

COVID-19, UNA VISIÓN DESDE LA GERIATRÍA Y LA DEONTOLOGÍA

COVID-19, GERIATRIC VISION, AND DEONTOLOGY VISION

Javier García Monlleó¹; Juan Carlos Durán Alonso²

¹ Presidente de la Sociedad Andaluza de Geriátría. Presidente de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Granada. Académico de Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental.

² Médico especialista en Geriátría, Hospital San Juan Grande. Jerez. Vocal Geriátrico de la Sociedad Andaluza de Geriátría.

Recibido: 14/07/2021 | Revisado: 18/07/2021 | Aceptado: 30/07/2021

Actual Med. 2021; 106(814). Supl2: 22-26

Revisión

RESUMEN

La pandemia por Covid está afectando especialmente a las personas mayores, sobre todo a las que viven en residencias. Además de su elevada mortalidad, están sufriendo las consecuencias funcionales, mentales y emocionales del confinamiento y aislamiento.

La situación que estamos viviendo nos obliga a reflexionar en la gestión de las residencias, y ha demostrado la necesidad de una adecuada coordinación social y sanitaria, así como la importancia de la geriatría y de la valoración geriátrica integral en la toma de decisiones para los cuidados de los mayores. Desde el Código de Ética y Deontología Médica, se recogen principios en los que el médico debe estar al servicio de la vida humana, de su dignidad como persona y de sus cuidados, sin discriminación alguna, debiendo llegar a arriesgar su vida por los pacientes en situaciones de catástrofes o epidemias.

Éticamente debemos guiarnos por la proporcionalidad de los cuidados, mostrándonos en contra del edadismo, que discriminaría solo por criterios de edad.

Palabras clave:

Covid-19 en mayores;
Visión geriátrica;
Covid y deontología médica;
Covid y visión desde la ética.

ABSTRACT

The Covid pandemic is especially affecting older people, especially those who living in nursing homes. In addition to their high mortality, they are suffering the functional, mental and emotional consequences of confinement and isolation.

Our experience in the pandemic has demonstrated the need for adequate social and health coordination, as well as the importance of geriatrics, and comprehensive geriatric assessment in decision-making for the elderly care, and should make us to think on the management of nursing homes.

From the Code of Ethics and Medical Deontology, principles are included in which the doctor must be at the service of human life, of his dignity as a person and of his care, without any discrimination, having to risk his life for patients in situations of catastrophes or epidemics.

Ethically we must be guided by the proportionality of care, showing ourselves against ageism, which would discriminate only on the basis of age criteria.

Keywords:

Covid-19 in elderly;
Geriatric;
Geriatric vision;
Covid and medical deontology;
Covid and ethical vision.

COVID-19, VISION DESDE LA GERIATRÍA

Andalucía en particular y España como prácticamente el resto del mundo, está viviendo una situación excepcional y dramática ante la pandemia causada por el coronavirus. El brote de la enfermedad COVID-19 ha afectado a nuestras vidas de múltiples formas, pero en especial a las personas de edad más avanzada que ha sido especialmente agresiva. El Ministerio de Sanidad ha comunicado en su informe un total de 30.117

fallecimientos en residencias de mayores en España, desde el inicio de la pandemia en marzo de 2020 hasta el 28 de febrero de 2021, una vez completo el proceso de vacunación.¹ En Andalucía, según informe del Instituto de Cartografía,² se han confirmado 10.407 casos de Covid por pruebas diagnósticas en residencias, de los que han fallecido 2.084 mayores. Desde nuestra perspectiva, el virus que tanto ha castigado a este colectivo, nos ha obligado a mirar de frente a uno de los principales retos que tenemos como sociedad: una población envejecida.

Correspondencia

Javier García Monlleó

Presidente de la Sociedad Andaluza de Geriátría

E-mail: jgarciam70@gmail.com

Como dice el Prof. J.M. Ribera Casado, (*“Covid-19 y el tema de las residencias: algunas reflexiones” RANM 9-junio-2020*)³, no se trata ahora de culpabilizar a personas o instituciones por cómo se está gestionado la pandemia, sino más bien en hacer un análisis pormenorizado desde la Ética de la Sociedad, la Deontología de nuestra profesión médica y desde la importancia de la solidaridad para proteger a los más vulnerables. Como también dice nuestro colega Gabriel Heras en su testimonio desde la UCI de la crisis del coronavirus⁴ (*En primera línea*, ed. Península, junio 2020) *“ya llegará el momento de discutir reposadamente que falló en la gestión de esta pandemia y los responsables de tomar decisiones sanitarias no podrán obviar que estaban al corriente de lo que ocurría en nuestros hospitales e incluso les tocará reconocer que podrían haber avisado a tiempo”*.

Las residencias geriátricas han sido concebidas como una alternativa para la vivienda para las personas mayores que por decisión propia han tomado esa alternativa, bien por falta de apoyo social o por necesidad de cuidados. El tipo de residencias existentes es muy heterogéneo, la mayoría son de entidades privadas, concertadas con el sistema público que financia parte del coste. No todas cuentan con médico propio, y solo un pequeño porcentaje con médico especialista en Geriátrica. Deben estar preparadas para atender la patología crónica de los residentes, pero no para atender las necesidades agudas de salud generadas por la pandemia.

La pandemia por el Covid-19 ha puesto en evidencia determinadas actuaciones en su gestión por parte de las autoridades a nivel del Estado que han tenido las competencias asumidas, y en las relacionadas con la gestión de la atención en las residencias de personas mayores.

De lo ocurrido en las residencias de mayores y de personas con discapacidad, hemos aprendido que es fundamental una adecuada coordinación social y sanitaria para dar una respuesta rápida, coordinada y adecuada a las necesidades de los mayores institucionalizados. En Andalucía, la figura de la enfermera gestora de casos como coordinadora de los cuidados entre la residencia y el Centro de Salud ha sido fundamental en la detección y notificación de casos, así como en la instauración del plan de contingencia y sectorización. En otras Comunidades Autónomas donde la Geriátrica forma parte de la cartera de servicios, esa figura se ha visto reforzada con un médico especialista en Geriátrica, que ha actuado como referente para las residencias y ha sido el enlace con Atención Primaria y Atención hospitalaria especializada, un nuevo modelo de atención que debe venir para quedarse.⁵

A medida que la pandemia COVID-19 se intensificaba, los recursos médicos podían llegar a ser insuficientes. Es posible que obligara a tomar decisiones difíciles acerca de quién recibe tratamiento médico. Una política de triaje que utiliza un límite de edad superior, por ejemplo, para decidir quién recibe tratamiento médico

denegándosele a cualquier persona mayor de 80 años y, por lo tanto, negándole su derecho en condiciones de igualdad a acceder a los servicios de salud junto con cualquier otra persona menor de 80 años es discriminación directa por edad. Los protocolos de triaje para COVID-19 deben desarrollarse y basarse en la necesidad médica, la evidencia científica y los principios éticos, como la equidad y la proporcionalidad. Basar las decisiones en cualquier característica no médica, como la edad o el valor social asumido, no es ético y es discriminatorio. Desde la Sociedad Española de Geriátrica, se ha recalcado la importancia de considerar la edad biológica y la situación funcional basal del paciente, con sus enfermedades de base concretas, como el criterio fundamental para tomar decisiones, no debiéndose considerar la edad cronológica para tal fin. Desde la Geriátrica, el uso de la valoración geriátrica integral como herramienta de trabajo, donde se evalúa al mayor desde las diferentes esferas, no sólo clínica, sino también funcional, cognitiva, social o emocional, se obtiene una información mucho más completa y adecuada de las necesidades individuales de cada persona mayor, siendo la toma de decisiones más completa y coherente.⁶

Fue muy interesante la intervención del presidente del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM), ante la Subcomisión de Sanidad y Salud Pública de la Comisión Parlamentaria de Estudio para la Recuperación Económica y Social en Andalucía a causa de la Pandemia Covid-19: *“Es preciso implantar la especialidad de geriatría en nuestra comunidad. Es necesario y urgente, teniendo en cuenta la mayor esperanza de vida y el aumento continuo de pensionistas en nuestra comunidad, la creación de Unidades de Geriátrica en todos los distritos sanitarios, hospitales y centros de salud, para que se puedan desarrollar los adecuados cuidados socio-sanitarios, con atención especial a pacientes crónicos y paliativos. Esta medida podría aportar grandes conocimientos y soluciones para las personas mayores, población más vulnerable. Servirá, asimismo, para apoyar y disminuir la carga de los médicos de Atención Primaria, ofreciendo una atención de la mayor calidad a los pacientes geriátricos, al tiempo que proporcionará los cuidados socio-sanitarios que necesita una gran parte de la población adulta”*.⁷ Esta medida que, a petición nuestra, ya ha sido apoyada y solicitada a la Junta de Andalucía, por el Defensor del Pueblo, está además recogida en nuestro Estatuto de Autonomía y es un compromiso asumido públicamente por la Consejería de Salud.

CONSECUENCIAS DEL COVID EN LOS MAYORES

El covid no sólo ha provocado la infección, también ha tenido importantes repercusiones en las diferentes esferas: funcional, cognitiva y emocional de los mayores. El hecho del confinamiento, y del aislamiento en las residencias, cierre de centros de día y de centros de participación activa, necesario para evitar la

propagación de la enfermedad, pero muy perjudicial para los mayores, ya que les ha roto su rutina habitual, han tenido que dejar de relacionarse, dejado de salir y de mantener contactos sociales con amigos y familiares. Han aumentado las tasas de depresión de ansiedad y de insomnio. Han repercutido en una menor capacidad funcional, menor fuerza y menor velocidad de la marcha, y los que sufren deterioro cognitivo han sufrido un empeoramiento del mismo con aumento de prevalencia de síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia.^{8,9.}

Para paliar todas estas secuelas, han sido fundamentales los planes de humanización implantados en residencias, fomentándose un mayor contacto entre los profesionales de referencia y los mayores, aumentándose las llamadas y videollamadas a familiares, recurriendo para ello a las nuevas tecnologías, y manteniendo los planes individuales de atención y tratamiento, favoreciendo la psicoestimulación cognitiva, la rehabilitación funcional y el apoyo psicológico y emocional.^{10,11}

Un aspecto negativo de la vejez, que desgraciadamente se ha visto aumentada durante la pandemia es la soledad no deseada. Han sido muchos los mayores que no han podido salir del domicilio, y no disponen de familia o apoyos necesarios para su ayuda y atención. Esto ha fomentado la aparición de programas de voluntariado como los de la Fundación La Caixa o Cruz Roja, que han colaborado con la atención de mayores que estaban solos en casa.^{12,13}

ASPECTOS DEONTOLÓGICOS

La Deontología Médica es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta de la profesión médica. Su conocimiento debe ser básico para todos los profesionales que ejercen la medicina. Son normas de autorregulación que todos hemos aceptado y, por ello, el deber de acatarlo y cumplirlo está por encima de opiniones y visiones particulares. Desde la Organización Médica Colegial de España se promulgó su primer **Código de Ética y Deontología Médica (CDM)**¹⁴ en 1978 al amparo de la Constitución de 1976, que establece el reconocimiento y la necesidad deregular los colegios profesionales y el ejercicio de los profesionales titulados. Dicho Código fue actualizado en 1990 y 1999, estando aún vigente el de 2011, ya se está preparando una nueva edición que esperamos vea la luz muy pronto.

Entre sus principios generales destacamos unos puntos que nos van a venir muy bien para el análisis de esta pandemia que tanto ha afectado a las personas mayores y especialmente a los ingresados en residencias, están en sus artículos 5º y 6º del Capítulo II, donde se marcan las líneas universales de la Deontología Médica y de este Código. Aquí se recogen y definen aquellos rasgos y principios esenciales de la profesión médica, desde los principios más básicos del servicio al ser humano y a la

sociedad, unido al respeto y consideración hacia la vida y dignidad humana, hasta la necesaria responsabilidad del médico para la conservación y preservación del sistema sanitario como instrumento principal de la sociedad en la atención y promoción de la salud.

- La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico.
- El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna.
- El médico jamás perjudicará intencionadamente al paciente. Le atenderá con prudencia y competencia, evitando cualquier demora injustificada en su asistencia.

La medicina dota hoy al médico de una indudable influencia sobre la persona enferma y como tal más débil y necesitada. Es la exigencia deontológica la que hace que el médico renuncie a ser un dominador de sus semejantes y se establezca entre ellos una relación de servicio, que será más intensa en momentos de necesidad. Este servicio consiste ordinariamente en la conjunción de disponibilidad, competencia y respeto con que médico atiende a todas las personas sin condicionamientos de ningún género.

En ocasiones extraordinarias la obligación de servicio a los pacientes impone al médico el ejercicio del altruismo, arriesgando su propia seguridad o el bienestar por atender las necesidades del prójimo, como atiende el artículo 5.3 del CDM:

- La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia. El médico no puede negar la asistencia por temor a que la enfermedad o las circunstancias del paciente le supongan un riesgo personal.
- Todo médico, cualquiera que sea su especialidad o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado.
- El médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados, ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia, salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente o exista un riesgo vital inminente e inevitable para su persona. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio sanitario.

También de alguna manera han podido ser vulnerados determinados artículos, sobre todo cuando vemos en declaraciones que se ha podido actuar con negligencia o con nula calidad asistencial en determinadas residencias, especialmente por parte de gestores

que igualmente se deben a este Código: Capítulo IV: CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA. Art. 23. 4.: “Los médicos con responsabilidades en la dirección y gestión de recursos actuarán siempre guiados por el bien colectivo y la equidad. Tienen un deber deontológico de honradez y ejemplaridad”.

ASPECTOS ÉTICOS

Esto nos atañe a todos. También a la ética social, la deontología y a la justicia, que ahora se ha lanzado sorprendida a abrir investigaciones, seguro que muchas de ellas justificadas, para aclarar por qué se ha producido la elevada mortalidad que hemos sufrido en estos centros. Digámoslo claramente, porque el reconocimiento del error nos ayudará a plantear soluciones. Como decía antes, quizás no es el momento de buscar culpables, pero si tenemos que asumir que hemos fallado como sociedad, todos, en la protección de las personas más vulnerables. Hagamos de la atención a estas personas tan vulnerables de nuestra sociedad un objetivo de país. Pongámoslo entre las prioridades de nuestra sociedad. Eso, ahora que necesitaremos más financiación y es el peor momento; y que ahora necesitaremos consenso político, no es momento de reproches, de luchas, de soluciones fáciles, ni de posicionamientos interesados.

No podemos seguir tampoco mirando hacia otro lado o pasando la vista por encima y superficialmente sobre el **edadismo**, como la estereotipificación y discriminación contra personas o colectivos por motivo de edad. Engloba una serie de creencias, normas y valores que justifican la discriminación de las personas según su edad. El término *ageism* o edadismo en español fue acuñado en 1968 por el gerontólogo y psiquiatra Robert Butler para referirse a la discriminación contra las personas mayores y basándose en los términos sexismo y racismo. Butler definió al “edadismo” como una combinación de tres elementos conectados. Entre ellos se encuentran las actitudes perjudiciales hacia las personas mayores, la vejez y el proceso de envejecimiento; prácticas discriminatorias contra las personas mayores; y prácticas institucionales y políticas que perpetúan los estereotipos sobre las personas mayores.

Aquí en el tema que estamos abordando sobre la crisis del COVID-19 y su visión desde la Deontología, también tendremos que reflexionar sobre el edadismo y sus secuelas. Nuestra sociedad es edadista. ¡Más ahora! como dice el Prof. Ribera, en muchas ocasiones fomentado por medios y administraciones con un rechazo explícito en algunos hospitales (urgencias, UCIs) con normas (carteles) y protocolos directos (agresivos en algunas ocasiones contra el viejo) y que han sido denunciados al Defensor del Pueblo (CEOMA, UDP) y llevados a la Comisión parlamentaria en un informe del Círculo Empresarial de Atención a Personas (CEAP) fechado el 5 de junio de 2020.¹⁵

Desde la Deontología que, por supuesto estamos totalmente en contra del edadismo, si se evidencian y demuestran actuaciones de negación a tratamientos o ingresos en hospitales simplemente por la variable edad, deberá ser denunciado ante la autoridad competente y también en las comisiones de seguimiento de esta pandemia, así como en los Colegios profesionales de Médicos, porque iría en contra del Código de Ética y Deontología Médica¹⁶ y hay constancia que ya hay algunas denuncias puestas al respecto.

En medicina siempre nos guiamos por el principio de proporcionalidad de los tratamientos, que implica que debemos recurrir a la técnica más apropiada para ayudar al paciente, sin incurrir en excesos que afecten a su capacidad para restablecerse o vivir con dignidad.¹⁷ Las máquinas y la tecnología permiten hacer muchas cosas, pero que sean posibles no significa que siempre contribuyan al bienestar o supervivencia del paciente. Por tanto, a veces debemos renunciar a ellas. En medicina intensiva la máxima aspiración es que alguien con una enfermedad potencialmente reversible regrese a la situación previa a su entrada en la UCI. Por eso, no todos los enfermos pueden o deben ingresar en ellas, pero el único criterio no debe ser únicamente la edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html>
2. https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticay-cartografia/badea/operaciones/consulta/anual/38528?CodOper=b3_2314&codConsulta=38528
3. Ribera Casado J.M. “Covid-19 y el tema de las residencias: algunas reflexiones” WEBINAR Real Academia Nacional de Medicina. Madrid, 9-junio-2020.
4. Heras G. “En primera línea” Un testimonio desde la UCI de la crisis del coronavirus. Ed. Península. Barcelona 2020.
5. Menéndez Colina R et al “La Geriátría de enlace con residencias en la época Covid. Un nuevo modelo de coordinación que ha llegado para quedarse”. *RevEspGeriatrGerontol* 2021; 565(3): 157-165
6. Tarazona FJ, Martínez Velilla N, Vidan MT, García Navarro JA. “Covid 19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir” *RevEspGeriatrGerontol* 2020; 55(4) 191-192
7. Participación del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM), ante la Subcomisión de Sanidad y Salud Pública de la Comisión Parlamentaria de Estudio para la Recuperación Económica y Social en Andalucía a causa de la Pandemia Covid-19.
8. Pinazo S “Impacto psicosocial del Covid en personas mayores. Problemas y retos” *RevEspGeriatrGerontol* 2020 55(5): 249-252

9. Fernández Ballesteros R, Sánchez Izquierdo Alonso M "Impacto del Covid-19 en personas mayores en España. Algunos resultados y reflexiones" *Clínica y Salud* 2020; 31(3):165-69
10. <http://www.juntadeandalucia.es/presidencia/portavoz/151453/saludyfamilias/covid19/pacienteshospitalizados/programadehumanizacion/tablets/telefoniamovil/profesionales/derechoalultimoadios/servicioandaluzdesalud>
11. <http://www.entremayores.es/spa/ccaa.asp?var2=Andaluc%EDa&var3=%27Hemos%20impulsado%20el%20primer%20plan%20de%20humanizaci%F3n%20frente%20a%20la%20Covid-19%20en%20las%20residencias%27&nar1=3&nar2=24&nar3=44902&nar5=5>
12. <https://fundacionlacaixa.org/es/programa-personas-mayores-la-caixa>
13. https://www.diariodejerez.es/jerez/programa-Siempre-Acompañados-Pulso-contra-soledad-Jerez_0_1575742964.html
14. Manual de Ética y Deontología Médica. Organización Médica Colegial de España. 2012
15. Informe sobre Covid-19 del Círculo Empresarial de Atención a Personas (CEAP) 5-junio-2020.
16. Código de Deontología Médica y Guía de Ética Médica. OMC. 2011.
17. Naciones Unidas. "Informe de políticas: Los efectos del Covid en las personas de edad" Mayo 2020

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

García Monlleó J, Durán Alonso. COVID-19, una visión desde la geriatría y la deontología. *Actual Med.* 2021; 106(814). Supl2: 22-26