



# UNA RESPUESTA ÉTICA EN LA ATENCIÓN A RESIDENCIAS DE ANCIANOS EN LA PANDEMIA COVID-19

## AN ETHICAL RESPONSE IN THE CARE OF NURSING HOMES IN THE COVID-19 PANDEMIC

EQUIPO COVID RESIDENCIAS, ÁREA DE SALUD VALLADOLID OESTE.

INTEGRANTES: ÁNGELA ARÉVALO, ALICIA ARMENTIA, BLANCA BLANCO, MARTA CANO, CRISTINA CRESPO, JOAQUÍN FRA, JESÚS GALÁN, NATALIA GALLEGO, SARA GARCÍA, EDGAR LOVELL, CLAUDIO NAVARRO, DANIEL RAMOS, AURORA SACRISTÁN, DIONISIO SAN SEGUNDO, CARMEN SÁNCHEZ, ÁLVARO SANZ, RESURRECCIÓN VACAS, JAVIER VISA

*Autor para correspondencia:*

*Álvaro Sanz Rubiales*

*Oncología Médica*

*Hospital Universitario del Río Hortega*

*Calle Dulzaina 1, 47013 Valladolid*

*983420400*

*asrubiales@hotmail.com*

### RESUMEN:

#### Palabras clave:

COVID-19. Residencia de ancianos. Bioética.

Recibido: 10/05/2020

Aceptado: 31/07/2020

La llegada de la pandemia COVID-19 puso en evidencia el riesgo de una posible falta de atención de los ancianos de las residencias de mayores. Aportamos la experiencia de un equipo multidisciplinar con profesionales voluntarios de diferentes especialidades que realizó una labor de apoyo a los profesionales sanitarios de las residencias. Este equipo se implementó desde las gerencias de atención primaria y de atención especializada. La sistemática de trabajo se inspiraba en el de hospitalización a domicilio e incluía la atención directa de los pacientes más complejos y el asesoramiento en las medidas de prevención, aislamiento e higiene dentro de la residencia. De este modo fue posible que los ancianos de las residencias con sospecha o diagnóstico de COVID-19 recibieran una atención adecuada por parte de un equipo interdisciplinar, que se descargara parte de la presión de los profesionales de las residencias y que los familiares percibieran que no existía abandono terapéutico. El compromiso desde diversos niveles asistenciales en una labor coordinada ha conseguido evitar que una población vulnerable pudiera quedar desatendido durante la pandemia.

### ABSTRACT:

#### Keywords:

COVID-19. Nursing home. Bioethics.

With the arrival of the COVID-19 pandemic, the risk of a possible lack of care for the elderly in nursing homes became evident. We summarize the experience of a multidisciplinary team with volunteer professionals from different specialties who carried out support for healthcare professionals in nursing homes. This team was implemented from both Primary and Specialty Care managements. Its work paradigm was proposed by our home hospitalization team, which included direct care of the most complex patients and

general counselling on isolation, hygiene and preventive measures within the nursing homes. Thanks to this support, the elderly population placed there, with suspected or diagnosed COVID-19, received adequate care from an interdisciplinary team, which led part of the pressure to be released from their professional workers, and many family members were aware that there was no neglect of the elderly. Commitment from various levels of care in a coordinated effort has prevented a vulnerable population from being left unattended during the pandemic.

## 1. Introducción

A mediados del pasado mes de marzo la OMS definió el COVID-19 como pandemia. Una de las posibilidades era que, si afectaba a España como lo había hecho en la provincia china de Hubei, la demanda asistencial colapsase el sistema sanitario, sobre todo los hospitales. Una vez que se constató, pocos días más tarde, que se podía considerar que el virus tenía transmisión comunitaria se adoptaron medidas extraordinarias de perfil social y sanitario. Aparte del confinamiento decretado dentro del estado de alarma, los hospitales presentaron sus planes de contingencia para poder afrontar una situación extrema en la que no había precedentes que marcaran una pauta.

En la etapa inicial de la pandemia en muchos países se planteó la cuestión ética del triaje y la selección de enfermos que pudieran beneficiarse más de medidas intervencionistas<sup>1</sup> y, en concreto, de la atención en unidades de críticos<sup>2</sup>. Era preciso proteger al vulnerable<sup>3</sup> y, a la vez, aplicar los medios de que se disponía -por desgracia, escasos- en aquellos pacientes que previsiblemente más se pudieran beneficiar. En esas primeras semanas llega-

ban las primeras noticias de elevada mortalidad en las residencias de ancianos en las que había entrado el coronavirus. Con el tiempo los datos oficiales en personas de ochenta años o más en nuestro medio han mostrado que la letalidad por COVID-19 se sitúa en torno al 20% y se acerca al 50% en caso de ingreso hospitalario<sup>4</sup>.

En esta línea, una recomendación fue la de intentar que las personas que vivieran en residencias de mayores fueran atendidas en las propias residencias sin necesidad de movilizarlos ni derivarlos al Hospital. Aunque era conocido que la edad era un factor de riesgo de gravedad en el COVID-19, lo que se pretendía no era limitar la atención de los ancianos sino que pudieran ser atendidos en su medio y evitar así traslados innecesarios que los sacaría de su hogar para situarlos en un medio extraño, a veces hostil, con los riesgos añadidos de contagio en un ambiente de pandemia y la iatrogenia de un ingreso en un paciente frágil (desajuste farmacológico, interacciones, infecciones...). Y, a la vez, evitar agravar aún más una más que previsible sobrecarga hospitalaria. Sin embargo, en los primeros días ninguna administración definió cómo se debía reforzar en la práctica la atención de estos pacientes -por ejemplo, con la implementación de equipos multidisciplinares que ya se había sugerido-, una atención que, en principio, correspondía a los médicos de las residencias junto con los equipos de atención primaria.

1 Emanuel, E.J., Persa, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., Zhang, C., Boyle, C., Smith, M., Phillip J.P. "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19". *The New England Journal of Medicine*. Mar 23. doi: 10.1056/NEJMs2005114. [Epub ahead of print]

2 En esas primeras semanas, aún sin perspectiva, en previsión de una situación que pudiera ser incluso de desastre sanitario numerosas sociedades científicas y comités éticos hicieron públicos documentos, recomendaciones y criterios -en ocasiones discordantes o críticos entre ellos en algunas apreciaciones- sobre la ética de la selección de pacientes y cómo debía fundamentarse

3 Comité de Bioética de España. "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". 25 de marzo de 2020.

4 Los datos del Ministerio referidos a pacientes con edad superior o igual a ochenta años muestran una letalidad global por COVID-19 del 21% (17% en mujeres y 28% en varones) que alcanza el 46% entre los que precisan ingreso hospitalario (44% en mujeres y 47% en varones). "Situación de COVID-19 en España a 30 de abril de 2020". <<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx>> [Consulta: 04/05/2020]

## 2. La respuesta ante un problema

En este escenario, desde la Unidad de Cuidados Paliativos - Hospitalización a Domicilio, a petición de la Dirección Médica, planteó cómo afrontar la atención de los ancianos de las residencias de mayores para que pudieran tener una atención adecuada utilizando los recursos disponibles y sin que supusiera una sobrecarga aún mayor del sistema<sup>5</sup>. La intención fue intentar dar apoyo al personal sanitario de estas residencias desde un perfil similar al que se ofrece desde Hospitalización a Domicilio. A la vez, sobre todo en las primeras semanas, cuando aún no había experiencia sobre atención a ancianos infectados por el coronavirus, la actitud activa se planteaba de modo que integrara un perfil sintomático paliativo, más evidente en aquellos pacientes que no respondieran a las medidas iniciales.

El equipo surgió de la sinergia de las gerencias de atención primaria y atención especializada del Área de Salud Valladolid Oeste que comprendieron que era un escenario que exigía un compromiso que superaba fronteras de distribución asistencial. Y que necesitaba también la colaboración de los servicios sociales. El equipo se fue formando con médicos de diferentes especialidades hospitalarias y de atención primaria, al que se unieron residentes en el último año de formación, que se ofrecían voluntariamente para colaborar. Dos de los médicos del grupo inicial fueron contagiados por COVID-19, probablemente atendiendo enfermos, y fue preciso que otros (entre ellos dos que ya habían superado la infección) vinieran a sustituirlos. La parte asistencial ha llegado a estar constituida por diez médicos. Además, dos especialistas (Alergia y Medicina Preventiva) se encargaron de asesorar a las residencias sobre cómo llevar a cabo las medidas de prevención para evitar la transmisión cruzada entre residentes y entre ellos con los trabajadores. Y otro núcleo se encargó de la coordinación, la comunicación con las direcciones de las residencias, la programación de las pruebas diagnósticas tipo RT-PCR para los residentes y para el personal que atendía las residencias, la relación

con los servicios sociales, la logística del material, los equipos de protección individual, la medicación, los vehículos para los traslados... Durante ese tiempo se mantuvieron la actividad habitual tanto de atención domiciliaria del equipo de cuidados paliativos como la de hospitalización a domicilio.

Se dio la circunstancia de que en esos momentos se estaba produciendo en el hospital un desequilibrio asistencial fuerte. Algunos Servicios que padecían una sobrecarga extraordinaria (Urgencias, Neumología, Medicina Interna, Intensivos, Anestesia) mientras que otros -sobre todo quirúrgicos- que habían tenido que minimizar hasta casi suspender su actividad. De este modo se favorecía la disponibilidad de personal sanitario para poder dedicarse a tareas diferentes de las suyas habituales.

## 3. Sistemática de trabajo

Desde la gestión del equipo se mantuvo contacto telefónico con las residencias, se manifestó nuestra preocupación por su situación y sus necesidades y se ofreció el apoyo asistencial y el asesoramiento en cuestiones de aislamiento e higiene. Cuando había conciencia de la necesidad de este apoyo y la residencia lo solicitaba o aceptaba el ofrecimiento acudían uno o dos médicos del equipo asistencial. La labor siempre fue coordinada y admitida, en ningún caso se planteó como una "intervención" externa dentro de las residencias. Estos médicos también habían recibido una formación elemental en aislamiento e higiene que les permitía dar unos consejos básicos aplicados a cada residencia. Por otra parte, un equipo de dos profesionales trabajaba de manera específica estas cuestiones de higiene y saneamiento, precauciones de aislamiento, separación *sucio-limpio* y circuitos de movimientos de los profesionales.

En la práctica, el apoyo al personal sanitario en las residencias consistía, fundamentalmente, en ofrecerse a atender a aquellos residentes con signos o síntomas sospechosos, sobre todo los que presentaran mayor gravedad o complejidad. Y esta atención se mantenía hasta que el proceso se resolvía. La intención era la de llevar el hospital al hogar del anciano ("hospitalización a domicilio"), intentar limitar los traslados que

5 Trabucchi, M., De Leo, D. "Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy". *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7 (5):387-388.

sacarían a los residentes de su medio -con el riesgo de desorientación y deterioro cognitivo por la pérdida de las referencias habituales-, sobrecargarían el hospital y supondrían un riesgo de infecciones añadidas (nosocomiales...) y administrar los tratamientos de soporte (orales o parenterales) de manera coordinada con el médico y el personal de enfermería de las residencias. Por las dificultades del traslado no fue posible disponer de radiografías en un buen número de pacientes, si bien en todo caso el criterio de actuación fue asumir en los casos con clínica moderada o severa la presencia de neumonía por COVID-19. En una primera fase la atención clínica fue empírica: no había datos sobre quiénes estaban infectados de modo que se les atendía y se diseñaba el aislamiento asumiendo la sospecha como certeza. Más adelante fue accesible realizar cribado con RT-PCR de modo que fue posible seleccionar pacientes y realizar un aislamiento con un fundamento epidemiológico más sólido.

En ningún momento se prohibió ni se bloqueó el traslado de pacientes al Hospital. Ese no era el objetivo del soporte que se hacía. Con cualquier paciente complejo se planteaba de inicio cómo se hubiese atendido un proceso similar fuera del contexto de pandemia, la pregunta sería, “¿qué hubiese hecho hace un año ante este paciente, con edad, su clínica, situación funcional, cognitiva y limitaciones?”<sup>6</sup>. También se tenía en cuenta cuáles deberían ser los tratamientos y las medidas de soporte ante una enfermedad en la que solo se ofrecen tratamientos experimentales o con evidencia muy limitada<sup>7</sup>. Aun así, en aquellos pacientes en que se estimó adecuado emplear hidroxiclороquina o antirretrovirales<sup>8</sup> el hospital los facilitó igual que hizo con otros trata-

mientos de manejo hospitalario como antibióticos parenterales (ceftriaxona, levofloxacino...)<sup>9</sup>.

A pesar de las limitaciones se ha procurado potenciar la humanización en la asistencia en general y en el trato de los pacientes en que se adivinaba que entraban en una situación irreversible de muerte cercana en particular<sup>10</sup>. Había que poner en la balanza el peso del riesgo de contagio al familiar y el bien del acompañamiento en esos momentos. Por eso, al familiar que, una vez informado, libremente quería acompañar se le facilitaba un equipo de protección individual y se le daban consejos para mantener una distancia y evitar el contacto.

Aunque se ha considerado que la información a los familiares corresponde al personal de las residencias, que los conoce de antes, en muchas ocasiones se ha colaborado para intentar transmitir a los familiares de pacientes más complejos la situación clínica y el pronóstico, así como en una toma de decisiones conjunta. Y se ha insistido en la presencia de un equipo de apoyo externo con médicos del hospital para intentar transmitir seguridad en la intensidad y la calidad de la atención, coordinada con la de la propia residencia y los equipos de Atención Primaria. En general, la labor de información ha sido complicada porque se trataba de una situación de ansiedad social por el confinamiento y el miedo a la infección y de mayor ansiedad entre los familiares que no podían acercarse a su padre o a su madre, que eran conscientes del riesgo de la infección y del mal pronóstico en ancianos. En la mayoría de los casos se realizó de forma telefónica, con las dificultades que esta vía supone para la transmisión de informaciones complejas y de posibles malas noticias. Y a eso había que añadir que las noticias difundidas por los medios de comunicación sobre residencias afectadas por el coronavirus hacían pensar en un escenario irreal de desastre, desatención y muerte segura. Por tanto, esta labor de información ha sido un apoyo muy importante para las

6 Comité de Bioética de España. *op.cit.*

7 Zagury-Orly, I., Schwartzstein, R.M. “Covid-19 — A Reminder to Reason”. *The New England Journal of Medicine*. 2020 Apr 28. doi: 10.1056/NEJMp2009405. [Epub ahead of print]

8 En las primeras semanas de la pandemia en nuestro medio se ha dado una situación paradójica. La mayor parte de las guías clínicas publicadas en revistas de prestigio, muchas de ellas con el aval de sociedades científicas, reconocían que no había evidencia científica suficiente como para recomendar un tratamiento específico del COVID-19 entre las diferentes opciones del momento: hidroxiclороquina, lopinavir-ritonavir, remdesivir, tozilizumab. Sin embargo, la mayor parte de los algoritmos prácticos que se empleaban en el día a día de los hospitales incluían alguno o varias de estos fármacos como un estándar asistencial en los pacientes con COVID-19

9 La guía práctica que se manejaba en las residencias de ancianos en esas semanas recomendaba instaurar tratamiento antibiótico si se sospechaba un proceso bacteriano concomitante al cuadro respiratorio provocado por el coronavirus.

10 Wakam, G.K., Montgomery, J.R., Biesterveld, B.E., Brown, C.S. “Not Dying Alone — Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic”. *The New England Journal of Medicine*. 2020 Apr 14. doi: 10.1056/NEJMp2007781. [Epub ahead of print]

familias de nuestros pacientes. Hay que entender que en el ambiente social en general se había generado una percepción de falta de equidad en que unos pacientes recibían una mejor atención -con más medios, con acceso a tratamientos específicos y medidas de soporte incluso invasivas- en función de su edad y de su lugar de residencia.

Este apoyo al personal sanitario de las residencias se ha realizado desde la más profunda humildad. Se ha atendido una enfermedad nueva con la que, cuando se redacta este texto, los más veteranos solo pueden acreditar unas pocas semanas de experiencia intensa. El objetivo principal del manejo es tratar y prevenir las complicaciones. Ya que se trata de una enfermedad sin tratamiento específico en la que se plantean diferentes, opciones farmacológicas, pero ninguna apoyada por una evidencia sólida. Y, por otra parte, los datos de la eficacia y toxicidad de estos fármacos con ancianos son casi inexistentes. Es evidente que en este escenario no es posible verse a uno mismo como experto sino como un colega que acude para poder dar apoyo.

#### 4. ¿Cuál ha sido nuestra experiencia?

Han sido unas semanas intensas en la que la mayor parte de los profesionales ha atendido un perfil de paciente diferente y en un ambiente diferente del de su práctica habitual. Lo que nos ha llevado a lo que ahora se llama "salir de nuestra zona de confort". El riesgo de contagio no ha sido solo una posibilidad: dos de los siete médicos que formaban el grupo asistencial inicial se contagiaron. Por suerte o bien lo han superado o se van recuperando en su domicilio. Durante semanas hemos tenido que atender residencias en que se había realizado un aislamiento empírico de los casos sospechosos, pero en las que, por desgracia, la realización sistemática de RT-PCR demostró que una mayoría de los residentes estaban infectados<sup>11</sup>, que la residencia en conjunto se

podía considerar contaminada o *zona sucia* y que las medidas de aislamiento eran solo ilusorias.

La atención a ancianos en una residencia no es fácil adaptarla a criterios rígidos. Pautar medicación -tanto oral como parenteral- o sencillamente oxígeno en gafas puede ser muy complicado por el mal cumplimiento. Exige un componente de cierta libertad de movimientos, sobre todo para los que se consideran válidos. Una parte importante del sufrimiento de estos ancianos no venía del miedo al contagio o de los síntomas de la enfermedad sino del confinamiento mantenido durante más de un mes en una misma habitación, con un compañero, sin las visitas de sus familiares y con la atención únicamente de personal equipados con sus correspondientes equipos de protección individual ("como astronautas") que limitan el reconocimiento y la cercanía y naturalidad del trato.

Aunque aún no se ha llevado a cabo una evaluación detallada de los resultados, la mortalidad observada no difiere mucho de la que se describe en ancianos con COVID-19 atendidos en hospitales. La satisfacción de los miembros del equipo ha sido evidente. Además, por los testimonios que nos han llegado, tanto los profesionales, como las familias de los residentes y la propia sociedad a través de los medios de comunicación han agradecido esta iniciativa<sup>12</sup>. Se ha percibido que los ancianos no han estado abandonados, objetivo principal de esta experiencia. La actitud ha incorporado una visión activa, con tratamiento y prevención de probables complicaciones (hidratación, antibióticos, anticoagulación, oxígeno) y, a la vez, una actitud paliativa que no desdeñaba el empleo de morfina o midazolam en el alivio de síntomas, sobre todo en situación de muerte cercana. No ha sido nuestro objetivo primario mejorar el pronóstico ni reducir la mortalidad sino dar soporte a los equipos sanitarios de las residencias y atención primaria, así como una buena atención a los ancianos con COVID-19. No cabe esperar que la opinión pública comprenda que no hay un trata-

11 Arons, M.M., Hatfield, K.M., Reddy, S.C., Kimball, A., James, A., Jacobs, J.R., Taylor, J., Spicer, K., Bardossy, A.C., Oakley, L.P., Tanwar, S., Dyal, J.W., Harney, J., Chisty, Z., Bell, J.M., Methner, M., Paul, P., Carlson, C.M., McLaughlin, H.P., Thornburg, N., Tong, S., Tamin, A., Tao, Y., Uehara, A., Harcourt, J., Clark, S., Brostrom-Smith, C., Page, L.C., Kay, M., Lewis, J., Montgomery, P., Stone, N.D., Clark, T.A., Honein, M.A., Duchin, J.S., Jernigan, J.A., for the Public

Health-Seattle and King County and CDC COVID-19 Investigation Team. "Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility". *The New England Journal of Medicine*. 2020 Apr 24. doi: 10.1056/NEJMoa2008457. [Epub ahead of print]

12 La actividad de este equipo llegó a ser portada de la prensa local (<<https://www.elnortedecastilla.es/valladolid/intervencion-medica-residencias-20200502081714-nt.html#vca=fixed-btn&vso=rrs&s&vmc=wh&vli=Valladolid>> [Consulta: 04/05/2020])

miento que haya demostrado eficacia en mejoría de la supervivencia en enfermos con COVID-19, menos aún en personas de más edad, ni que incluso en ancianos esta infección puede cursar en muchos pacientes de manera asintomática.

Para finalizar, es conveniente subrayar que esta iniciativa asistencial ha tenido desde el primer momento un perfil eminentemente ético. Hemos pretendido que hubiera equidad en la atención. Una equidad que no es igualdad, sino que intenta adaptar los recursos a las necesidades y al perfil de cada paciente. En un momento en que la falta de atención, el abandono<sup>13</sup>, era un riesgo real para una parte importante y vulnerable de la población se han puesto los medios para evitarlo y prevenirlo. Esta experiencia nos recuerda que no es suficiente diseñar o denunciar limitaciones o defectos: hay que actuar con medidas prácticas que lleven a atender a estos pacientes de manera adecuada. Ante un problema, ante un paciente que corre un riesgo, la ética no puede limitarse a teorizar: hay que actuar<sup>14</sup>. Centrarse en el problema, en el paciente, supone que las estructuras se adapten para darle solución no que el problema persista porque la rigidez del sistema impide encontrarle una solución práctica<sup>15</sup>. En este caso, se han integrado de manera coordinada los recursos de atención primaria y especializada (de gestión, asistenciales... incluida la propia farmacia que ha facilitado en muchos casos la medicación) porque tenían plena conciencia de la importancia del problema. Y ha sido posible también con el respaldo de servicios sociales. Se ha podido dar una cobertura interdisciplinar y se ha accedido a otros recursos, como ha sido la Unidad Militar de Emergencias para fumigar las residencias que pudieran precisararlo o se ha intentado gestionar un sistema de radiografía portátil que se pudiera emplear en las propias residencias.

En conjunto, se ha logrado evitar el riesgo de abandono de un colectivo vulnerable en varios sentidos<sup>16</sup>: vul-

nerable a cualquier problema de salud, especialmente la infección por coronavirus, y vulnerable a la indiferencia porque carecen en la mayoría de conciencia de la situación y de voz directa para poder reclamar sus derechos o una atención adecuada.

Pensamos que aportar nuestra experiencia puede ser útil si en un futuro, que en la evolución del COVID-19 se presenta incierto, se plantea realizar una atención más cercana e implicada de las residencias de mayores.

## Referencias

- Arons, M.M., Hatfield, K.M., Reddy, S.C., Kimball, A., James, A., Jacobs, J.R., Taylor, J., Spicer, K., Bardossy, A.C., Oakley, L.P., Tanwar, S., Dyal, J.W., Harney, J., Chisty, Z., Bell, J.M., Methner, M., Paul, P., Carlson, C.M., McLaughlin, H.P., Thornburg, N., Tong, S., Tamin, A., Tao, Y., Uehara, A., Harcourt, J., Clark, S., Brostrom-Smith, C., Page, L.C., Kay, M., Lewis, J., Montgomery, P., Stone, N.D., Clark, T.A., Honein, M.A., Duchin, J.S., Jernigan, J.A., forthePublicHealth–Seattle and King County and CDC COVID-19 InvestigationTeam. "Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility". *The New England Journal of Medicine*. 2020 Apr 24. doi: 10.1056/NEJMoa2008457. [Epub ahead of print]
- Comité de Bioética de España. "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". 25 de marzo de 2020
- Emanuel, E.J., Persa, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., Zhang, C., Boyle, C., Smith, M., Philip J.P. "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19". *The New England Journal of Medicine*. Mar 23. doi: 10.1056/NEJMs2005114. [Epub ahead of print]
- Heath, I. "Love in the time of coronavirus". *The British Medical Journal*. 2020; 369: m1801.
- León Correa, F.J. "Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social". *Acta Bioethica*. 2009; 15 (1): 70-78.

13 León Correa, F.J. "Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social". *Acta Bioethica*. 2009; 15 (1): 70-78.

14 Heath, I. "Love in the time of coronavirus". *The British Medical Journal*. 2020; 369: m1801.

15 Román Maestre, B. "Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo". *Medicina Paliativa*. 2013; 20 (1): 19-25.

16 Sam, P. "Redefining vulnerability in the era of COVID-19". *The Lancet*. 2020; 395: 1089.

- Román Maestre, B. "Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo". *Medicina Paliativa*. 2013; 20(1): 19-25.
- Sam, P. "Redefining vulnerability in the era of COVID-19". *The Lancet*. 2020; 395: 1089.
- Trabucchi, M., De Leo, D. "Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy". *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7 (5):387-388.
- Wakam, G.K., Montgomery, J.R., Biesterveld, B.E., Brown, C.S. "Not Dying Alone — Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic". *The New England Journal of Medicine*. 2020 Apr 14. doi: 10.1056/NEJMp2007781. [Epub ahead of print]
- Zagury-Orly, I., Schwartzstein, R.M. "Covid-19 — A Reminder to Reason". *The New England Journal of Medicine*. 2020 Apr 28. doi: 10.1056/NEJMp2009405. [Epub ahead of print]

