



POSICIONAMENT de la SCGiG davant la SITUACIÓ ACTUAL de CRISI per la PANDÈMIA de COVID19

Donada la situació d'emergència de salut pública que estem vivint -i que afecta especialment tan a les persones grans, com als professionals que les atenem-, des de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (SCGiG) identifiquem una sèrie de **situacions especialment crítiques**, que mereixen de la nostra atenció i posicionament:

1. DECISIONS ÈTIQUES / RISC D'EDATISME

- En situacions com l'actual sovint apareixen **decisiones ètiques difícils** derivades de la limitació de recursos -per exemple, l'accés a les UCI i a les mesures de suport ventilatori-. Aquest fet pot generar tan iniquitats, com un important distrès emocional i moral a les persones afectades, les famílies, els professionals assistencials o les autoritats, amb efectes tan perjudicials com els de la pròpia malaltia.
- Els **marcs ètics*** per orientar la presa de decisions poden ajudar a reduir els danys col·laterals¹. Una bona planificació requereix una reflexió sobre els valors perquè la ciència sola no ens pot dir com preparar-nos per a una crisi de salut pública². Aquests valors són:
 1. **Responsabilitat**: cal garantir que la presa de decisions ètiques es mantingui durant tota la crisi.
 2. **Inclusivitat**: cal incorporar en el procés de presa de decisions tan les opinions dels grups d'interès com dels agents implicats.
 3. **Transparència**: cal disposar d'un pla de comunicació que garanteixi la informació efectiva per a les parts afectades.
 4. **Sensibilitat**: cal revisar les decisions a mesura que sorgeixi informació nova al llarg de la crisi.
 5. **Raonabilitat**, cal prendre decisions en base a les evidències, principis i valors -fet que inclou la prioritització en l'assignació de recursos.

*Podeu descarregar-vos el **document marc de consens** entre diferents societats científiques i instituts / càtedres d'ètica en aquest [link](#)

- Les recomanacions clàssiques basen les decisions d'assignació en les possibilitats de supervivència. Això condiona que sovint determinats grups de pacients (especialment les **persones grans**), se'ls **denegui l'accés a tractaments** que potencialment els podrien salvar la vida³. En aquest sentit és important considerar que el principi de justícia s'hauria d'aplicar manera uniforme a totes les persones -i no de forma selectiva als de perfil geriàtric o amb problemes crònics de salut-⁴.
- Certament, en situacions de catàstrofe, hi ha un cert consens que cal intentar maximitzar tan el nombre de persones beneficiades, com la supervivència a l'alta hospitalària i el nombre d'anys de vida salvats. **En cap cas**, però, **l'estratègia d'assignació s'hauria de vincular únicament a l'edat cronològica** (en anys) de les persones; en aquest sentit caldria incorporar altres variables, com:



1. **Edat biològica** de la persona (grau de reserva), que és possible d'avaluar utilitzant una Valoració Geriàtrica Integral o bé a partir de la valoració del grau de fragilitat (utilitzant, per exemple, escales o índexs de fragilitat)^{5,6}.
 2. **Valors i preferències** de la persona
- Per a les persones no tributàries de mesures intensives, el sistema té el deure formal i ètic de garantir una **atenció pal·liativa de qualitat**⁷.

2. IMPACTE DE LES MESURES D'ÀILLAMENT/CONFINAMENT EN LES PERSONES I ELS SEUS FAMILIARS

- És necessari no menystenir els **efectes psicosocials** i de **salut** que les **mesures de protecció** (aïllament hospitalari o confinament domiciliari) pot condicionar als col·lectius més vulnerables, com les persones grans i/o aquelles amb problemes crònics de salut. Per exemple:
 1. **Sentiments** de soledat, tristesa, angoixa, insomni, ràbia, frustració, culpa.
 2. **Aparició de síndromes geriàtriques**: delírium, immobilitat, úlceres per pressió, incontinència i dolor.
- En el cas de **confinament domiciliari**, cal fer especial èmfasi en l'impacte que això pot comportar en un col·lectiu que sovint ja té poques oportunitats de relació social –habitualment estaven molt lligades a rutines diàries (fer la compra,...)-, i que ara han vist restringida encara més la seva socialització. En aquest cas, cal buscar maneres de **donar-hi suport** per evitar que la “distància social” imposada per raons sanitàries, suposi formes d'aïllament amb efectes igualment perjudicials.
 1. **Presència de la família**, idealment per part d'una persona de referència -tenint en compte les mesures de prevenció establertes-.
 2. **Foment de l'ús d'eines telemàtiques** de contacte entre persones i familiars (que poden ser senzilles, com les trucades convencionals, o les videotrucades per whatsapp,...).
 3. Mirar de **preservar les dinàmiques d'atenció domiciliària** professional i no professional.
 4. Incentivar propostes d'**ajuda veïnal**.

*Podeu descarregar-vos el **document de recomanacions de gestió psicològica durant quarentenes per malalties infeccioses** publicat pel col·legi oficial de Psicologia de Catalunya en aquest [link](#)

- Cal fer èmfasi en l'**excepcionalitat** que suposen l'acompanyament a les **situacions de final de vida**, on s'hauria de poder garantir tan l'acompanyament com un bon control simptomàtic i el suport psicosocial.

3. IMPACTE DE LA SITUACIÓ ACTUAL EN ELS PROFESSIONALS

- Més enllà de l'evident **esgotament** físic i mental derivat de la sobrecàrrega assistencial, cal tenir en compte l'atenció als efectes que pot suposar per als professionals **el distrès moral** en el procés de presa de decisions ètiques difícils, així com per les dificultats per poder acompanyar emocionalment als pacients i familiars. En aquest context és important⁸:



1. **Consensuar** (més que mai) les decisions amb l'equip, fomentant la presa de decisions compartida -també amb pacients (sempre que sigui possible) i familiars-.
 2. Fomentar (més que mai) el **treball en equip** interdisciplinari
 3. Realitzar un **pla d'atenció específic** per afrontar els efectes morals del distrès, a curt i a mitjà termini.
- Per altra banda, cal garantir que els professionals puguin **treballar** amb les **millors condicions possibles** -malgrat les circumstàncies actuals-. Això inclou:
 1. L'adequació -fins on sigui possible- del nombre de **professionals** a la càrrega assistencial.
 2. Disposar de l'**equipament** necessari -segons normativa específica de cada àmbit-.

Finalment, des de la SCGiG volem agrair la gran implicació i l'extraordinari compromís de tots i totes els i les professionals de la Geriatria i la Gerontologia en l'atenció a les persones grans de Catalunya, que en el context actual, estan en una situació de més vulnerabilitat que mai.

BIBLIOGRAFIA

1. Organisation, W. H. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. *World Heal. Organ.* 62 (2016).
2. Thompson, A. K., Faith, K., Gibson, J. L. & Upshur, R. E. G. Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Med. Ethics* 7, (2006).
3. Pemberton, M. It's not just coronavirus, ageism is a killer too. *Daily Mail* <https://www.dailymail.co.uk/health/article-8111229/DR-MAX-not-just-coronavirus-ageism-killer-too.html> (2020).
4. White, D. B., Katz, M. H., Luce, J. M. & Lo, B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann. Intern. Med.* 150, 132–138 (2009).
5. Falvey, J. R. & Ferrante, L. E. Frailty assessment in the ICU: translation to 'real-world' clinical practice'. *Anaesthesia* 74, 700–703 (2019).
6. Amblàs-Novellas, J. *et al.* Frail-VIG index: a concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. *BMC Geriatr.* 18, 29 (2018).
7. Downar, J. & Seccareccia, D. Palliating a Pandemic: 'All Patients Must Be Cared For'. *J. Pain Symptom Manage.* 39, 291–295 (2010).
8. Suhonen, R. *et al.* Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies* (2018) doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.08.006.