



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

DOSSIER CUESTIONES BIOÉTICAS DE LA PANDEMIA COVID-19

La planificación de decisiones anticipadas como estrategia preventiva de conflictos éticos en urgencias y emergencias durante y después de la COVID-19

Advance Care Planning as a preventive strategy for ethical conflicts in emergencies during and after COVID-19

La Planificació de Decisions Anticipades com a estratègia preventiva de conflictes ètics a urgències i emergències durant i després de la COVID-19

**SILVIA POVEDA-MORAL, ALEJANDRO BOSCH-ALCARAZ, ANNA FALCÓ-
PEGUEROLES***

* Silvia Poveda-Moral. Profesora investigadora adjunta, Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT). Adscrita a la Universitat Autònoma de Barcelona (Espanya). Email: silviapoveda@euit.fdsll.cat.

Alejandro Bosch-Alcaraz. Hospital Sant Joan de Déu. Escola d'Infermeria, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat de Barcelona (Espanya). Email: abosch@hsjdbcn.org.

Anna Falcó-Pegueroles. Escola d'Infermeria, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat de Barcelona (Espanya). Email: annafalco@ub.edu.



Copyright (c) 2020 Silvia Poveda-Moral, Alejandro Bosch-Alcaraz, Anna Falcó-Pegueroles
Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Resumen

La actual pandemia por la COVID-19 está ocasionando serias amenazas para la salud pública a nivel mundial, especialmente para los grupos de población más vulnerables. Los casos más graves de la enfermedad han sido primeramente atendidos por los profesionales de urgencias y emergencias, los cuales han tenido que tomar decisiones en contextos altamente complejos donde la priorización en la asignación de los recursos sanitarios disponibles les ha generado situaciones éticamente conflictivas. El objetivo del presente artículo es analizar la importancia de implantar la PDA en los servicios de urgencias y emergencias como herramienta de consulta en la resolución de los problemas éticos surgidos durante la pandemia por COVID-19, concretamente, en la atención al paciente crónico complejo o con enfermedad crónica avanzada.

Palabras clave: voluntades anticipadas; planificación de decisiones anticipadas; planificación anticipada de la atención; conflictividad ética; atención urgente; emergencias; COVID-19.

Abstract

The events of the present COVID-19 pandemic are causing serious threats to Public Health worldwide, specifically at the most vulnerable population groups. Emergency professionals have served as the first responders for the most serious cases of this disease. At the same time, they have made decisions in highly complex contexts where the prioritization of allocated care resources has generated ethically conflictive situations. The aim of this article is to analyze the importance of implementing the ACP as a tool in the emergency services to solve ethical problems that have arisen during the COVID-19 pandemic, particularly in the care of complex chronic patients or those with advanced chronic disease.

Keywords: advance directives; advance care planning; ethical conflict; emergency care; emergency departments; COVID-19.

Resum

L'actual pandèmia per la COVID-19 està ocasionat serioses amenaces a la salut pública a nivell mundial, especialment als grups de població més vulnerables. Els casos més greus de la malaltia han estat primerament atesos pels professionals d'urgències i emergències, els quals han hagut de prendre decisions en contextos altament complexos on la priorització en l'assignació dels recursos sanitaris disponibles els ha generat situacions èticament conflictives. L'objectiu d'aquest article va ser analitzar la importància d'implantar la PDA en els serveis d'urgències i emergències com a eina de consulta a la resolució dels problemes ètics sorgits durant la pandèmia per COVID-19, concretament, en l'atenció al pacient crònic complex o amb malaltia crònica avançada.

Paraules clau: voluntats anticipades; planificació de decisions anticipades; planificació anticipada de l'atenció; conflictivitat ètica; atenció urgent; emergències; COVID-19.

1. Introducción

El *Coronavirus disease 2019* (COVID-19) es una enfermedad infecciosa que proviene de la familia de los coronavirus y que puede producir cuadros clínicos que van desde el resfriado común hasta otros más graves como las neumonías asociadas al virus del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (*Severe Acute Respiratory Síndrome Coronavirus 2 o SARS-COV2*) (Centro de coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 2020). Los primeros casos se detectaron en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China (Wang et al. 2020). Desde entonces, la diseminación de la infección se ha extendido por diferentes países del mundo, dando lugar a un elevado índice de mortalidad. La rápida propagación de la enfermedad ha impactado negativamente en los sistemas de salud públicos y privados a nivel mundial, ocasionando un desequilibrio entre las demandas de atención médica y las capacidades de respuesta. La envergadura que ha adquirido a nivel mundial la infección por SARS-COV2 ha sido declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como pandemia y catástrofe, por el hecho de representar serias e inmediatas amenazas para la salud pública (World Health Organization 2019).

A pesar de que algunas personas infectadas por el nuevo coronavirus se pueden mantener asintomáticas o desarrollar la enfermedad de una forma muy leve, otras enferman gravemente y acaban falleciendo (Wu et al. 2020). Datos estadísticos aportados por el Equipo Epidemiológico de Respuesta de Emergencia a la Neumonía del Nuevo Coronavirus en China (Chinese Center for Disease Control and Prevention, 2020), tras analizar un total de 72.314 registros, apuntaron que entre los casos confirmados el 81% cursó con una enfermedad leve, el 13,8% fueron casos graves y el 4,7% críticos. En este último grupo se encontró que el 14,8% eran mayores de 80 años, el 10,5% padecían enfermedades cardiovasculares, el 7,3% diabetes, el 6,0% enfermedades respiratorias crónicas y el 5,6% cáncer.

La gran cantidad de infectados en España por la COVID-19, más de 237.900 según cifras del Gobierno español el 29 de mayo de 2020 (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2020), y la gravedad de la sintomatología, en algunas de las personas afectadas, ha conllevado a focalizar la atención sanitaria, especialmente la inmediata, en los servicios de urgencias y emergencias. Para estos servicios, las situaciones de emergencias sanitarias y catástrofes constituyen una parte relevante de la atención que desempeñan sus profesionales. En concreto, estos profesionales son los que se encuentran en primera línea de actuación desarrollando sus tareas en contextos altamente complejos en los que la toma de decisiones se origina bajo una gran demanda asistencial y con tiempo limitados (Ebrahimian et al. 2014). Ello, sumado a la situación de pandemia por la COVID-19, ha supuesto un incremento en las consultas y demandas de la atención

en los servicios de urgencias y emergencias, especialmente por parte de los grupos de población con un mayor riesgo de complicación, como son los ancianos, personas con problemas crónicos y con comorbilidades (Chen et al. 2020).

Sin duda alguna, las enfermeras y médicos de los servicios de urgencias y emergencias ante la actual situación de pandemia por la COVID-19, se enfrentan ante el conflicto moral de establecer y aplicar criterios para distribuir los recursos sanitarios disponibles, intentando hacer un justo equilibrio entre la maximización de las vidas salvadas, según enfoques utilitaristas que establecen que la mejor acción radica en el mayor beneficio posible para el mayor número de individuos involucrados, y el deber moral de proteger a toda la población de igual modo siguiendo los criterios de equidad y justicia para la implementación de dicha priorización asistencial. Y es que la pandemia impone el ejercicio de buscar el mayor beneficio colectivo tanto en la atención hospitalaria como prehospitolaria, a pesar de que ello pueda ir en detrimento de los valores y principios individuales de las personas, pudiendo llegar incluso a quedar estos subordinados a los profesionales que actúan (Choi y Kim 2018; Curtis, Kross, y Stapleton 2020). Lo anterior explica la necesidad de garantizar la libertad en la autonomía de elección y decisión de las personas, además de priorizar el bien comunitario, para evitar la discriminación entre grupos, tal y como señalaba Butler (2020). En este sentido, la Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA), o también conocida como Planificación Anticipada de la Atención, puede resultar una herramienta especialmente valiosa para el profesional que debe decidir en aquellas situaciones en las que el establecimiento o el mantenimiento de determinados tratamientos de soporte vital, pueden ocasionar situaciones altamente conflictivas (Limón, Lasmarías, y Blay, 2018).

Según el *Model Català de Decisions Anticipades*, la PDA se define como “un proceso deliberativo, relacional y estructurado, mediante el cual una persona competente manifiesta sus valores, preferencias y expectativas de atención y, de acuerdo con estos y en colaboración con su entorno afectivo y equipo asistencial de referencia, planifica los cuidados que desearía recibir ante una situación de complejidad clínica o enfermedad grave, en la que se prevé un pronóstico de vida sustancialmente limitado, o en situación de final de vida, particularmente en aquellas circunstancias en las que no se encuentre en condiciones para decidir” (Lasmarías et al., 2018).

Si bien, la PDA se propuso en sus inicios cómo un modelo de atención a la cronicidad en un contexto de “normalidad” en el sistema sanitario, no se ponderó el posible papel que podría desempeñar en la resolución de los conflictos derivados de una crisis pandémica como la actual, o cuanto menos, no existen evidencias que así lo constaten.

Por todo ello y con el objetivo de poder crear estrategias de priorización que aseguren el respeto a los valores y preferencias de los agentes implicados en futuros escenarios que devengan similares al actual, es necesario el análisis de la integración y la gestión de la PDA en los servicios

de urgencias y emergencias como herramienta de consulta en la resolución de los problemas éticos surgidos durante la pandemia por la COVID-19, y concretamente, en el marco de la atención urgente al paciente crónico complejo o con enfermedad crónica avanzada.

2. Conflictividad ética en los Servicios de Urgencias y Emergencias durante la COVID-19

Según Whitehorn (2020), el conflicto es una realidad inexorable a cualquier organización de salud. Concretamente, en España, las políticas de austeridad y recortes en los presupuestos sanitarios realizados en los últimos años, sumados a la actual pandemia por la COVID-19, han incrementado las situaciones éticamente conflictivas en la mayoría de los servicios y unidades asistenciales.

En este sentido, los servicios de urgencias y emergencias, junto a los de medicina interna y unidades de cuidados intensivos (UCI), han constituido uno de los ejes más importantes de atención, especialmente en el abordaje de los casos más graves de la enfermedad (González & Vázquez, 2020). En el marco específico de la atención en las urgencias y las emergencias, las funcionalidades de los servicios, incluso el ámbito competencial de los propios profesionales, han tenido que ser multiplicadas, dando respuesta a la creciente demanda de atención por parte de la población, y es que dichos servicios, han sido el principal foco de entrada al sistema sanitario de los pacientes con sintomatología compatible por infección por el virus SARS-COV2 (Miró, 2020; Pastor, 2020).

La priorización de los recursos y la toma de decisiones en situaciones éticamente difíciles son comunes e inevitables en estos contextos asistenciales, acostumbrados además a actuar en base a un sistema de triaje que evalúa las prioridades de atención y las posibilidades de supervivencia (Centro de coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 2020). A pesar de ello, los profesionales de urgencias y emergencias ahora han tenido que enfrentarse a una situación totalmente inverosímil para ellos. La falta de tratamientos específicos para tratar el coronavirus, la creciente demanda de atención urgente, la presión asistencial a la que han estado sometidos, así como los problemas éticos añadidos de tener que repartir equitativamente los escasos recursos que tenían disponibles, han puesto a prueba las capacidades resilientes que tienen los profesionales para hacer frente a las adversidades (Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona, 2020). Otra difícil situación que han tenido que afrontar los profesionales de urgencias y emergencias es el hecho de tener que tomar decisiones sobre instauración o retirada de tratamientos de soporte vital en tiempos muy limitados y en algunos casos asistir a un proceso de

final de vida. No puede olvidarse que la máxima principal de los profesionales de urgencias y emergencias es la salvaguarda de la vida de las personas a quienes atienden.

En este sentido, los planes de contingencia elaborados por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) (Sanz *et al.*, 2020) y el Centro de Coordinación de Emergencias Sanitarias (Centro de coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 2020), así como los documentos propuestos por el Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona (Observatori de Bioètica i Dret, 2020) y los respectivos Comités de Bioética de Cataluña (Generalitat de Catalunya, 2020) y España (de Montalvo *et al.*, 2020), han sido creados con el objetivo de guiar a los profesionales en la toma de decisiones, especialmente en el contexto del cuidado al paciente crítico.

El utilitarismo ha sido de alguna forma, la alternativa ética más ampliamente elegida entre los diferentes organismos públicos y privados, nacionales e internacionales, y ha servido para crear estrategias de priorización y contención de la pandemia basadas en el presupuesto de la maximización del bien comunitario.

En relación a este principio, Iserson y Moskop (2007) afirmaron que el mandato ético utilitarista es la base que sostiene los sistemas de triaje propios de los servicios de urgencias y emergencias, a pesar de que, en ocasiones, pueden ser poco precisos en cuanto a la determinación del máximo beneficio que desean alcanzar para el paciente. De hecho, el correcto cumplimiento de este criterio no resulta una tarea fácil para los profesionales de urgencias y emergencias, pues en un intento por equilibrar los beneficios individuales (principio de beneficencia) y colectivos (principio de justicia), asumiendo también un cierto riesgo individual de contagio (criterio de utilidad dentro del principio de justicia), surge el principal conflicto (Casado, 2016; Gracia, 2016). Y es que, priorizar el interés comunitario al del paciente que se atiende o incluso al del propio profesional, puede ocasionar angustia moral en el sujeto que decide (eliminado para revisión, 2012). En este sentido, el dilema moral se genera cuando el profesional se encuentra ante la disyuntiva de tener que decidir entre varias opciones posibles, ninguna de las cuales considera moralmente aceptables. Como ya es conocido, en situación de emergencia cualquier decisión sobre la distribución de los recursos siempre se resuelve mediante el principio del “mal menor”, lo que acaba beneficiando a unos pero también perjudicando a otros (Gostin, Friedman, & Wetter, 2020).

Dicha cuestión nos lleva a plantear que ante la actual crisis sanitaria, el principio de autonomía de decisión de las personas ha podido quedar supeditado a una ética de mínimos (principios de justicia y no maleficencia), hecho lo cual situaría a los colectivos más vulnerables en una situación de desigualdad en lo referente a la prestación sanitaria (Puyol, 2014). Ello se refleja en el elevado número de fallecimientos en residencias, más de 18.000 según datos

proporcionados por las comunidades autónomas, lo que representa el 66% del total de fallecimientos en España a causa del virus (Rodríguez, 2020).

Es evidente que ante la gravedad de la situación por la pandemia de la COVID-19, las autoridades sanitarias serán las que decidirán sobre la disponibilidad y distribución de los recursos atendiendo a enfoques utilitaristas, pero a pesar de ello, los profesionales tienen el deber moral de proteger y respetar la autonomía de elección y decisión de las personas, en tanto que pueden negarse a recibir un tratamiento de soporte vital o a la realización de técnicas que vayan en contra de sus propios intereses. Ello puede ser manifestado verbalmente por el paciente que es capaz de tomar tal decisión o en el caso contrario, puede estar explicitado en forma de Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) o Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA) (Velasco, 2020).

3. La Planificación de Decisiones Anticipadas como elemento clave en la prevención de conflictos éticos

En 2015 surgió en Cataluña la PDA complementario del DVA en el contexto del paciente crónico complejo (PCC) o con enfermedad crónica avanzada (Limón *et al.*, 2018). A pesar de no disponer de la misma consideración o rango legal, ambas opciones favorecen el ejercicio de la autonomía práctica de las personas y sus singularidades radican en los autores que pueden realizarlas, las circunstancias de los procesos y sus mecanismos de registro (Loncán, 2014).

Uno de los principales objetivos de la PDA es ayudar a los profesionales en la toma de decisiones para que puedan garantizar unos cuidados y una atención sanitaria individualizada y guiada por los valores, objetivos y preferencias de las personas atendidas (Lasmarías *et al.*, 2018). Dada su función, la PDA cobra especial importancia a día de hoy en la que se están manejando situaciones de infección por SARS-CoV-2 que conllevan un empeoramiento brusco y grave de la sintomatología en personas de edades avanzadas, pluripatológicos o con una patología terminal ya conocida y en los que el pronóstico de vida es limitado en el tiempo (Rietjens *et al.*, 2017).

La utilización de la PDA no es algo novedoso y está recogido como un indicador de la calidad en numerosas guías, especialmente, en el ámbito de los cuidados paliativos (Lovell & Yates, 2014; Rietjens *et al.*, 2017). Además, la Comisión Asesora para el tratamiento de la infección por SARS-CoV-2 de la *Generalitat de Catalunya*, en su reciente publicación, recoge la PDA como un ítem importante a reconsiderar en la evaluación del paciente y que se realiza a través del Índice del Nivel de adecuación diagnóstico-terapéutico (NIDT) (Gerència del Medicament, 2020).

Pese a la importancia de la PDA en cualquier atención asistencial, según Casado, raramente en los servicios de urgencias y emergencias se tiene un conocimiento de las voluntades de los pacientes, por lo que en ocasiones, se utilizan procedimientos y terapias que pueden no ser deseadas por aquellos que se encuentran inconscientes y que sí tienen completadas sus voluntades anticipadas (Casado,2016). En este sentido, estudios previos a la pandemia por la COVID-19 mostraron que los profesionales de los servicios de urgencias y emergencias percibieron dificultades o barreras que complicaban la consulta de la PDA y, como consecuencia, su implementación en el manejo integral del paciente crítico. Las principales barreras que describen los profesionales de urgencias y emergencias están relacionadas con la dificultad de acceso y la falta de unificación de los sistemas informáticos, hecho que dificulta su rápida consulta; la falta de tiempo y la complejidad de los entornos asistenciales; así como las elevadas cargas de trabajo a las cuales se exponen diariamente los profesionales (Abelsson& Lindwall, 2017; Bashkin, Caspi, Haligoa, Mizrahi, & Stalnikowicz, 2015; Boddy, Chenoweth, McLennan, & Daly, 2013; Jezewski, Research, & 2007, s. f.; Lakin et al., 2016; Limón et al., 2018). Probablemente en el contexto de la actual crisis sanitaria, estas barreras hayan estado presentes en los servicios de urgencias y emergencias, si bien, de una forma todavía más destacada, a las cuales también se les han podido sumar aquellas limitaciones producidas por la COVID-19.

Sin duda, el aumento y la aparición de nuevas barreras ha podido suponer una clara amenaza para la autonomía de decisión de las personas atendidas, pues al desconocer la voluntad de la persona, el profesional puede llegar a actuar de una forma rutinaria, motivado por la intuición o por su propio sistema de valores (Choi & Kim, 2018). Por lo contrario, conocer anticipadamente las voluntades de los pacientes registradas en la PDA, puede proporcionar una mayor seguridad al profesional que decide y debe de ser una prioridad en la atención en los servicios de urgencias y emergencias por diferentes razones, también en la crisis sanitaria actual por COVID-19.

En primer lugar, tener un conocimiento sobre los objetivos y preferencias de cuidados y tratamientos de los pacientes, puede ayudar a tomar decisiones de una forma más rápida y ajustada a la voluntad de las personas atendidas y, por consiguiente, puede reducirla conflictividad ética de los profesionales derivada de la responsabilidad de decidir en unos contextos complejos de actuación y de rápida respuesta donde los recursos son limitados (Sandman & Nordmark, 2006).

En segundo lugar, la práctica ante la actual situación de pandemia, en la cual los pacientes que acuden a los servicios de urgencias y emergencias lo hacen sin representatividad familiar (siguiendo el reglamento aprobado por orden ministerial) (BOE,2020), está apoyando más la toma de decisiones en el profesional o “experto”. Todo ello, puede ocasionar situaciones

conflictivas entre profesionales por intentar garantizar la libertad de elección y decisión de las personas atendidas, hecho que se podría reducir si se tuviese anticipadamente un conocimiento sobre las preferencias de atención y tratamiento contempladas en la PDA y registradas en la historia clínica de la persona (Choi & Kim, 2018).

En tercer lugar, el compartir los deseos y preferencias de la persona con sus familiares, haciéndoles partícipes del proceso de toma de decisiones, puede ayudar a disminuir el dolor y el sufrimiento que provoca la situación de incertidumbre pronóstica. Este hecho puede contribuir a una mejor preparación familiar, especialmente en aquellos casos en los que el profesional advierte el posible fallecimiento del paciente (Erbay, 2014).

En cuarto lugar, la inclusión de la PDA en la atención de los pacientes afectados por la COVID-19 puede tener un impacto disminuyendo procedimientos invasivos o tratamientos potencialmente inapropiados, especialmente en aquellos pacientes con una baja probabilidad en la recuperación de su calidad de vida previa, y así contribuir a una mayor adecuación de los recursos disponibles y a una distribución más equitativa de los mismos (Torabi, Borhani, Abbaszadeh, & Atashzadeh-Shoorideh, 2019), en la misma línea de las recomendaciones sanitarias en tiempos de pandemia.

En quinto lugar, es de vital importancia tener un conocimiento previo de los deseos de los afectados para disminuir la probabilidad de transmisión del virus SARS-COV2, ya que, por poner un ejemplo, ante una situación de Parada Cardiorespiratoria (PCR) la provisión de maniobras y atención de alta intensidad (intubación orotraqueal) no deseadas por la persona, pueden suponer un riesgo de contagio para los profesionales que la asisten (Curtis *et al.*, 2020).

Por último, en sexto lugar, el conocer anticipadamente los valores y preferencias de las personas puede ayudar a reducir tanto el número de pacientes trasladados por los Sistemas de Emergencias Médicas, como los ingresos y las muertes que se producen en los Servicios de Urgencias, puesto que, quizá, algunos pacientes, al conocer su pronóstico, desean fallecer en su propio domicilio asistidos por profesionales experimentados en este tipo de atención (Moe *et al.*, 2016).

4. Conclusiones

La pandemia por la COVID-19 ha puesto de manifiesto la difícil y comprometida tarea de priorizar en la asistencia sanitaria dando lugar a situaciones altamente conflictivas desde una perspectiva ética. Esta cuestión ha sido relevante en aquellos servicios dónde la atención inmediata y la presión asistencial derivada del aumento de los casos afectados, ha supuesto tomar decisiones de

una forma necesariamente apresurada por la rápida evolución de la infección y sin tiempo para la deliberación previa, como ha sido en los casos atendidos por los servicios de urgencias y emergencias. El hecho de tener que establecer prioridades entre una compleja gama de opciones, con poco tiempo y recursos y sin una planificación previa, ha resultado particularmente difícil para los profesionales.

En este sentido, la implementación de la PDA en el contexto de la urgencia y de la emergencia ante la actual crisis sanitaria y en posibles brotes futuros debe considerarse de suma importancia, pues ayudaría a los profesionales a tomar decisiones de una forma rápida y razonada, reduciendo así, la conflictividad ética generada. Se protegería la libertad de elección y decisión de las personas y, por ende, se reducirían los tratamientos potencialmente inapropiados; contribuiría a una mayor adecuación de los recursos y a una distribución más equitativa y justa. También se reducirían las probabilidades de contagio en los profesionales y se disminuiría el número de traslados realizados por los servicios de emergencias, así como los ingresos y las muertes en los servicios de urgencias.

Desconocemos si se producirán nuevos brotes de la enfermedad o si por el contrario vendrán nuevas epidemias o pandemias similares a la actual (COVID-19) en contextos futuros. Ello exige además de la preparación de los sistemas de salud a nivel mundial en cuanto a la provisión de recursos materiales y humanos, la revisión y adecuación de los protocolos y guías de actuación, dónde sería particularmente útil la inclusión de la PDA en el contexto de la urgencia y la emergencia, por las razones ya expuestas. Se nos presenta ahora una oportunidad de reflexión sobre la manera en la que hemos procedido a tomar decisiones durante la actual emergencia sanitaria, para que y acorde a lo aprendido, poder en un futuro construir nuevos marcos de actuación y puntos de partida con enfoques totalmente nuevos que garanticen el respeto del principio de autonomía de los pacientes en relación con su salud y atención al final de vida.

Agradecimientos

Este artículo quiere rendir un homenaje a todos los profesionales que han estado en primera línea asistencial durante la pandemia por la COVID-19 y muy especialmente, a aquellos que han contraído la infección y a los que perdieron la vida cuidándonos.

Referencias

- ◆ Abellsson, A., & Lindwall, L. (2017). What is dignity in prehospital emergency care? *Nursing Ethics* 24, 3, 268-278. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1177/0969733015595544>.
- ◆ Bashkin, O., Caspi, S., Haligoa, R., Mizrahi, S., & Stalnikowicz, R. (2015). Organizational factors affecting length of stay in the emergency department: Initial observational study. *Israel Journal of Health Policy Research* 4, 1. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1186/s13584-015-0035-6>.
- ◆ Boddy, J., Chenoweth, L., McLennan, V., & Daly, M. (2013). It's just too hard! Australian health care practitioner perspectives on barriers to advance care planning. *Australian Journal of Primary Health* 19, 1, 38. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1071/PY11070>.
- ◆ Butler, J. (2020). El capitalismo tiene sus límites. *Sopa de Wuhan*. <http://iips.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2020/03/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>.
- ◆ Casado, M. I. (2016). *Ética en la atención de emergencia: en busca de una preparación ética deliberada*. Eidon. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.13184/eidon.45.2016.2-17>.
- ◆ Cabré, L., Casado, M. (2020) *Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados intensivos en situaciones de pandemia*. Universitat de Barcelona. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/2445/154297>.
- ◆ Centro de coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. (2020). *Documento técnico Manejo en urgencias del COVID-19*. Ministerio de Sanidad, España, 1-12. Recuperado a partir de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_urgencias_pacientes_con_COVID-19.pdf.
- ◆ Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., ... Zhang, L. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet* 395, 10223, 507-513. Recuperado a partir de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7).
- ◆ Choi, J.-S., & Kim, J.-S. (2018). Factors influencing emergency nurses' ethical problems during the outbreak of MERS-CoV. *Nursing ethics* 25, 3, 335-345. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1177/0969733016648205>.
- ◆ *Consideracions sobre la limitació de recursos i decisions clíniques en la pandèmia COVID-19*. (2020). Generalitat de Catalunya. Recuperado a partir de <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/1023429220/CBC+covid/f2adb691-bb7e-41f0-aac3-6f813bc105b1>.

- ◆ COVID-19: Movilidad de las Personas. (2020). Boletín Oficial del Estado. Recuperado a partir de https://www.boe.es/biblioteca_juridica/index.php?tipo=C.
- ◆ Curtis, J. R., Kross, E. K., & Stapleton, R. D. (2020). The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions about Do-Not-Resuscitate Orders during Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4894>.
- ◆ De Montalvo, F., Altisent, R., Bellver, V., Cadena, F., de los Reyes, M., de la Gándara, Á., ... Sánchez, E. (2020). *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*, 1-13. Recuperado a partir de https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_urgencias_pacientes_con_COVID-19.pdf.
- ◆ Ebrahimian, A., Seyedin, H., Jamshidi-Orak, R., & Masoumi, G. (2014). Exploring Factors Affecting Emergency Medical Services Staffs' Decision about Transporting Medical Patients to Medical Facilities. *Emergency Medicine International* 1-8. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1155/2014/215329>.
- ◆ Erbay, H. (2014). *Some ethical issues in prehospital emergency medicine*. *Turkiye Acil Tıp Dergisi*. Emergency Medicine Association of Turkey. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.5505/1304.7361.2014.32656>.
- ◆ Falcó Pegueroles, A.M. (2012). *Análisis de la Conflictividad Ética en los Profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos* (tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona, España. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/2445/35127>.
- ◆ Gerència del Medicament. (2020). *Tractament farmacològic de la infecció per SARS-CoV-2*. Recuperado a partir de https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/recull-protocol-pneumonia.pdf.
- ◆ Gostin, L. O., Friedman, E. A., & Wetter, S. A. (2020). Responding to Covid-19: How to Navigate a Public Health Emergency Legally and Ethically. *Hastings Center Report* 50, 2, 8-12. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1002/hast.1090>.
- ◆ Gostin, L. O., & Hodge, J. G. (2020). US Emergency Legal Responses to Novel Coronavirus: Balancing Public Health and Civil Liberties. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2025>.

- ◆ Gracia, D. (2016). Planificación anticipada de los cuidados: un problema presente, un reto futuro. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 52, 5, 240-241. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.11.006>.
- ◆ *Informe sobre la situación de COVID-19 en España Contenido.* (2020). Recuperado a partir de <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february->.
- ◆ Iserson, K. V., & Moskop, J. C. (2007). Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types. *Annals of Emergency Medicine* 49, 3, 275-281. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.05.019>.
- ◆ Jezewski, M. (2007). *Emergency nurses' knowledge, attitudes, and experiential survey on advance directives.* Elsevier. Recuperado a partir de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189707000584>.
- ◆ González, J., Vázquez, MJ. (2020). Los servicios de urgencias y emergencias ante la pandemia por SARS-CoV-2 Emergency services and the fight against the SARS-CoV-2 pandemic. *Emergencias* 2, 3: 155-156.
- ◆ Lakin, J. R., Isaacs, E., Sullivan, E., Harris, H. A., McMahan, R. D., & Sudore, R. L. (2016). Emergency Physicians' Experience with Advance Care Planning Documentation in the Electronic Medical Record: Useful, Needed, and Elusive. *Journal of Palliative Medicine* 19, 6, 632-638. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0486>.
- ◆ Lasmarías, C., Aradilla-Herrero, A., Santaugènia, S., Blay, C., Delgado, S., Ela, S., ... Gómez-Batiste, X. (2018). Development and implementation of an advance care planning program in Catalonia, Spain. *Palliative and Supportive Care* 17, 4, 415-424. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1017/S1478951518000561>.
- ◆ *Les infermeres, a primera línia en la lluita contra la COVID-19* (2020). *Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona.* Recuperado a partir de https://issuu.com/coib/docs/butlletiespecial_diainternacionalinfermera.
- ◆ Limón, E., Lasmarías, C., & Blay, C. (2018). Planificación de decisiones anticipadas: Factibilidad y barreras para su implementación. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 5, 5, 259-261. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2018.02.001>.
- ◆ Loncán Vidal, P (2014). Documentos de Voluntades Anticipadas versus Planificación Anticipada de Decisiones Sanitarias. *Bioética & Debat* 20, 71, 13-16.

- ◆ Lovell, A., & Yates, P. (2014). Advance Care Planning in palliative care: A systematic literature review of the contextual factors influencing its uptake 2008–2012. *Palliative Medicine* 28, 8, 1026-1035. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1177/0269216314531313>.
- ◆ Miró, Ò. (2020). *Mensaje de un virus mundano a un mundo humano*. *Emergencias*, 149-151.
- ◆ Moe, J., Kirkland, S., Ospina, M. B., Campbell, S., Long, R., Davidson, A., ... Rowe, B. H. (2016, marzo 1). Mortality, admission rates and outpatient use among frequent users of emergency departments: A systematic review. *Emergency Medicine Journal*. BMJ Publishing Group. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1136/emmermed-2014-204496>.
- ◆ Pastor, A. J. (2020). *Un sistema sanitario contra un virus*. *Emergencias*, 152-154.
- ◆ Puyol, A, Segura, A., Carrasco, J.M., Hernández, I., Román, B., ...& Simón, P. (2014). *Ética y salud pública en tiempos de crisis*. Cuadernos Fundació Víctor Grífols i Lucas. Recuperado a partir de https://www.upf.edu/cres/_pdf/cuaderno32.pdf.
- ◆ Rietjens, J. A. C., Sudore, R. L., Connolly, M., van Delden, J. J., Drickamer, M. A., Droger, M., ... Korfage, I. J. (2017). Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet Oncology* 18, 9, e543-e551. Recuperado a partir de [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30582-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30582-X).
- ◆ Rodríguez, V. (2020). COVID-19. Residencias de ancianos y fuerza mayor. *Legal Today*. Recuperado a partir de <http://www.legaltoday.com/opinion/articulos-de-opinion/covid-19-residencias-de-ancianos-y-fuerza-mayor>.
- ◆ Sandman, L., & Nordmark, A. (2006). Ethical conflicts in prehospital emergency care. *Nursing Ethics* 13, 6, 592-607. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1177/0969733006069694>.
- ◆ Sanz, M. Á., Hernández-Tejedor, A., García, Á. E., Rivera, J.J., de Molina Ortiz, F. J. G., Camps, A. S., ... Laguña, P. B. (2020). 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). *Medicina Intensiva*. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.001>.
- ◆ Torabi, M., Borhani, F., Abbaszadeh, A., & Atashzadeh-Shoorideh, F. (2019). Ethical decision-making based on field assessment: The experiences of prehospital personnel. *Nursing Ethics* 26, 4, 1075-1086. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1177/0969733017736925>.

- ◆ Velasco, T. (2020). Voluntades anticipadas y consentimiento informado en Medicina Intensiva. *Revista de Bioética y Derecho* 48, 41-59. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1344/rbd2020.48.28967>.
- ◆ Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., ... Peng, Z. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 323, 11, 1061-1069. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585>.
- ◆ Whitehorn, A. (2020). *Conflict resolution in healthcare setting: staff conflicts*. The Joanna Briggs Institute EBP Database. Recuperado a partir de <https://jbi.global/sites/default/files/2020-05/12418%20Conflict%20Resolution.pdf>.
- ◆ World Health Organization. (2019). *Preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública*. Recuperado a partir de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328554/A72_7-sp.pdf.
- ◆ Wu, C., Chen, X., Cai, Y., Xia, J., Zhou, X., Xu, S., ... Song, Y. (2020). Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Internal Medicine*. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.0994>.
- ◆ Zhi, Z. L. X. B. X. Z. (2020). The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. *Chinese Journal of Epidemiology* 41. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003>.

Fecha de recepción: 3 de junio de 2020

Fecha de aceptación: 9 de junio de 2020