios habituales), adaptar (utilización de equipos de ventilación mecánica de quirófano o transporte frente a los ventiladores de UCI, incorporación de profesionales de otras áreas asistenciales) e incluso re-utilizar (equipos de protección individual, equipamientos) y reubicar dichos recursos.¹⁸ Una respuesta adecuada exige una distribución equitativa y apropiada de estos recursos con un mando único que englobe la medicina pública y privada, contemplando la movilización de dichos recursos a nivel local, nacional e incluso internacional.¹⁹

III. TRIAJE

Esta premisa de asegurar la máxima expansión de los recursos disponibles es esencial en el caso de que se tengan que utilizar herramientas como es el triaje. Habitados a la toma de decisiones clínicas a nivel individual, el triaje busca maximizar el beneficio del mayor número de pacientes que puedan requerir un determinado recurso limitado, priorizando su uso en aquellos pacientes con mayor posibilidad de supervivencia.²⁰ Estas complicadas decisiones deben considerarse siempre en base a los principios de justicia, equidad, proporcionalidad y transparencia, asegurando el deber de cuidar y de acompañar a todos los pacientes. Muchas Sociedades Científicas, asociaciones médicas e instituciones, han elaborado o adaptado guías de triaje con el objetivo de establecer criterios objetivos y transparentes y reducir el impacto emocional de la toma de decisiones en los profesionales.^{21,22} Aunque muchas comparten principios éticos y criterios de distribución de recursos, el análisis de estas guías lleva a inconsistencias, tensión y vaguedad en algunos aspectos como la edad como factor pronóstico, la prioridad de determinadas poblaciones o los criterios a utilizar como “desempate” a la hora de escoger entre pacientes en las mismas condiciones. La mayoría establecen criterios adaptados a la fase de pandemia y distribución de recursos. La mayoría de los protocolos y herramientas no han sido validados o no son lo suficientemente fiables para predecir la mortalidad.²³

El triaje constituye el procedimiento mediante el cual se distribuyen los recursos mediante la priorización de determinados criterios en un contexto de racionamiento: orden de llegada, urgencia, gravedad, eficiencia, preferencia, lotería, etc. Aunque el criterio de orden de llegada²⁴ utilizado en la práctica habitual, ha sido utilizado y apoyado en algunas

recomendaciones, no se considera el más apropiado por muchas de las guías clínicas e incluso por la propia sociedad.²⁵ Se ha propuesto, como mecanismo justo, la asignación aleatoria de recursos (lotería) ante pacientes con las mismas posibilidades,²⁶ aunque se considera que el juicio clínico junto a escalas objetivas pueda ser más adecuado.

La mayoría de recomendaciones establecen criterios médicos y escalas que, de forma objetiva, aunque en contexto de incertidumbre, pueden ayudar a la toma de decisiones en la priorización de recursos estableciendo el riesgo de muerte o posibilidad de supervivencia a corto y largo plazo: edad, comorbilidad, fragilidad, gravedad del episodio agudo. La edad se ha incluido como criterio de priorización en algunas recomendaciones^{27,28} aunque la mayoría no la considerarían como criterio aislado sino junto a la comorbilidad y el pronóstico de la enfermedad.

La escasez de recursos puede influir en la toma de decisiones relacionadas con la adecuación de tratamiento de soporte vital en pacientes ya ingresados. Debe revalorarse de forma periódica el beneficio de las medidas instauradas, decidiéndose de forma consensuada.

Algunos recursos pueden ser especialmente limitados en situaciones de pandemia, como las técnicas de soporte vital extracorpóreo con dificultad a su acceso y coste de oportunidad. Se han establecido criterios específicos más restrictivos para el uso de estos procedimientos adaptados al contexto de la pandemia.²⁹

La activación e implementación de sistemas de triaje pueden llevar a responsabilidad profesional, por lo que muchas recomendaciones establecen la necesidad no sólo de un marco ético apropiado sino también legal, que proteja a los profesionales e instituciones de posibles demandas. Las decisiones de triaje deben quedar adecuadamente documentadas en la historia clínica.³⁰

El triaje debe adaptarse a las diferentes fases de la pandemia, especificando niveles en función de los recursos existentes y adaptados a los planes de contingencia. El triaje constituye un elemento de estrés físico y emocional para los profesionales pudiendo general sufrimiento moral. La mayoría de recomendaciones establecen la necesidad de dar soporte psicológico a los profesionales y facilitar procedimientos como la creación de equipos de triaje o la toma de decisiones por profesionales expertos no directamente implicados en la práctica clínica. La formación en bioética, la comunicación y el *debriefing* pueden reducir la respuesta emocional e impacto en los profesionales.

El consenso social debe promover la toma de decisiones en base a diferentes herramientas que permitan establecer decisiones objetivas y consensuadas y reduzcan el estrés moral de los profesionales implicados y el potencial riesgo de demandas.

No debemos olvidar el impacto que la pandemia ha supuesto para la atención habitual de otras enfermedades que se ha visto limitada por la saturación del sistema sanitario, como por ejemplo la suspensión de cirugía oncológica preferente³¹, la atención de pacientes cardiológicos agudos³² o la donación y trasplante de órganos³³. Ello obliga a establecer estrategias que aseguren en futuros escenarios, recursos específicos especialmente para aquellos procesos tiempo-dependientes.

La anticipación y preparación ante estas situaciones de crisis es esencial para ofrecer una respuesta adecuada, conociendo los recursos disponibles, utilizando herramientas predictivas sobre escenarios posibles e indicadores o triggers que alerten de cuando determinados recursos van a agotarse y permitan de forma anticipada extender los recursos sin llegar a impactar en la calidad asistencial.

IV. IMPACTO EN LOS RESULTADOS ASISTENCIALES

Durante estos meses y en relación con la Seguridad del paciente se han visto comprometidos los estándares de calidad en muchas UCI con impacto en los resultados asistenciales. Se han incrementado de forma significativa las infecciones asociadas a la atención sanitaria, especialmente relacionadas con el uso de dispositivos como las neumonías asociadas a ventilación mecánica, las bacteriemias asociadas a catéter y las infecciones asociadas a la sonda urinaria.^{34,35} Del mismo modo se han incrementado el número de microorganismos multiresistentes en las UCI. Ello ha llevado a modificar los protocolos de actuación relacionados con los proyectos zero y a establecer acciones específicas para reducir el número de estos eventos adversos que se relacionan con una mayor morbilidad y mortalidad en los pacientes más graves.³⁶

La situación actual de pandemia por COVID-19 a nivel mundial hace prever un número importante de pacientes con secuelas englobadas en el síndrome post-UCI (PICS).

El PICS se ha reconocido como una entidad clínica que presentan un número importante de enfermos críticos (30-50%), caracterizado por secuelas físicas (principalmente respiratorias y neuromusculares),

cognitivas (alteraciones de la memoria y de la atención) y psíquicas (depresión, ansiedad, estrés y/o síndrome de estrés postraumático) al alta de UCI, persisten a largo plazo e impactan de forma negativa en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.³⁷

Actualmente existen estrategias multimodales y multiprofesionales que han demostrado reducir la aparición del PICS mejorando los resultados funcionales, la calidad de vida de estos pacientes, y los costes relacionados con su atención.³⁸ Muchas de estas estrategias se han visto limitadas especialmente en los momentos con mayor sobrecarga asistencial observándose una reducción en la adherencia de estas prácticas seguras.³⁹

Las primeras series de seguimiento de pacientes COVID-19 muestran alteraciones funcionales en la capacidad funcional pulmonar y alteraciones radiológicas compatibles con fibrosis pulmonar.⁴⁰

Además, estos pacientes requieren estrategias ventilatorias que obligan en las fases iniciales a sedación-analgesia profunda e incluso relajación, ventilación protectora, maniobras de reclutamiento y pronó. Todo ello conlleva que muchos pacientes vayan a permanecer en VM prolongada con alto riesgo de desarrollar debilidad muscular adquirida en UCI lo que dificulta la desconexión de la VM. El uso de fármacos específicos antivirales puede interactuar con sedantes y analgésicos prolongando sus efectos. La aparición de agitación y delirium, frecuente en este tipo de pacientes, puede también influir en la retirada de VM e incrementar las estancias, la morbilidad y mortalidad de estos pacientes. Diferentes estudios han mostrado una tasa muy elevada de delirium en los pacientes críticos COVID 19, relacionándose con factores evitables como el uso de benzodiazepinas o las políticas restrictivas de visitas a los familiares.⁴¹

La movilización precoz del enfermo crítico es una recomendación establecida por las guías de práctica clínica de las Sociedades Científicas internacionales para mejorar los resultados y evitar las secuelas de los enfermos que sobreviven al alta de UCI. Diferentes estudios han demostrado la factibilidad de esta estrategia y su impacto en los resultados y la seguridad para llevarlas a cabo.⁴²

Las alteraciones cognitivas afectan a la función ejecutiva, la memoria y la atención. El deterioro cognitivo es frecuente en los pacientes críticos con SDRA y fallo multiorgánico a medio y largo plazo. El delirium constituye un factor de riesgo independiente para su desarrollo. La rehabilitación cognitiva de estos pacientes constituye un elemento relevante para evitar secuelas a largo plazo.⁴³

Las alteraciones psiquiátricas se han descrito con frecuencia en los supervivientes de la enfermedad crítica tales como la ansiedad (34%), la depresión (29%) y el síndrome de estrés postraumático (22%) persistiendo a largo plazo.⁴⁴ En el contexto de esta pandemia algunas características tales como la alta prevalencia de disnea, el aislamiento, la falta de comunicación y contacto con la familia y los altos niveles de estrés en la sociedad, pueden constituir un riesgo adicional para la aparición de estos cuadros tanto en pacientes como en sus familias.

Son necesarios planes de contingencia en los enfermos con COVID 19 que anticipen las necesidades de rehabilitación que permitan ofrecer los recursos necesarios para disminuir sus secuelas a medio y largo plazo, facilitando la transición de estos pacientes y su reintegración a la sociedad con la mejor calidad de vida posible. El seguimiento del paciente al alta de UCI y las consultas post-UCI con una visión multiprofesional constituyen la estrategia para reincorporar al paciente que sobrevive a la enfermedad aguda crítica a la sociedad, en las mejores condiciones tanto en el ámbito físico como mental.⁴⁵

Acostumbrados a establecer tratamientos basados en la evidencia científica, esta nueva enfermedad todavía desconocida ha llevado a la práctica de una medicina poco convencional cargada de incertidumbre y al uso de fármacos que se han ido incorporando como arsenal terapéutico con niveles muy bajos de evidencia y una alta variabilidad. El principio “hipocrático” “*primun non nocere*” nos obliga a que la generación de conocimiento científico vuelva a sus cauces habituales, a analizar los resultados y a generar evidencia científica que asegure los mejores resultados en los pacientes evitando los eventos adversos de algunos tratamientos.

V. IMPACTO EN LOS PROFESIONALES

Las características de una enfermedad con alto riesgo de contagio, ha obligado a recordar la importancia de algunas medidas como el lavado de manos y al uso de EPI, en muchas ocasiones escasos. La disponibilidad de estos recursos, su uso eficiente, así como la formación y el entrenamiento de los profesionales son imprescindibles para asegurar su efectividad. El alto número de profesionales contagiados en determinados entornos debe llevar a reflexionar sobre las medidas de protección necesarias y la detección precoz de portadores asintomáticos a través de técnicas validadas que eviten la propagación de la enfermedad.⁴⁶

Al menos 17.000 profesionales de la salud han fallecido por COVID-19 en el último año, según un nuevo estudio de Amnistía Internacional, Internacional de Servicios Públicos (ISP) y UNI Global Union. Un estudio de la Organización Mundial de la Salud analiza estos datos en diferentes países, recomendando la necesidad de disponer de estos datos y hacerlos públicos.⁴⁷ Datos en Estados Unidos muestran la relación entre la mortalidad de los profesionales sanitarios y una inadecuada disponibilidad de equipos de protección individual, el ser enfermera y el ámbito sociosanitario.

Los profesionales sanitarios se han visto sometidos no solo a un estrés físico (elevadas cargas de trabajo en pacientes muy graves, adaptación de los turnos laborales) sino también psicológico (miedo al propio contagio y de sus familias, necesidad de asumir responsabilidades para las que no estaban entrenados, toma de decisiones difíciles y en contextos poco habituales, soledad y aislamiento de los pacientes y dificultad para ofrecer los mejores cuidados). Todo ello hace prever consecuencias a medio y largo plazo sobre los profesionales tales como depresión, ansiedad, sufrimiento moral, fatiga por compasión, desgaste profesional, abandono de la profesión o incluso suicidio. Un estudio reciente a nivel internacional muestra una prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y desgaste profesional del 46,5%, 30,2% y 51%, respectivamente, y varió significativamente entre las regiones con mayor afectación en las zonas con mayor incidencia de COVID-19.⁴⁸ Estos resultados se repiten en otros estudios en muchos países mostrando el impacto emocional tan importante para los profesionales de UCI.^{49,50}

Ello requiere estrategias preventivas y de soporte que reduzcan el impacto psicológico en los profesionales.⁵¹ Los informes sobre la seguridad del paciente y el profesional durante la epidemia SARS CoV-2 en España realizados por la Fundación FIDISP muestran que los profesionales manifiestan, en un elevado porcentaje de respuestas, signos de repercusión psicológica, estrés y dificultades para mantener y conciliar tanto la vida familiar como las relaciones interprofesionales. Un 40% de los encuestados refieren que creen que en algún momento precisarán apoyo psicológico y un porcentaje similar la toma de medicación que no tomaba previamente al inicio de la pandemia. Manifiestan tener más carga laboral que antes de iniciar la pandemia, si bien, en otras áreas de la encuesta, las respuestas marcan una mejora de los ratios profesionales. Todo ello hace pensar que existe un importante agotamiento psíquico y físico de los profesionales después de más de un año de pandemia. Por otro lado, los profesionales encuestados manifiestan no

disponer de una adecuada oferta de recursos de soporte psicológico y mental para ellos por parte de sus organizaciones sanitarias.⁵²

Los profesionales sanitarios se han considerado en algún momento héroes pero somos profesionales con altas expectativas y riesgos ocupacionales (acrónimo HERO). En las circunstancias actuales, una vez la pandemia haya cedido, es posible que existan reclamaciones y demandas legales. En el momento actual, la asistencia sanitaria se enfrenta a un escenario de praxis diferente al habitual y los profesionales actúan en el marco de una organización sanitaria condicionada por la crisis asistencial derivada de la pandemia y por nuevas regulaciones.⁵³ Se han llevado a cabo iniciativas como la de la Asociación Humanizando la Justicia en su manifiesto “Aplauso Jurídico”⁵⁴ expresando públicamente que se valore la posibilidad de excluir expresamente de sus reclamaciones a los sanitarios. Dicha exclusión no perjudica la viabilidad de la reclamación contra los responsables del hipotético perjuicio causado en su caso.

También la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva en un manifiesto público sobre el bienestar de los profesionales sanitarios en la pandemia por COVID 19⁵⁵, firmado por 25 Sociedades Científicas de Medicina Intensiva a nivel internacional afirma la necesidad de velar por el bienestar emocional de dichos profesionales y la existencia de sistemas que protejan de responsabilidad legal en caso de demandas teniendo en cuenta el contexto en el que se ha desarrollado la actividad asistencial durante la pandemia.

VI. IMPACTO EN LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

La humanización en las UCI cuyo objetivo es la atención centrada en la persona que en los últimos años había cambiado el paradigma de estas unidades ofreciendo la presencia y participación de las familias, fomentando el bienestar físico, emocional y psicológico de pacientes, familias y profesionales y promoviendo los cuidados al final de la vida se ha visto tambaleado ante esta enfermedad.⁵⁶ Pero por otro lado ha puesto en relevancia la importancia de preservar estas estrategias dirigidas a humanizar los cuidados al mostrar el brutal impacto no solo físico sino especialmente emocional que ha supuesto esta enfermedad para los pacientes, familias y profesionales sanitarios.

La respuesta a la pandemia de COVID-19 ha incluido restricciones drásticas de visitas al hospital

con el objetivo bien intencionado de distanciamiento social y de reducir el riesgo de contagio. Estas decisiones adoptadas de forma generalizada y en ocasiones con prohibiciones absolutas, podrían considerarse éticas en base a priorizar la protección de la salud pública pero es indudable que impiden ofrecer una atención humanizada centrada en la familia, especialmente en las situaciones más graves y al final de la vida. Una reflexión crítica ha llevado a posicionamientos alternativos en los que se da mayor relevancia a los derechos normativos reconocidos de los pacientes tales como el acompañamiento o el apoyo espiritual o religioso y cuestiona que esta limitación pueda ser de tal intensidad que se convierta *de facto* en una absoluta privación de estos derechos.⁵⁷

Las políticas restrictivas para evitar el contagio han llevado al aislamiento de los pacientes y las familias, en los momentos más difíciles. Los pacientes han permanecido separados de sus familias, incrementando no solo el miedo y la ansiedad ante una enfermedad grave que podía llevarlos a la muerte, sino la soledad y aislamiento durante muchos días de ingreso. Las familias han tenido que vivir con la incertidumbre de lo que ocurría en estas unidades mientras los medios de comunicación mostraban recursos saturados e insuficientes para atender a todos los pacientes graves. El proceso de comunicación y toma de decisiones se ha visto dificultado reduciendo hasta un límite insospechado hace unos meses, la comunicación directa con los profesionales. Otros aspectos relacionados con la atención de la familia ha sido la necesidad en ocasiones de trasladar pacientes a otros hospitales o áreas geográficas diferentes para optimizar la redistribución de recursos.⁵⁸ La dificultad en la comunicación de estas decisiones, las distancias y la limitación de viajar por controles epidémicos, han podido incrementar el sufrimiento y el trauma sufrido por estas familias. En estos casos se recomienda una comunicación previa con las familias, explicando claramente los motivos que llevan al traslado, del destino final del paciente y registrar en el informe clínico la persona de familiar de contacto que asegure la continuidad en la comunicación a su llegada a otro centro.

Finalmente, muchas familias no han podido acompañar a sus seres queridos al final de la vida e incluso han tenido dificultades para disponer de su cuerpo o tener la oportunidad de despedirse con los rituales habituales fuera de esta pandemia.⁵⁹ El final de la vida constituye un evento traumático para las familias de pacientes que fallecen en UCI, especialmente para aquellos que actúan como representantes en la toma de decisiones de pacientes incapaces. Si la presencia de la familia y la comunicación son esenciales durante la atención de los pacientes

críticos, esto se hace especialmente relevante en los cuidados al final de la vida. Existe evidencia de que los familiares que no pueden despedir a un ser querido van a presentar un mayor riesgo de duelo complicado.⁶⁰ Al final de la vida deben cubrirse las necesidades físicas, psíquicas, emocionales y espirituales de forma efectiva, comunicar de forma sensible la adecuación de los cuidados, alineando el tratamiento con las preferencias del paciente y sus familiares. El acompañamiento de la familia en estos momentos constituye un derecho del que no podemos privar a ninguna persona por lo que las políticas restrictivas deben flexibilizarse en la medida de lo posible, permitiendo que las familias puedan despedirse de los pacientes. Facilitar estas visitas requiere disponer de los EPI, entrenar a las familias y prepararlas, disponiendo de espacios adecuados que permitan la intimidad y la privacidad. En aquellas ocasiones en las que no sea posible la visita presencial o la familia no lo considere deben facilitarse alternativas que permitan el acompañamiento a distancia a través de teleconferencias, maximizando siempre las preferencias de las familias. La comunicación honesta puede ayudar a las familias a entender el proceso de la muerte y a gestionar procesos de duelo patológicos. Facilitar recursos de soporte emocional a los familiares a través de atención especializada de salud mental puede prevenir secuelas posteriores y mejorar el bienestar psicológico de las familias.⁶¹ Se han establecido recomendaciones y herramientas que pueden ayudar a reducir el duelo de las familias y profesionales sanitarios en estas circunstancias tales como la comunicación de calidad, la planificación de las voluntades anticipadas y el autocuidado de los profesionales.⁶²

Todo ello hace prever un impacto muy importante en la aparición de PICS de aquellos que han superado la enfermedad, pero también de sus familias, posiblemente aún mayor en las familias de pacientes fallecidos.⁶³

Si bien es verdad que esta pandemia ha puesto a prueba los sistemas sanitarios y a sus profesionales, también ha demostrado su responsabilidad e implicación, la importancia del trabajo en equipo y la capacidad de adaptación e innovación, buscando recursos alternativos a los habituales para ofrecer los mejores cuidados a nuestros pacientes. La respuesta de los profesionales sanitarios ha sido en general reconocida por la población y estos se han volcado en la atención de los pacientes y de sus familias buscando alternativas a los límites que ha puesto la propia pandemia, innovando y ofreciendo herramientas como la comunicación telemática en un intento de minimizar la distancia entre los pacientes y sus familias.⁶⁴

La reflexión profunda y objetiva de esta respuesta debería llevar al fortalecimiento de los sistemas de salud, que han mostrado constituyen el elemento más esencial de toda la sociedad.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Munster VJ, Koopmans M, van Doremalen N, van Riel D, de Wit E. A Novel Coronavirus Emerging in China - Key Questions for Impact Assessment. *N Engl J Med.* 2020;382(8):692–694. doi:10.1056/NEJMp2000929
- 2 World Health Organization Director-General's Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19—11 March 2020. Available online: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (accessed on 11 March 2020).
- 3 Ruiz-Galiana J, Cantón R, De Lucas Ramos P, et al. Vacunación anti-COVID-19: La realidad tras los ensayos clínicos [COVID-19 vaccination: the reality after clinical trials]. *Rev Esp Quimioter.* 2021;34(5):408-418. doi:10.37201/req/035.2021
- 4 Vidal-Cortés P, Santos ED, Alonso EA, et al. Recomendaciones para el manejo de los pacientes críticos con COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos [Recommendations for the management of critically ill patients with COVID-19 in Intensive Care Units] [published online ahead of print, 2021 Sep 16]. *Med Intensiva (Engl Ed).* 2021;10.1016/j.medin.2021.08.011. doi:10.1016/j.medin.2021.08.011
- 5 Rascado Sedes P, Ballesteros Sanz MA, Bodí Saera MA, et al. Contingency plan for the intensive care services for the COVID-19 pandemic. Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19. *Med Intensiva (Engl Ed).* 2020;44(6):363-370. doi:10.1016/j.medin.2020.03.006
- 6 Ballesteros Sanz MÁ, Hernández-Tejedor A, Estrella Á, et al. Recommendations of the Working Groups from the Spanish Society of Intensive and Critical Care Medicine and Coronary Units (SEMICYUC) for the management of adult critically ill patients in the coronavirus disease (COVID-19). Recomendaciones de «hacer» y «no hacer» en el tratamiento de los pacientes críticos ante la pandemia por coronavirus causante de COVID-19 de los Grupos de Trabajo de la

Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2020;44(6):371-388. doi:10.1016/j.medin.2020.04.001

- 7 Aziz S, Arabi YM, Alhazzani W, et al. Managing ICU surge during the COVID-19 crisis: rapid guidelines. *Intensive Care Med*. 2020;46(7):1303-1325. doi:10.1007/s00134-020-06092-5
- 8 Wu Z, Mc Googan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention [published online February 24, 2020]. *JAMA*. doi:10.1001/jama.2020. 2648
- 9 Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5
- 10 Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan. *JAMA*. 2020;323(11):1061-1069. doi:10.1001/jama.2020.1585
- 11 Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506.
- 12 Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, Fowler RA, Meyfroidt G, Nakagawa S, Pelosi P, Vincent JL, Vollman K, Zimmerman J (2017) What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of intensive and critical care medicine. *J Crit Care* 37:270-276
- 13 Kain T, Fowler R. Preparing intensive care for the next pandemic influenza. *Crit Care*. 2019;23(1):337. Published 2019 Oct 30. doi:10.1186/s13054-019-2616-1
- 14 Hick JL, Biddinger PD. Novel Coronavirus and Old Lessons - Preparing the Health System for the Pandemic. *N Engl J Med*. 2020;382(20):e55. doi:10.1056/NEJMp2005118
- 15 Sen-Crowe B, Sutherland M, McKenney M, Elkbuli A. A Closer Look Into Global Hospital Beds Capacity and Resource Shortages During the COVID-19 Pandemic. *J Surg Res*. 2021;260:56-63. doi:10.1016/j.jss.2020.11.062
- 16 Bauer J, Brüggmann D, Klingelhöfer D, et al. Access to intensive care in 14 European countries: a spatial analysis of intensive care need and capacity in the light of COVID-19. *Intensive Care Med*. 2020;46(11):2026-2034. doi:10.1007/s00134-020-06229-6
- 17 Wilcox ME, Harrison DA, Patel A, Rowan KM. Higher ICU Capacity Strain Is Associated With Increased Acute Mortality in Closed ICUs. *Crit Care Med*. 2020;48(5):709-716. doi:10.1097/CCM.0000000000004283
- 18 Toth AT, Tatem KS, Hosseinipour N, et al. Surge and Mortality in ICUs in New York City's Public Healthcare System. *Crit Care Med*. 2021;49(9):1439-1450. doi:10.1097/CCM.0000000000004972
- 19 Robert R, Kentish-Barnes N, Boyer A, Laurent A, Azoulay E, Reignier J. Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Ann Intensive Care*. 2020;10(1):84. Published 2020 Jun 17. doi:10.1186/s13613-020-00702-7
- 20 White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020;323(18):1773-1774. doi:10.1001/jama.2020.5046
- 21 Jöbges S, Vinay R, Luyckx VA, Biller-Andorno N. Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis. *Bioethics*. 2020;34(9):948-959. doi:10.1111/bioe.12805
- 22 Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. *Crit Care Med*. 2016;44(8):1553-1602. doi:10.1097/CCM.0000000000001856
- 23 Fiest KM, Krewulak KD, Plotnikoff KM, et al. Allocation of intensive care resources during an infectious disease outbreak: a rapid review to inform practice. *BMC Med*. 2020;18(1):404. Published 2020 Dec 18. doi:10.1186/s12916-020-01871-9
- 24 Kanter RK. Would triage predictors perform better than first-come, first-served in pandemic ventilator allocation?. *Chest*. 2015;147(1):102-108. doi:10.1378/chest.14-0564

- 25 Wilkinson D, Zohny H, Kappes A, Sinnott-Armstrong W, Savulescu J. Which factors should be included in triage? An online survey of the attitudes of the UK general public to pandemic triage dilemmas. *BMJ Open*. 2020;10(12):e045593. Published 2020 Dec 8. doi:10.1136/bmjopen-2020-045593
- 26 SCCM | Society of Critical Care Medicine Crisis Standard of Care Recommendations for Triaging Critical Reso [Internet]. Society of Critical Care Medicine (SCCM). [citado 8 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://sccm.org/COVID19RapidResources/Resources/Triaging-Critical-Resources>
- 27 Vergano M, Bertolini G, Giannini A, et al. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. *Crit Care*. 2020;24(1):165. Published 2020 Apr 22. doi:10.1186/s13054-020-02891-w
- 28 Rubio O, Estella A, Cabre L, et al. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos [Ethical recommendations for a difficult decision-making in intensive care units due to the exceptional situation of crisis by the COVID-19 pandemia: A rapid review & consensus of experts]. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2020;44(7):439-445. doi:10.1016/j.medint.2020.04.006
- 29 Ramanathan K, Antognini D, Combes A, et al. Planning and provision of ECMO services for severe ARDS during the COVID-19 pandemic and other outbreaks of emerging infectious diseases. *Lancet Respir Med*. 2020;8(5):518-526. doi:10.1016/S2213-2600(20)30121-1
- 30 Aziz S, Arabi YM, Alhazzani W, et al. Managing ICU surge during the COVID-19 crisis: rapid guidelines. *Intensive Care Med*. 2020;46(7):1303-1325. doi:10.1007/s00134-020-06092-5
- 31 de la Portilla de Juan F, Reyes Díaz ML, Rramallo Solía I. Impacto de la pandemia sobre la actividad quirúrgica en cáncer colorrectal en España. Resultados de una encuesta nacional [Impact of the pandemic on surgical activity in colorectal cancer in Spain. Results of a national survey] [published online ahead of print, 2020 Sep 1]. *Cir Esp*. 2020;10.1016/j.ciresp.2020.07.011. doi:10.1016/j.ciresp.2020.07.011
- 32 Kiss P, Carcel C, Hockham C, Peters SAE. The impact of the COVID-19 pandemic on the care and management of patients with acute cardiovascular disease: a systematic review. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 2021;7(1):18-27. doi:10.1093/ehjqcco/qcaa084
- 33 Kniepeiss D, Jantscher L, Al-Sharafy S, Sendlhofer G, Schemmer P. Framework for Solid-Organ Transplantation During COVID-19 Pandemic in Europe. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:2421-2433. Published 2021 Jun 4. doi:10.2147/RMHP.S286721
- 34 Kokkoris S, Papachatzakis I, Gavrielatou E, Ntaidou T, Ischaki E, Malachias S, et al. ICU-acquired bloodstream infections in critically ill patients with COVID-19. *J Hosp Infect*. enero de 2021;107:95-7.
- 35 Maes M, Higginson E, Pereira-Dias J, Curran MD, Parmar S, Khokhar F, et al. Ventilator-associated pneumonia in critically ill patients with COVID-19. *Crit Care*. 11 de enero de 2021;25(1):25.
- 36 Álvarez-Lerma F, Nuvials-Casals X, Fernández I, García R, Lozano FJ, Garnacho-Montero J, et al. Adaptación en la UCI de las recomendaciones de los Proyectos Zero durante la pandemia por SARS-CoV-2 [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ADAPTACION_EN_LA_UCI_DE_LAS_RECOMENDACIONES_DE_LOS_PROYECTOS_ZERO-COVID19-V1.pdf
- 37 Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med*. 2012;40:502-9.
- 38 Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, et al. Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults. *Crit Care Med*. 2019 Jan;47(1):3-14. doi: 10.1097/CCM.0000000000003482. PMID: 30339549; PMCID: PMC6298815.
- 39 Liu K, Nakamura K, Katsukawa H, et al. Implementation of the ABCDEF Bundle for Critically Ill ICU Patients During the COVID-19 Pandemic: A Multi-National 1-Day Point Prevalence Study. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:735860. Published 2021 Oct 28. doi:10.3389/fmed.2021.735860

- 40 Xie L, Liu Y, Xiao Y, Tian Q, Fan B, Zhao H, et al. Follow-up study on pulmonary function and lung radiographic changes in rehabilitating severe acute respiratory syndrome patients after discharge. *Chest*. 2005 Jun;127(6):2119-24. doi: 10.1378/chest.127.6.2119. PMID: 15947329; PMCID: PMC7094359.
- 41 Pun BT, Badenes R, Heras La Calle G, et al. Prevalence and risk factors for delirium in critically ill patients with COVID-19 (COVID-D): a multicentre cohort study [published correction appears in *Lancet Respir Med*. 2021 Jan 27;]. *Lancet Respir Med*. 2021;9(3):239-250. doi:10.1016/S2213-2600(20)30552-X
- 42 Zhang L, Hu W, Cai Z, Liu J, Wu J, Deng Y, et al. Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019 Oct 3;14(10):e0223185. doi: 10.1371/journal.pone.0223185. PMID: 31581205; PMCID: PMC6776357.
- 43 Wassenaar A, Rood P, Boelen D, Schoonhoven L, Pickkers P, van den Boogaard M. Feasibility of Cognitive Training in Critically Ill Patients: A Pilot Study. *Am J Crit Care*. 2018;27(2):124-135. doi:10.4037/ajcc2018467
- 44 Hatch R, Young D, Barber V, Griffiths J, Harrison DA, Watkinson P. Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study. *Crit Care*. 2018;22(1):310. Published 2018 Nov 23. doi:10.1186/s13054-018-2223-6
- 45 Extremera P, Añón JM, García de Lorenzo A. Are outpatient clinics justified in intensive care medicine?. ¿Están justificadas las consultas externas de medicina intensiva?. *Med Intensiva*. 2018;42(2):110-113. doi:10.1016/j.medint.2017.07.010
- 46 Forrest CB, Xu H, Thomas LE, et al. Impact of the Early Phase of the COVID-19 Pandemic on US Healthcare Workers: Results from the HERO Registry. *J Gen Intern Med*. 2021;36(5):1319-1326. doi:10.1007/s11606-020-06529-z
- 47 Erdem H, Lucey DR. Healthcare worker infections and deaths due to COVID-19: A survey from 37 nations and a call for WHO to post national data on their website. *Int J Infect Dis*. 2021;102:239-241. doi:10.1016/j.ijid.2020.10.064
- 48 Azoulay E, De Waele J, Ferrer R, et al. Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. *Ann Intensive Care*. 2020;10(1):110. Published 2020 Aug 8. doi:10.1186/s13613-020-00722-3
- 49 Jiménez-Giménez M, Sánchez-Escribano A, Figuero-Oltra MM, et al. Taking Care of Those Who Care: Attending Psychological Needs of Health Workers in a Hospital in Madrid (Spain) During the COVID-19 Pandemic. *Curr Psychiatry Rep*. 2021;23(7):44. Published 2021 Jun 19. doi:10.1007/s11920-021-01253-9
- 50 Laurent A, Fournier A, Lheureux F, et al. Mental health and stress among ICU healthcare professionals in France according to intensity of the COVID-19 epidemic. *Ann Intensive Care*. 2021;11(1):90. Published 2021 Jun 4. doi:10.1186/s13613-021-00880-y
- 51 Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020;323(21):2133-2134. doi:10.1001/jama.2020.5893
- 52 Informe segunda encuesta sobre la seguridad del paciente y del profesional durante la epidemia SARS-CoV-2-2 (COVID-19) en España. Proyecto SEGCOVID 2 <https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2021/06/PROYECTO-SEGCOVID-2-FIDISP-SHAM.pdf> [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2021].
- 53 Arimany-Manso J, Martín-Fumadó C. Médico-legal issues regarding from the COVID-19 pandemic. Aspectos médico-legales derivados de la pandemia de la COVID-19. *Med Clin (Barc)*. 2020;155(8):344-346. doi:10.1016/j.medcli.2020.06.010
- 54 <https://humanizandolajusticia.com/rueda-de-prensa-un-aplause-juridico-en-favor-del-personal-sanitario/> [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2021].
- 55 Manifiesto de la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva sobre el bienestar de los profesionales sanitarios en la pandemia por COVID 19 <https://fepimcti.org/wp-content/uploads/2021/02/MANIFIESTO-FEPIMCTI-22-Feb-21-1.pdf> [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2021].

- 56 Nin Vaeza N, Martín Delgado MC, Heras La Calle G. Humanizing Intensive Care: Toward a Human-Centered Care ICU Model. *Crit Care Med.* 2020;48(3):385-390. doi:10.1097/CCM.00000000000004191
- 57 Rogers S: Why can't I visit? The ethics of visitation restrictions—Lessons learned from SARS. *Crit Care* 2004; 8:300–302
- 58 Robert R, Kentish-Barnes N, Boyer A, Laurent A, Azoulay E, Reignier J. Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. Version 2. *Ann Intensive Care.* 2020 Jun 17;10(1):84. doi: 10.1186/s13613-020-00702-7. PMID: 32556826; PMCID: PMC7298921.
- 59 Wakam GK, Montgomery JR, Biesterveld BE, Brown CS. Not Dying Alone - Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med.* 2020;382(24):e88. doi:10.1056/NEJMp2007781
- 60 Kentish-Barnes N, Chaize M, Seegers V, et al. Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *Eur Respir J.* 2015;45(5):1341–52.
- 61 Montauk TR, Kuhl EA. COVID-related family separation and trauma in the intensive care unit. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* 2020 Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000839>
- 62 Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(1):e70-e76. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012
- 63 Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest.* 2010;137(2):280–7.
- 64 Azoulay E, Kentish-Barnes N. A 5-point strategy for improved connection with relatives of critically ill patients with COVID-19. *Lancet Respir Med.* 2020;8(6):e52. doi:10.1016/S2213-2600(20)30223-X