

Document conjunt del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital Clínic de Barcelona, Societat Catalana de Bioètica en Ciències de la Salut, Societat Catalanoblear de Medicina Interna, Comissió Deontològica del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, Societat Catalanoblear de Geriatria i Gerontologia, Càtedra Universitat de Barcelona Hospital Clínic de Cures Pal·liatives, Càtedra de Cures Pal·liatives de la UVic-UVV, Grup de Recerca en Cronicitat de la Catalunya Central, Societat Catalana de Neurologia i Observatori de Bioètica i Dret UB

Consideracions ètiques en relació a la solitud dels pacients derivada de la pandèmia SARS-CoV-2 a nivell hospitalari

Introducció

Un dels principals dilemes de la pandèmia per la SARS-CoV-2 ha tingut a veure d'ençà del seu inici amb les restriccions imposades a fi d'evitar la seva propagació. Al nostre entorn aquestes restriccions s'han estès des dels espais més públics fins als més privats i afectant als moviments, les reunions de persones i als contactes estrets. Tota l'activitat d'una societat s'ha vist, d'una o altra manera, limitada en el seu normal funcionament per mesures impensables fora d'aquestes circumstànciesⁱ.

Intentant limitar l'extensió dels contagis, l'activitat econòmica s'ha vist paralitzada, transformada i reinventada per la pandèmia donant així un respir al sector d'atenció a la salut que s'ha vist a prop del col·lapse en una primera onada als hospitals. L'afectació més notòria va ser a les unitats de cures intensivesⁱⁱ i per als malalts de més edat, els més vulnerables, amb unes xifres de mortalitat molt elevadesⁱⁱⁱ.

La coexistència de la SARS-CoV-2 amb l'atenció ordinària ha portat al sistema de salut a una pressió permanent. Als hospitals les mesures més visibles han estat l'obertura de nous espais per atendre la creixent demanda, l'aturada d'algunes activitats assistencials, la reprogramació de visites i proves diagnòstiques i una sèrie d'accions proposades davant la contingència pels corresponents comitès de crisi.

Una d'aquestes accions afecta als pacients d'igual manera que a la resta de la ciutadania, limitant els seus contactes, i de manera més marcada, en la modificació de visites de familiars als centres. Darrere rau la convicció que l'aïllament i la distància social són els principals instruments especialment útils per evitar els contagis. Els pacients han vist així limitades les visites de familiars i el temps d'aquests contactes.

Antecedents

Amb motiu de la segona onada de la SARS-CoV-2 el Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital Clínic va emetre unes recomanacions^{iv}. Un dels capítols s'adreçava a la solitud en què podien trobar-se les persones ingressades a l'hospital, totes elles, en l'actual situació de pandèmia. Es tracta dels pacients, però també dels convivents,

fills i altres familiars vinculats patint una doble angoixa: un familiar o amic hospitalitzat i un accés restringit.

Aquestes recomanacions de mínims advocaven per l'acompanyament a les persones ingressades de manera que les restriccions durant l'hospitalització no fossin una crisi afegida. L'objectiu és no perdre de vista l'humanització de l'assistència.

Es van considerar tres grups de pacients sensibles a l'aïllament :

1.- Pacients ancians

Per al pacient ancià, fràgil, l'hospitalització resulta una experiència traumàtica^v. La descompensació en la malaltia pot tenir resultats nocius on són presents la por a la mort, a la pèrdua de capacitats, fer-se dependent i a la pèrdua del control dels esdeveniments. La desorientació i l'ansietat són sovint presents com a conseqüència de la medicació o dels canvis d'ambient. El deteriorament cognitiu i els dèficits sensorials són una dificultat en la comunicació; i sovint l'interlocutor no és el propi ancià/na sinó el familiar-cuidador.

2.- Pacients en procés de final de vida

Pel pacient en procés de final de vida (malaltia crònica avançada, càncer), la dependència física i emocional és molt elevada. El pacient ha viscut les pèrdues successives i entén la seva condició. El patiment per la malaltia suposa també sovint patiment existencial i la necessitat d'acomiar-se en un clima que afavoreixi el contacte amb els familiars estimats i el procés de dol posterior. La qualitat de vida dóna ara pas a la qualitat en la mort^{vi}.

3.- Pacients amb problemes de salut mental o amb discapacitat

Les persones amb malaltia mental o altres discapacitats intel·lectuals són un grup especialment sensible a l'abús i l'estigma. La pròpia condició de la malaltia, o la manca de competència per prendre decisions, impedeix a vegades el seu consentiment i acaba en un ingrés involuntari. Per aquests pacients la inclusió i l'acompanyament de familiars, tutors, etc.^{vii} resulta cabdal.

Consideracions

- A banda de l'efecte protector que pretén la norma, les visites als pacients són d'un gran valor terapèutic, molt especialment en els ancians dependents, malalts amb problemes de salut mental o discapacitats intel·lectuals.
- Per al pacient al final de la vida l'acompanyament és tan necessari com sovint ho és per als seus sobrevivents, per això s'ha d'afavorir un clima que permeti l'acomiadament en la intimitat.

- Les visites als pacients a més d'evitar la sensació de separació i comunicació, els donen seguretat, mitiguen el dolor, contraresten la sensació d'abandonament i conforten.
- Les mesures restrictives han de considerar els impactes negatius de la solitud sobre les persones ingressades i els seus propers i els seus efectes fins i tot iatrogènics.
- De la mateixa manera que en l'àmbit públic s'ha anat flexibilitzant mesures preses en condicions més adverses, reconsiderant la intensitat i fugint d'una única recepta, en els espais de salut cal també assumir que no totes les circumstàncies que acompanyen les persones quan emmalalteixen són iguals.

Recomanacions

Cal avaluar de forma individual les necessitats d'acompanyament dels pacients, en especial, aquells més vulnerables, i les dels seus familiars. Recomanant, d'aquesta manera, que les visites de familiars es limitin a les imprescindibles des d'una visió sempre individualitzada i pactada amb l'equip assistencial.

És imperatiu fugir de receptes rígides quant a horaris i temps i personalitzar l'atenció. Per a molts pacients, l'acompanyament forma part essencial d'aquesta atenció.

Per tal que les decisions siguin el més objectives possibles, es modularan les restriccions en funció d'indicadors epidemiològics definits que reflecteixin la situació comunitària en cada moment (Annex 1).

Paral·lelament, caldrà fer una **crida enèrgica a la responsabilitat personal**, i d'aquesta manera recordar a les famílies que mantinguin estrictes normes de prevenció (avisar i no acudir si es té febre o simptomatologia sospitosa, mantenir les mesures de distanciament i protecció personal, respectar el període de confinament fins a l'alta mèdica si ha estat positiu, etc.) i plantejar, si fos possible, la realització de proves diagnòstiques ràpides (antígens) per facilitar el procés de visites pactades.

Per tal de no afegir més patiment a pacients i familiars l'organització ha de modular la norma i ajustar-se a les necessitats concretes d'aquells. La limitació d'un dret, el règim de visites ampli que recullen les Cartes de Drets dels Malalts^{viii}, ha de poder conjuguar-se amb excepcions sempre que sigui possible. De tot plegat cal donar les raons pertinents per a que els pacients i familiars puguin entendre les mesures adoptades.

Aquest document ha estat revisat conjuntament amb el Servei de Medicina Preventiva de l'Hospital Clínic.

ⁱ <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/c/coronavirus-2019-ncov/ciutadania/mesures-per-contenir-els-brots/mesures-per-contenir-els-brots-aplicables-a-tot-catalunya/>

ⁱⁱ Hospital Clínic. Comitè d'Ètica Assistencial. Document, "Adequació del tractament de suport vital en el període de pandèmia SARS-CoV-2". Mar.2020.

ⁱⁱⁱ <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMGZlMDUzZDgtOWQ3MS00YTZhLWJjZjctYTJkNTg2NTRhOWQ4IiwidCI6IjNiOTQyN2RjLWQzMGUtNDNiYy04YzA2LWZmNzI1MzY3NmZlYyIsImMiOiJh>

^{iv} Hospital Clínic. Comitè d'Ètica Assistencial. "Consideracions sobre diferents aspectes ètics assistencials en relació a la segona onada de la SARS-CoV-2". Oct. 2020.

^v Rojano I Luque, X., Sánchez Ferrín, P., Salvà, A., *Complicaciones de la hospitalización en personas mayores*. Med Clin 2016;146(12):550-554

^{vi} Hospital Clínic. Comitè d'Ètica Assistencial. Document, "Muerte hospitalaria previsible". Gen. 2017

^{vii} Bazydło, M., Giezek, M., Zabielska, P., et al., *Patient isolation in psychiatric healthcare*. World Neurosurg. 2020 Dec;144:e460-e465.

^{viii} https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/07/23_01.pdf

ANNEX 1

La situació epidemiològica comunitària que condicionarà la restricció de visites de familiars als pacients (no covid) de la sala es farà tenint en compte un dels indicadors recomanats pel Ministerio de Sanidad i que és la incidència acumulada de casos diagnosticats en els últims 14 dies.

En base a aquest indicador el Ministerio estableix cinc nivells de risc:

Indicador	Càlcul	Normalitat	Baix	Moderat	Alt	Molt Alt
Incidència acumulada de casos diagnosticats en 14 dies	Casos confirmats en 14 dies *100.000 / número d'habitants	< o igual 25	>25 i < o igual a 50	>50 i < o igual a 150	>150 o < o igual a 250	>250

Quan la situació epidemiològica es trobi a un nivell de risc moderat, alt i molt alt cal aplicar mesures restrictives en quan a visites (1 familiar, 1 hora al dia). Casos excepcionals (en especial en situació de final de vida) s'avaluarien individualment.

Quan la situació epidemiològica estigui amb un nivell de normalitat o baix, es podrien flexibilitzar les restriccions

