

DECÁLOGO PARA UNA APLICACIÓN CORRECTA DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO

Nota de la Comisión de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC)

La medicina actual puede hacer mucho más por los pacientes que años atrás, pero también puede aumentar su sufrimiento, fruto de tratamientos cada vez más agresivos y del incremento de la fragilidad. Más allá de la cantidad de vida, el médico, en la propuesta de tratamiento, debe adecuar la ayuda que ofrece a la calidad de vida, de forma personalizada y ponderada con el propio enfermo. La primera lealtad del médico debe ser hacia la persona a la que atiende y es un deber del médico evitar su sufrimiento.

La **futilidad** se entiende como la inutilidad de una actuación para conseguir el objetivo principal perseguido y pactado, que suele ser la curación o la mejora.

Una actuación fútil no debería proponerse nunca cuando está bastante claro que no aportará beneficios para el paciente. En ocasiones, un tratamiento inicialmente bien indicado y aceptado puede convertirse en fútil. Llegado el caso, se debería parar.

No considerar la futilidad de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que queremos aplicar o que vamos aplicando nos puede hacer caer en el llamado encarnizamiento terapéutico.

El **encarnizamiento terapéutico** es la obstinación en mantener la vida biológica cuando las posibilidades reales de recuperación son nulas, mínimas o no deseadas.

La **adecuación del tratamiento** consiste en ajustar las actuaciones sanitarias, considerando tanto la situación biológica como la psico-biográfica del paciente, para evitar las actuaciones que no le aporten suficiente beneficio y/o le provoquen un sufrimiento evitable. Con la adecuación, se evita la futilidad.

La adecuación de lo que se hace para conseguir el objetivo pactado es un **deber profesional** que requiere reflexión, a menudo colectiva (participación del equipo asistencial, paciente y familiares). Conviene que este proceso de reflexión para llegar a la decisión de adecuación del tratamiento quede bien plasmado en la historia clínica, así como en el informe de alta para facilitar la continuidad asistencial con el resto de los niveles asistenciales (atención primaria, atención intermedia, hospitales, etc.).

A continuación, se presentan **10 recomendaciones** para la correcta aplicación de la adecuación del tratamiento:

1. Adquirir el hábito de **valorar el riesgo/beneficio de los tratamientos y/o pruebas complementarias** que se piensan proponer o que se están aplicando en pacientes con mal pronóstico vital o en situación de final de vida. Es importante evitar las improvisaciones.

2. Disponer de la **máxima información biológica y médica del paciente**: patología de base, antecedentes patológicos, situación funcional y cognitiva, índice de gravedad y evolución del proceso actual, pronóstico vital realista (con y sin el tratamiento), complicaciones previsibles, molestias que se añadirán o yatrogenia resultante.
3. Obtener la **máxima información psico-biográfica del paciente**. Individualizar los casos huyendo de los protocolos rígidos de actuación “según patologías”. Saber cosas del paciente ayuda a adecuar mejor las propuestas a hacer.

Es necesario **conocer y consultar la historia clínica compartida de Cataluña** (HC3), que permite la interrelación entre atención primaria y atención hospitalaria, con acceso a la información de pacientes ya identificados como especialmente vulnerables (MACA, PCC, etc.).

Del mismo modo, conviene siempre **consultar en la carpeta de documentos si existe un Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) o un Plan de Decisiones Anticipadas (PDA)** pactado con el médico responsable.

4. Propiciar el **consenso entre todos los miembros del equipo y los diferentes especialistas implicados** en los casos complejos. Es importante cohesionar al máximo los puntos de vista de los profesionales que intervienen en el proceso, ya que a menudo pueden diferir sobre el objetivo y los límites del tratamiento. Hay que deliberar aportando razones para actuar de forma conjunta y poder informar sin contradecirse.
5. Tomar la **decisión con el paciente o con los familiares**, si este no es competente. Puede darse la circunstancia de que exista un DVA o un PDA y que la familia lo desconozca. La posibilidad de no aplicar tratamientos agresivos y/o fútiles debe plantearse de forma progresiva y cautelosa, evitando fórmulas drásticas que puedan interpretarse como un abandono.
6. Dar **importancia a la comunicación**, ya que es fundamental. De la forma en que se presenta la información puede depender una decisión familiar u otra. Es necesario “hacerse entender” con un lenguaje llano, dejando bien claro que todo el mundo (médicos y familia) busca lo mejor para el enfermo. Hay que reconducir la esperanza de la curación hacia la evitación de un sufrimiento evitable.
7. Ayudar al paciente y los familiares a decidir. Se debe **acompañar en la toma de decisiones** y hacer evidente que el equipo se implica. En caso de que sean los familiares quienes deben decidir, hay que procurar que no tengan la sensación de que todo el peso y la responsabilidad recae sobre ellos. Es importante el papel

- del Comité de Ética Asistencial (CEA) del centro en caso de duda entre profesionales o discrepancias con la familia.
8. Mantener la comunicación y una **relación empática y comprensiva durante todo el proceso**. Al tratarse de un proceso dinámico, hay que ir actualizando la información a lo largo de la evolución del paciente, hasta el final. La comunicación mantenida durante la situación de fin de vida facilita la elaboración del proceso de duelo y reduce el riesgo de sufrir posteriormente un duelo difícil o patológico.
 9. Dejar **constancia argumentada en la historia clínica de los pasos seguidos** que han llevado a decidir la intensidad terapéutica. Explicitar cómo ha sido la comunicación con la familia y si ha habido o no dificultades en el consenso.
 10. Reflejar de manera inequívoca en la información escrita de los informes de alta e informes de exitus el **razonamiento clínico empleado para tomar la decisión de hacer una adecuación del tratamiento** (hay que evitar, por ejemplo, utilizar siglas que puedan dar lugar a confusión). Conviene también explicitar –si las ha habido– las discrepancias y su resolución.

Barcelona, noviembre de 2024.