

DECÀLEG PER A UNA APLICACIÓ CORRECTA DE L'ADEQUACIÓ DEL TRACTAMENT

Nota de la Comissió de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC)

La medicina actual pot fer molt més per als pacients que anys enrere, però també pot augmentar-ne el patiment, fruit de tractaments cada vegada més agressius i de l'increment de la fragilitat. Més enllà de la quantitat de vida, el metge, en la proposta de tractament, ha d'adequar l'ajuda que ofereix a la qualitat de vida, de manera personalitzada i ponderada amb el mateix malalt. La primera lleialtat del metge ha d'ésser envers la persona que atén i és un deure del metge evitar-ne el patiment.

La **futilitat** s'entén com la inutilitat d'una actuació per aconseguir l'objectiu principal perseguit i pactat, el qual acostuma a ser la curació o la millora.

Una actuació fútil no hauria de proposar-se mai quan és prou clar que no aportarà beneficis per al pacient. En ocasions, un tractament inicialment ben indicat i acceptat pot esdevenir fútil. Arribat el cas, s'hauria d'aturar.

No considerar la futilitat dels procediments diagnòstics o terapèutics que volem aplicar o que anem aplicant ens pot fer caure en l'anomenat aferrissament terapèutic.

L'**aferrissament terapèutic** és l'obstinació a mantenir la vida biològica quan les possibilitats reals de recuperació són nul·les, mínimes o no desitjades.

L'**adequació del tractament** consisteix a ajustar les actuacions sanitàries, considerant tant la situació biològica com la psico-biogràfica del pacient, per tal d'evitar les actuacions que no li aportin prou benefici i/o li provoquin un patiment evitable. Amb l'adequació, s'evita la futilitat.

L'adequació del que es fa per aconseguir l'objectiu pactat és un **deure professional** que requereix reflexió, sovint col·lectiva (participació de l'equip assistencial, el pacient i els familiars). Convé que aquest procés de reflexió per arribar a la decisió d'adequació del tractament quedi ben plasmat a la història clínica, així com a l'informe d'alta per facilitar la continuïtat assistencial amb la resta de nivells assistencials (atenció primària, atenció intermèdia, hospitals, etc.).

A continuació, es presenten **10 recomanacions** per a la correcta aplicació de l'adequació del tractament:

1. Adquirir l'hàbit de **valorar el risc/benefici dels tractaments i/o proves complementàries** que es pensen proposar o que s'estan aplicant en pacients amb mal pronòstic vital o en situació de final de vida. És important evitar les improvisacions.

2. Disposar de la **màxima informació biològica i mèdica del pacient**: patologia de base, antecedents patològics, situació funcional i cognitiva, índex de gravetat i evolució del procés actual, pronòstic vital realista (amb i sense el tractament), complicacions previsibles, molèsties que s'hi afegiran o iatrogènia resultant.
3. Obtenir la **màxima informació psico-biogràfica del pacient**. Individualitzar els casos fugint dels protocols rígids d'actuació "segons patologies". Saber coses del pacient ajuda a adequar millor les propostes a fer.

És necessari **conèixer i consultar la història clínica compartida de Catalunya** (HC3), que permet la interrelació entre atenció primària i atenció hospitalària, amb accés a la informació de pacients ja identificats com a especialment vulnerables (MACA, PCC, etc.).

De la mateixa manera, convé sempre **consultar a la carpeta de documents si existeix un Document de Voluntats Anticipades (DVA) o un Pla de Decisions Anticipades (PDA)** pactat amb el metge responsable.

4. Propiciar el **consens entre tots els membres de l'equip i els diferents especialistes implicats** en els casos complexos. És important cohesionar al màxim els punts de vista dels professionals que intervenen en el procés, ja que sovint poden diferir sobre l'objectiu i els límits del tractament. Cal deliberar aportant-hi raons per actuar de manera conjunta i poder informar sense contradir-se.
5. Prendre la **decisió amb el pacient o amb els familiars**, si aquest no és competent. Pot donar-se la circumstància de que existeixi un DVA o un PDA i que la família ho desconegui. La possibilitat de no aplicar tractaments agressius i/o fútils ha de plantejar-se de manera progressiva i cautelosa, tot evitant fórmules dràstiques que puguin interpretar-se com un abandó.
6. Donar **importància a la comunicació**, ja que és fonamental. De la manera com es presenta la informació pot dependre una decisió familiar o una altra. És necessari "fer-se entendre" amb un llenguatge planer, deixant ben clar que tothom (metges i família) busca el millor per al malalt. Cal reconduir l'esperança de la curació cap a l'evitació d'un patiment evitable.
7. Ajudar el pacient i els familiars a decidir. S'ha d'**acompanyar en la presa de decisions** i fer evident que l'equip s'hi implica. En el cas que siguin els familiars qui han de decidir, cal procurar que no tinguin la sensació que tot el pes i la responsabilitat recau sobre ells. És important el paper del Comitè d'Ètica Assistencial (CEA) del centre en cas de dubte entre professionals o discrepàncies amb la família.

8. Mantenir la comunicació i una **relació empàtica i comprensiva durant tot el procés**. En tractar-se d'un procés dinàmic, cal anar actualitzant la informació al llarg de l'evolució del pacient, fins al final. La comunicació mantinguda durant la situació de final de vida facilita l'elaboració del procés de dol i redueix el risc de patir posteriorment un dol difícil o patològic.
9. Deixar **constància argumentada a la història clínica dels passos seguits** que han portat a decidir la intensitat terapèutica. Explicitar com ha estat la comunicació amb la família i si hi ha hagut o no dificultats en el consens.
10. Reflectir de manera inequívoca a la informació escrita dels informes d'alta i informes d'èxitus el **raonament clínic emprat per prendre la decisió de fer una adequació del tractament** (cal evitar, per exemple, utilitzar sigles que puguin donar lloc a confusió). Convé també explicitar –si n'hi ha hagut– les discrepàncies i la seva resolució.

Barcelona, novembre de 2024.