

## **DOCUMENT SOBRE ADEQUACIÓ DEL TRACTAMENT DE SUPORT VITAL EN EL PERÍODE DE PANDÈMIA SARS-CoV-2**

Al llarg dels darrers anys hem assistit a una progressiva flexibilització dels criteris d'admissió a la UCI, així com a la corresponent adequació de les mesures terapèutiques a prendre. Aquest fet s'ha produït per diferents motius, entre els quals destaquen l'increment de l'edat dels pacients i de la seva supervivència que s'ha acompanyat d'una major capacitat assistencial.

Davant la pandèmia provocada per la infecció del SARS-CoV-2 ens trobem amb un increment sobtat de la demanda assistencial i de manera més dramàtica, a cures intensives. Aquest fet ens presentarà (de manera especial si es presenta una manca manifesta de recursos) una sèrie de dilemes ètics a l'hora de prendre decisions assistencials.

En situacions d'emergència que afecten a la salut pública es pot considerar un escenari on determinats recursos, com són els llits de crítics, resultin escassos. En una situació de no emergència, la disponibilitat, juntament amb els criteris clínics que consideren l'atenció un benefici per al pacient, són elements suficients per decidir l'ingrés a UCI i els tractaments de suport vital adients. Tot i això aquest benefici comporta que malalts amb mal pronòstic restin habitualment exclosos o amb pautes de limitació o adequació del tractament de suport vital. Aquesta és una pauta consensuada.

En un context diferent, d'emergència, on es fa més necessari prioritzar l'accés als llits de crítics per a aquells malalts que puguin obtenir un benefici més gran, ens enfrontem a diverses consideracions de caràcter ètic sense que existeixin regles absolutes. La disponibilitat (carència) pot fer competir pel mateix recurs escàs diferents malalts iguals amb drets i dignitat.

És per això que en la situació d'emergència, l'ètica del benefici més gran no respon a qui és possible curar des d'un punt de vista utilitari, sinó a qui podrà superar amb més garanties d'èxit la malaltia.

No cal dir que les decisions s'han de fonamentar en el millor coneixement tècnic i en la reflexió ètica i aquesta ha de fer-se ponderant els principis bioètics a l'hora d'adjudicar recursos escassos davant una demanda elevada.

Pel que fa a l'adequació de l'esforç terapèutic i en concret, el referit als criteris d'admissió i de suport respiratori, els criteris d'aplicació i/o retirada s'haurien de regir pel principi de maximitzar els beneficis esperats per a cada pacient concret i no pel criteri d'arribada.

Algunes consideracions prèvies:

1. S'haurà de valorar l'esperança de vida per a cada pacient concret, no només atenent a la seva edat cronològica sinó també a la seva situació de salut global (comorbiditats i la situació evolutiva concreta d'aquestes).
2. S'haurà de valorar l'evolució clínica i la resposta a les mesures instaurades.
3. Valoració del benefici esperat, amb especial de la qualitat de vida esperada.
4. Valoració dels recursos disponibles, ja que aquests modularan les decisions a prendre.
5. Valoració dels desitjos del pacient i/o família (que pot ser difícil de conèixer en certes situacions). Realitzar la corresponent consulta de l'existència de DVA.
6. Previsió de l'evolució global de la pandèmia, en l'àmbit local concret.

Per tot això, es fan una sèrie de recomanacions:

1. Es realitzarà una valoració global a tot pacient, possible candidat a ingressar a UCI, que inclogui la seva situació funcional, cognitiva i de comorbiditat prèvies.
2. Intentar conèixer si les patologies que presenta el pacient estan en fase avançada o terminal. En aquest sentit, poden ser d'utilitat els criteris Pacient Crònic Complex (PCC) i/o amb Malalties Cròniques Avançades (MACA)\*. En aquests casos es limitaria tant l'ingrés a UCI com altres mesures de suport d'òrgans.
3. Pel que fa a l'edat cronològica, considerar el màxim suport respiratori en forma de VMNI i oxigenoteràpia d'alt flux als pacients majors de 80 anys que tinguin comorbiditats. Els pacients entre 70 i 80 anys sense comorbiditats destacades o si presenten comorbiditat en fase diferent de la referida al punt 2, podrien ser candidats a VM. En cas contrari, es valoraria VMNI i oxigenoteràpia d'alt flux.
4. Es plantejarà la retirada de les mesures instaurades segons l'evolució clínica (estimada mitjançant l'avaluació SOFA diària o similar).
5. En tot cas, si el criteri del professional mèdic difereix raonablement de les indicacions abans mencionades, s'hauria de prendre una decisió consensuada amb la resta de l'equip assistencial i considerar la consulta al CEA.
6. Aquestes recomanacions podran ser revalorades en funció de l'evolució de la pandèmia i de la disponibilitat de recursos.

Per qualsevol consulta al respecte es pot contactar amb el CEA (mòbil: 381286)

Es constituirà una comissió reduïda del CEA "ad hoc" per donar suport i assessorament a tots els professionals que ho sol·licitin.

**\* Criteris MACA:**

- Presència de malalties progressives, evolutives i irreversibles.
- Reconeixement d'una afectació clínica més greu, comparant-la amb l'estàndard de persones amb les mateixes malalties o condicions de base.
- Pronòstic de vida limitat.
- Escassa probabilitat de resposta a tractaments específics.
- Repercussions importants sobre l'estructura cuidadora