

## RECOMANACIONS PER SUPORT A LES DECISIONS DE LIMITACIÓ D'ESFORÇ TERAPÈUTIC (LET) PER PACIENTS AMB SOSPITA DE COVID-19 I INSUFICIÈNCIA RESPIRATÒRIA AGUDA (IRA) HIPOXÈMICA

*Grup de treball de Ventilació, Cap Àmbit Emergències, Direcció Mèdica i Direcció Infermera de SEM*

24 de març de 2020

### Introducció i justificació

Les infeccions emergents posen moltes vegades en joc les capacitats d'atenció dels sistemes sanitaris, sobretot quan el nombre de pacients greus o crítics supera o amenaça de superar les capacitats d'atenció del sistema. Això fa que siguin necessàries mesures en dos sentits fonamentals.

- Planificar la distribució dels recursos existents, ampliar els llits de crítics i equipar-los amb material propi o extern temporalment, i buscar alternatives de centres amb menys congestió i traslladant pacients dins del propi sistema.
- Mantenir una ètica en la presa de decisions basada en oferir els recursos a aquells pacients que més se'n pugin beneficiar, en termes d'anys de vida salvats, màxima supervivència a l'alta, evitar ingressos en pacients amb escàs benefici, ja sigui per patologies respiratòries pel Covid19 o d'altres patologies que condicionin l'estat crític, evitar el fenomen del "primer que arriba, el primer que ingressa" i aplicar aquests principis a tots els grups de pacients per igual, no sols a un grup concret com ara els pacients geriàtrics.
- Valoració individual fina d'aquells pacients amb més probabilitats de recuperació. Tot i que s'han desenvolupat escales de predicció de mortalitat i morbiditat a l'alta d'UCI (APACHEII, APACHE III, MODS, LODS, SOFA, MSOFSA...) totes elles han donat resultats moderats de valors predictius, i requereixen moltes variables de laboratori o seguiment no disponibles moltes vegades en medicina extrahospitalària. Altres instruments com el NECPAL, poden ser útils per valorar l'estat funcional del pacient i permetre decidir mes objectivament sobre el nivell terapèutic.

En resum, tot pacient afectat d'insuficiència respiratòria aguda (IRA) **TÉ DRET** a rebre assistència sanitària. La intensitat terapèutica es determinarà segons criteris objectius d'idoneïtat i expectatives de resolució del procés. L'objectiu és salvar el nombre màxim d'anys de vida en aquells pacients amb possibilitats màximes de supervivència a l'alta, i mantenir una qualitat de vida.

### **Nombre d'anys de vida salvats**

L'edat és un criteri important sobretot perquè es relaciona directament amb els anys de vida salvats en una intervenció, però no ha de ser MAI l'únic criteri a fer servir a l'hora de decidir la limitació d'esforç, i cal considerar aquells afectats amb màxima possibilitat de supervivència.

### **Recomanacions per suport a les decisions de limitació d'esforç terapèutic (LET)**

#### **Decisions per suport ventilatori:**

- a. Pacient >80 anys:
  - i. Rebrà només oxigenoteràpia amb mascareta reservori d'alta concentració tipus Monaghan®.
  - ii. Si en 15 minuts el pacient presenta saturació d'oxigen < 90% valorar col·locar en decúbit prono el pacient per millorar l'oxigenació.
  - iii. Considerar tractament de confort (mòrfic, midazolam) per pal·liar la sensació de dispnea.
  
- b. Pacients fins a 80 anys:
  - i. Valorar l'escala de Rockwood (veure més avall)
    1. ROCKWOOD I-II: Considerar VMI com a primera opció.
    2. ROCKWOOD III:
      - De 75 a 80 anys:
        - Rebrà només oxigenoteràpia amb mascareta reservori d'alta concentració tipus Monaghan®.

- Si en 15 minuts el pacient presenta saturació d'oxigen < 90% valorar col·locar el pacient en decúbit prono per millorar l'oxigenació.
  - Considerar tractament de confort (mòrfic, midazolam) per pal·liar la sensació de dispnea.
  - Menor de 75 anys:
  - Rebrà oxigenoteràpia amb mascareta reservori d'alta concentració tipus Monaghan®.
  - Si en 15 minuts el pacient presenta saturació d'oxigen < 90% valorar col·locar el pacient en decúbit prono per millorar l'oxigenació.
  - Si fracàs valorar VMI.
3. ROCKWOOD  $\geq$ IV:
- Rebrà només oxigenoteràpia amb mascareta reservori d'alta concentració tipus Monaghan®.
  - Considerar tractament de confort (mòrfic, midazolam) per pal·liar la sensació de dispnea.
- c. El criteri mèdic de cada pacient **ESTÀ PER SOBRE** d'aquestes recomanacions generals, sempre que sigui raonat, argumentat i consensuat amb pacient i familiars.
- d. En cas de limitació d'esforç terapèutic fora d'aquestes recomanacions o sense facultatiu al lloc, realitzar 3.1 CECOS per suport a la presa de decisions (**metge/-essa especialista en pacient crític- Taula trasllat Interhospitalari**)

## 2. Decisions per trasllat hospitalari

En tots els pacients a domicili o en residències geriàtriques amb sospita de Covid-19 que tinguin insuficiència respiratòria, comorbiditats de risc i deteriorament general, el maneig exclusivament domiciliari pot ser complex.

En aquests casos, quan s'observi **FUTILITAT** de mesures terapèutiques, es pot deixar el pacient al domicili sempre que es pugui **ASSEGURAR** amb la xarxa d'Atenció Primària (AP) un seguiment i cures pal·liatives. En cas contrari, es recomana traslladar (valorar possibilitat de destí a un centre sociosanitari, en comptes d'urgències hospitalàries).

### Plantejant la limitació






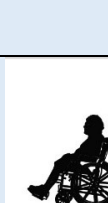

A l'hora d'informar de la decisió de limitació d'esforç terapèutic, cal emprar el sentit comú, l'empatia i consensuar les decisions. En condicions d'esgotament, molt habituals en èpoques de pressió, és fàcil no tenir el màxim encert a l'hora de transmetre la limitació a pacient i familiars, pel que oferim 4 senzilles maneres de poder afrontar-ho::

- **Plantejar la limitació com un bé pel pacient.** Els efectes secundaris dels tractaments agressius són causa de patiment i mort per complicacions de la fragilitat afegida a la ja present en el pacient. Centrar-nos en la idea d'evitar patiment.
- **No fer tractaments agressius no implica abandonar al pacient.** Transmetre a la família i al pacient que es faran els tractaments farmacològics i se seguirà al pacient, si evoluciona bé es continuaran les mesures, si no es vetllarà pel seu confort en tot moment.
- **No fer referència a que “no hi ha llits per tots”** com a motiu de denegar les cures intensives. No estem decidint “qui viu i qui mor” sols qui es pot beneficiar més de tractaments agressius, plantejar-ho al pacient i familiars centrats en el benefici del pacient, no dels altres.
- **Assegurar el confort del pacient si es queda a domicili** si és possible, recordem que molts centres, per seguretat, no deixen entrar als familiars i moltes vegades no poden acompanyar-los en els últims moments. Sols traslladar per cures pal·liatives si és estrictament necessari. Plantejar que la mort a casa en aquests moments és la millor opció si podem assegurar el control dels símptomes.
- **No imposar els nostres criteris** amb autoritat enèrgica pel fet de que “som els herois”. Recordem que hi ha un alt nivell de por i alarma social i

que les interpretacions i situacions de cada cas, pacient i família són úniques (socials, culturals, econòmiques, legals), no prejutjar i comprendre tots els punts de vista encara que no els compartim ens ajudarà a fer arribar el nostre missatge.

- **Practicar l'escolta activa** i repetir resumits els missatges emesos per la família o pacients per remarcar que els entenem.

ESCALA DE ROCKWOOD

NIVELL	SITUACIÓ FUNCIONAL	ACCIÓ RECOMANADA
 <p>1</p>	<p><b>Sana i en forma</b> Enèrgica, robusta, practicant esport habitual, sense patologies de base.</p>	VMI
 <p>2</p>	<p><b>Saludable</b> Sense malalties ni símptomes de base, exercici ocasional. No limitacions per ABVD.</p>	VMI
 <p>3</p>	<p><b>Controlada</b> Persona amb problemes crònics ben controlats, sense limitacions funcionals i practicant exercici en forma de caminar.</p>	<p>Segons edat: &lt;75a: VMI &gt;75a: O<sub>2</sub> alta concentració</p>
 <p>4</p>	<p><b>Vulnerable</b> Persona amb problemes crònics ben controlats, sense necessitat d'ajuda en la vida diària però "més lenta i cansada". Els símptomes limiten lleument la vida.</p>	O <sub>2</sub> alta concentració
 <p>5</p>	<p><b>Fragilitat lleu</b> Persona que necessita ajuda per activitats complexes de vida diària (finances, desplaçaments, feines domèstiques, medicacions). Patologies cròniques avançades, símptomes persistents i ingressos per descompensació.</p>	O <sub>2</sub> alta concentració
 <p>6</p>	<p><b>Fragilitat moderada</b> Persona amb patologia crònica múltiple i/o estat de fragilitat que requereix ajuda per algunes activitats bàsiques de vida diària (dutxa, wc, vestit, deambulació, transferències) i per totes les instrumentals i avançades.</p>	O <sub>2</sub> alta concentració
 <p>7</p>	<p><b>Fragilitat greu – estat final de vida</b> Dependència per totes les activitats bàsiques de vida diària. Vida sofà – lilit.</p>	O <sub>2</sub> alta concentració

## DIGNIFICAR L'ATENCIÓ A LES PERSONES GRANS FRÀGILS I EN FINAL DE VIDA EN L'ENTORN RESIDENCIAL DURANT LA PANDÈMIA DE COVID-19

L'excursionalitat de la situació actual, motivada per la pandèmia de COVID-19, comporta una afectació a tots els nivells de la societat, però té un especial impacte en les persones més fràgils i vulnerables i en contextos específics com els àmbits residencial i sociosanitari. Estem davant d'un escenari incert i canviant, en el qual suposa un gran repte poder donar l'atenció adequada que les persones necessitaran, tenint en compte l'elevada sobrecàrrega de treball per part dels professionals i de les institucions, que ja treballen de per sí molt tensionats, amb manca d'equips de protecció individual per als professionals i per a les famílies i amb una rotació del personal molt important a causa dels contagis o dels casos sospitosos.

L'afectació més greu de la COVID-19 es produeix en persones d'edat avançada amb comorbiditat i en situació de fragilitat. En aquest context, afecta especialment les persones ingressades en residències, que també passen més temps en contacte estret amb cuidadors i amb altres residents i més temps en espais tancats.

En aquesta situació de major risc de complicacions, és lògic que es faci una restricció de visites i, per tant, de contacte amb l'entorn, la qual cosa causa la separació de les persones malaltes dels seus familiars i del suport i acompanyament que aquests els ofereixen.

Alhora, es pot donar també una situació en què, sense ser necessàriament a causa de la COVID-19, la persona ingressada es trobi en una situació de final de vida i es vegi afectada per les restriccions de visites. Aquestes circumstàncies, en les quals els familiars no poden acompanyar el final de vida ni acomiadar-se del seu ésser estimat, poden generar nivells d'angoixa molt elevats i, fins i tot, sentiments de culpa.

Aquesta situació d'elevada tensió es pot intensificar, d'una banda, a causa de la por i l'angoixa d'altres persones residents davant el risc de contagi i, de l'altra, per l'actual cobertura i assistència que reben els residents per part dels propis professionals, els quals han hagut d'extremar mesures de prevenció pel fet de ser font de risc, prioritant contactes telefònics, mantenint distàncies i limitant el contacte físic i proper.

També és important tenir en compte l'existència de la por al contagi entre alguns dels professionals, poc avesats a situacions similars. És raonable i comprensible i cal buscar maneres de gestionar-la. També poden afectar els professionals les mesures extraordinàries adoptades envers els residents, així com el contacte amb els mateixos i el canvi en la manera de relacionar-s'hi.

Aquest és un moment complicat i incert en què, malgrat l'elevada sobrecàrrega que assumeixen els professionals i les institucions, hi ha també una gran implicació i solidaritat, i durant el qual cal vetllar pels drets de les persones més vulnerables, tot garantint el procés assistencial, molt especialment en les situacions de final de vida.

## **Consideracions generals**

1. Les recomanacions de distanciament social poden donar lloc a restricció de visites en residències, centres socio-sanitaris o, fins i tot, en domicilis amb gent gran i/o vulnerable. Això pot comportar, en alguns casos, aïllament i manca del suport i escalf familiar, i és especialment preocupant, si la situació s'allarga, en casos de malaltia o de final de vida.
2. La distància amb els residents malalts fa més difícil també la comunicació dels professionals amb els seus familiars, la qual sovint s'ha de mantenir per via telefònica. En algun cas, es comuniquen també d'aquesta manera males notícies o la presa de decisions greus, amb les dificultats afegides d'oferir i rebre suport que això provoca. La situació de sobrecàrrega dels professionals, malgrat els seus esforços, tampoc ajuda a poder abordar aquests moments amb la calma i serenitat necessàries.
3. Els criteris de presa de decisions sobre derivació a l'hospital referent poden veure's modificats segons els diferents escenaris que es produeixin, i són un element clau amb importants repercussions clíniques, assistencials i socials a mida que avanci la pandèmia. Aquest fet comporta dificultats ètiques, així com malestar en els propis professionals.
4. En situació de final de vida, l'aïllament social o quarantena pot dificultar el procés de comiat dels familiars. El fet de tenir una persona propera en aquesta situació, sola o aïllada, i no poder estar al seu costat, pot provocar una elevada angoixa a família o amics i, fins i tot, generar sentiment de culpa i sensació d'abandonament familiar. La manca de comiat pot afavorir la complexitat en el dol, en especial en els casos d'infants i adolescents.
5. La restricció de vetlles, funerals o exèquies, amb manca de suport social i de ritual de comiat, dificulta encara més el dol. El fet que les persones properes no puguin veure el difunt fa també més difícil l'aproximació a la realitat de què, efectivament, ha mort.

## **Recomanacions**

1. Individualitzar sempre l'atenció i la presa de decisions, considerant les preferències i valors previs de les persones.
2. Garantir la confidencialitat de les actuacions i evitar comentaris o judicis de valor.
3. Buscar l'equilibri entre les mesures de màxima seguretat i el fet que els familiars puguin acompanyar les persones en final de vida i en situació de major vulnerabilitat, disposant d'equips de protecció adequats.
4. Facilitar informació i suport tant per als professionals com per a les famílies en relació al seu risc de contagi, incloent consells sobre higiene de mans i respiratòria en tot moment. Caldria prèviament preparar-los abans d'entrar, per ajudar-los a trobar la màxima serenitat que els permeti fer el comiat i respectar simultàniament les mesures de protecció. També recomanar-los



extremar les mesures d'autovigilància sobre l'aparició de clínica respiratòria o febre.

5. Valorar l'adequació de la derivació dels pacients amb COVID-19 a l'hospital, basant-se en criteris de funcionalitat i pronòstic (mitjançant eines com la valoració geriàtrica integral) i en els valors i preferències de la persona malalta (que convindria conèixer i/o tenir a mà si ja els ha expressat).  
En el cas d'aquells pacients en situació final de vida o limitació de l'esforç terapèutic, es pot plantejar el tractament a l'entorn residencial amb les mesures oportunes d'aïllament per prevenir el contagi a altres residents o personal. Això pot facilitar que, sempre seguint les mesures d'autoprotecció, els familiars puguin acompanyar els malalts. Cal reforçar el suport als professionals amb protocols, però, sobretot, amb acompanyament, especialment si es dona el cas que han de prendre decisions de prioritització en l'atenció.
6. Implementar mesures d'informació a les famílies via telefònica o altres vies a distància, identificant les persones referents, buscant la manera de fer-les al més fluides possible. Incloure en aquest procés la família i, si és possible, la pròpia persona malalta per a la planificació anticipada de decisions i de cures, contextualitzada en la situació de la pandèmia COVID-19.
7. Disposar d'equips de persones que puguin recolzar emocionalment i espiritual les famílies a casa, priorititzant aquelles que estan pendents o han rebut males notícies, via telemàtica. També cal buscar maneres d'arribar a aquelles famílies amb menys recursos telemàtics o amb menys habilitat per fer-los servir.
8. Facilitar eines tecnològiques i de xarxes socials als familiars, per acompanyar els malalts i ancians. Incentivar, per exemple, el règim de trucades i videoconferències amb famílies, identificar referents i contactes especials que tinguin disponibilitat i eines per contactar, facilitar elements simbòlics que ajudin la persona afectada i la família, etc.
9. Orientar rituals d'acomiadament *pre-exitus* (carta de comiat, dibuix, àudio o vídeo telemàtic, recull d'imatges, espais de silenci per tal que els familiars puguin acompanyar la persona gran a distància, des de l'amor i la profunditat espiritual, així com acompanyar-se entre ells, etc.) i *post-exitus*, tot identificant estratègies virtuals de suport al dol.
10. Habilitar també formes de suport psicològic als professionals del centre després d'un èxitus.
11. Habilitar qualsevol mitjà telemàtic que pugui ajudar a superar la distància, i buscar maneres de resoldre-ho quan aquests no existeixin.

12. Oferir també la possibilitat de contactar i donar suport posterior, quan l'epidèmia hagi minvat i els recursos estiguin més disponibles.

Són moments excepcionals en què és imprescindible la bona coordinació entre tots, per una banda, dins dels propis equips de professionals i, per l'altra, amb les persones ateses i les seves famílies.

Han col·laborat en la redacció d'aquest document:

Maribel Esquerdo, metgessa PADES MUTUAM

Anna Olivé, metgessa Hospital Mare de Déu de la Mercè i de les residències Desalup i Activa Parc de les Aigües. Vicepresidenta de les seccions col·legials del CoMB de metges de l'àmbit sociosanitari i de residències.

Sara Pons, responsable d'Atenció Espiritual Fundació Sanitària Mollet.

Silvia de Quadras, psicòloga l'EAPS Mutuam Barcelona.

Dolors Quera, coordinadora Mèdica Hospital Mutuam Güell. Presidenta de la secció de metges de sociosanitari del CoMB.

Miquel Reguant, grup d'ètica CAMFIC.

Esther Roquer, metgessa geriatra Hospital Universitari Sant Joan de Reus.

Joan Solà, director Àrea Sociosanitària i Dependència de la Fundació Sanitària Mollet. President de la secció de Metges de Residències Geriàtriques del CoMB.

Josep Terés, president de la Comissió Deontològica del CoMB.

Montse Esquerda, presidenta de la Comissió de Deontologia del COMLL i presidenta de la Comissió de Deontologia del CCMC.

23 de març de 2020.

# RECOMANACIONS PER SUPORT A LES DECISIONS DE LIMITACIÓ D'ESFORÇ TERAPÈUTIC (LET) per pacients amb sospita d'infecció per Covid-19 i insuficiència respiratòria aguda (IRA) hipoxèmica

## DECISIONS SUPORT VENTILATORI

**Pacients <80 anys** (Valorar segons **escala de Rockwood** de més avall)

**Nivell I-II:** • Considerar VMI quan sigui necessari.

**Nivell III:** • Oxigenoteràpia amb mascareta reservori d'alta concentració tipus Monaghan®.  
• Si en 15 minuts el pacient presenta saturació d'oxigen < 90% valorar col·locar el pacient en **decúbit prono** per millorar l'oxigenació.

**75a - 80a:** Considerar tractament de confort (mòrfic, midazolam) per pal·liar la sensació de dispnea.

**<75a:** Si fracàs, valorar VMI.

**Nivell ≥IV:** • Oxigenoteràpia amb mascareta reservori d'alta concentració tipus Monaghan®.  
• Considerar tractament confort (mòrfic, midazolam) per pal·liar sensació de dispnea.







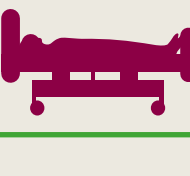
**Pacients >80 anys** • No suport ventilatori. Oxigenoteràpia amb mascareta reservori d'alta concentració tipus Monaghan®.

• Si en 15 minuts el pacient presenta saturació d'oxigen < 90% valorar col·locar el pacient en **decúbit prono** per millorar l'oxigenació.

• Considerar tractament confort (mòrfic, midazolam) per pal·liar sensació de dispnea.

**El criteri mèdic per cada pacient ESTÀ PER SOBRE d'aquestes recomanacions generals, sempre que sigui raonat, argumentat i consensuat amb pacient i familiars.**

En cas de limitació d'esforç terapèutic fora d'aquestes recomanacions o sense facultatiu al lloc, **3.1 CECOS per suport a la presa de decisions** (metge/ssa especialista servei crític taula TIH).

NIVELL	SITUACIÓ FUNCIONAL	ACCIÓ RECOMANADA
 I	<b>Sana i en forma</b> Enèrgica, robusta, practicant esport habitual, sense patologies de base.	VMI
 II	<b>Saludable</b> Sense malalties ni símptomes de base, exercici ocasional. No limitacions per ABVD	VMI
 III	<b>Controlada</b> Persona amb problemes crònics ben controlats, sense limitacions funcionals i practicant exercici en forma de caminar	Segons edat: <75a: O <sub>2</sub> . VMI >75a: O <sub>2</sub> alta concentració
 IV	<b>Vulnerable</b> Persona amb problemes crònics ben controlats, sense necessitat d'ajuda en la vida diària però "més lenta i cansada". Els símptomes limiten lleument la vida.	O <sub>2</sub> alta concentració
 V	<b>Fragilitat lleu</b> Persona que necessita ajuda per activitats complexes de vida diària (finances, desplaçaments, feines domèstiques, medicacions). Patologies cròniques avançades, símptomes persistents i ingressos per descompensació.	O <sub>2</sub> alta concentració
 VI	<b>Fragilitat moderada</b> Persona amb patologia crònica múltiple i/o estat de fragilitat que requereix ajuda per algunes activitats bàsiques de vida diària (dutxa, wc, vestit, deambulació, transferències) i per totes les instrumentals i avançades.	O <sub>2</sub> alta concentració
 VII	<b>Fragilitat greu – estat final de vida</b> Dependència per totes les activitats bàsiques de vida diària. Vida sofà – llit.	O <sub>2</sub> alta concentració

En pacients que es consideri **futilitat de mesures terapèutiques**, valorar deixar al domicili / residència geriàtrica sempre i quan es garanteixi el seu seguiment per l'assistència primària (AP) i cures pal·liatives. En cas contrari, valorar amb CECOS trasllat a centre sociosanitari.