

SOBRE LA INFORMACIÓ QUE EL METGE HA DE DONAR AL PACIENT

Antoni Caralps i Riera

El Consell de Col·legis de Metges de Catalunya va editar un Codi de Deontologia que recull les Normes d'Ètica Mèdica. Aquestes normes, les va aprovar l'Assemblea General de Metges de Catalunya, reunida a Barcelona el 16 de juny de 1997, i entraren en vigor l'1 de gener de 1998.

En un col·loqui sobre eutanàsia, es pertinent comentar el que diu el Codi sobre la informació al pacient (Norma III, apartats del 20 al 27):

20. El metge té el deure de donar al pacient la màxima informació possible sobre el seu estat de salut, els passos diagnòstics, les exploracions complementàries i els tractaments. La informació ha d'ésser donada de manera entenedora y prudent, i comprendrà també les mesures preventives per a evitar el contagi i la propagació de la malaltia. També ha d'informar la persona en el cas que sigui objecte d'investigació, experimentació o docència.

21. El metge ha d'informar la persona que atén del risc que poden significar per a la seva salut els seus hàbits, el treball que exerceix, o té intenció d'exercir, i el medi en què es desenvolupa.

22. El metge ha d'informar el pacient de les alteracions que pateix i del pronòstic de la malaltia de manera entenedora, verídica, mesurada, discreta, prudent i esperançadora.

23. Quan es tracti de malalties de pronòstic greu, el metge ha de procurar igualment informar el pacient, i ha de plantejar-se en consciència com aconseguir que tant la mateixa informació com la manera de donar-la no el perjudiquin.

24. El metge informará les persones vinculades al pacient, quan aquest així ho autoritzi o quan el metge intueixi que no hi ha la possibilitat d'una comprensió lúcida per part del pacient.

25. Quan el metge actui com a pèrit, inspector o similar és quan més acuradament ha de fer saber al pacient, abans d'actuar, la seva condició. Un cop finalitzada la seva tasca, ha de comunicar-li prioritàriament el contingut de l'informació, sempre que no hi hagi un factor perjudicial per a la seva salut que aconselli no fer-ho. Mai no ha de fer judicis o comentaris despectius sobre el diagnòstic, el tractament o el pronòstic establerts amb anterioritat per altres col·legues. Ha d'entendre's directament amb el metge que té cura del pacient o, si és el cas, amb el Col·legi de Metges.

26. El pacient té el dret de disposar d'un informe i, quan ho demani, dels documents de les proves diagnòstiques referents a la seva malaltia.

27. El metge només podrà lliurar informació del pacient a altres col·legues, institucions o centres quan disposi de la seva autorització explícita i, si aquest no pogués donar-la, la de les persones responsables a ell vinculades, o quan la documentació o informació tramesa sigui necessària per a garantir la continuïtat de l'assistència, completar l'estudi o tractament del pacient.

En aquest col·loqui de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, ens interessen els fragments dels paràgrafs següents, que subratlarem i comentarem en detall:

DEURES DEL METGE SOBRE LA INFORMACIÓ AL PACIENT I ELS SEUS CONTINGUTS

- "El metge té el deure de donar al pacient la màxima informació possible sobre el seu estat de salut, els passos diagnòstics, les exploracions complementàries i els tractaments..."

- "El metge ha d'informar el pacient de les alteracions que pateix i del pronòstic de la malaltia..."

- Quan es tracti de malalties de pronòstic greu el metge ha de procurar igualment informar el pacient..."

En resum:

Queda clar que el metge té l'obligació de donar al pacient la màxima informació sobre tots els aspectes de la malaltia. En aquesta Normativa III no s'exclouen els menors amb capacitat lúcida, però tampoc se'ls cita explícitament. I la informació a les persones vinculades al pacient se supedita que aquest ho autoritzi, llevat que el metge intueixi que li manca comprensió lúcida.

COM S'HA DE DONAR LA INFORMACIÓ?

- "... la informació ha de ser donada de manera entenedora i prudent..."

- "El metge ha d'informar de manera entenedora, verídica, mesurada, discreta, prudent i esperançadora".

- "Quan es tracti de malalties de pronòstic greu (...) el metge ha de plantejar-se en consciència com aconseguir que tant la mateixa informació com la manera de donar-la no perjudiquin el pacient."

En resum:

Quedar clar que el metge no pot donar la informació fredament. I que l'ha de donar de manera que el malalt l'entengui ("entenedora") i sense dir mentides ("verídica").

Per què diem que el metge no pot donar la informació fredament? Doncs perquè la Norma recomana que aquesta informació es doni amb les peculiaritats següents:

- Prudència, és a dir, moderació.
- Mesura, és a dir, circumspecció, cortesia, respecte.
- Discreció, és a dir, tacte.
- Esperança, és a dir, que faci concebre esperances (però com que la informació ha de ser verídica, no poden ser falses esperances).

Aquestes peculiaritats persegueixen un fi ja esmentat en el paràgraf anterior referent a la informació de les malalties de pronòstic greu. Aquest paràgraf, diu entre altres coses: "... que tant la mateixa informació como la manera de donar-la no perjudiquin el pacient".

Comentari

Estem plenament d'acord amb aquesta Norma. El malalt ha de saber tota la veritat i el metge ha de saber transmetre-la (per dir-ho en paraules diferents de les del Codi, però que volen dir el mateix) amb dignitat, humanitat i empatia (l'empatia és la capacitat de posar-se en el lloc de l'altre), procurant sempre que el malalt sigui capaç d'adaptar-se a la nova situació amb els seus mecanismes de defensa (i els que el metge i el seu entorn li procurin).

Aquesta manera d'actuar ens sembla preferible a la informació pura i dura, que tal vegada produiria en el pacient un trasbals de conseqüències imprevisibles. I també rebutgem no dir la veritat i, encara pitjor, anar sostenint el malalt amb mentides, perquè això és un exemple de paternalisme que atempta contra l'autonomia i la dignitat de l'ésser humà. En la situació de les malalties greus, i molt en particular de les irremeiables, el desconeixement de la veritat roba al malalt viure moments i experiències personals, mèdiques, socials, jurídiques i espirituals d'una importància cabdal en la seva vida.

L'actitud mèdica, que defensem, és de vegades una de les més difícils de la seva feina. I per a exercir-la amb professionalitat i eficàcia, el metge necessita un aprenentatge que en aquests moments no ens sembla que rebi prou abastament, fet aquest que seria molt important que s'esmenés. El metge no sols ha de rebre entrenament en la prevenció, el diagnòstic i el tractament de les malalties, sinó també en la manera de comunicar-les, en el complex procés de morir i en la mort.

En la nostra cultura, la negació i l'ocultació de la mort té a veure amb la poca preparació que s'adverteix en els pacients

per a afrontar-la. Aquesta situació té efectes sobre el pacient i sobre el metge. Sobre el pacient, perquè el porta a defugir una informació completa. I sobre el metge, perquè atenent aquest desig aparent no la hi proporciona.

Així és molt habitual que el pacient estigui desinformat i que la família estigui plenament informada, en contra del que recomana el Codi.

Nosaltres pensem que el fet natural d'emmalaltir i morir hauria de formar part del que s'anomena "educació sanitària de la població", que s'hauria de començar a donar a l'escola i que no hauria de consistir tan sols que les persones col·laboressin a promoure la salut i a prevenir les malalties, sinó a adquirir coratge per a anar de seguida al metge quan hom es troba malament, a expressar en vida la voluntat de donar òrgans i teixits per a un possible transplantament, a tenir la capacitat d'afrontar l'última malaltia i a comunicar o redactar el testament vital.

En el futur, tal vegada les coses canviïn per dos motius. Primer, perquè hi hagi tota l'estructura de persones i coses que fan falta per a atendre el desig que sembla immensament majoritari de "morir a casa". I segon, perquè els nous coneixements sobre el genoma humà molt probablement permetran saber de bell antuvi la data de la mort que la genètica determina.

CONSIDERACIÓ FINAL

En aquesta ponència del "Col·loqui sobre l'Eutanàsia", hem tractat la informació que el metge ha de donar al malalt, defensant la Norma Ètica del Codi de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.

Nogensmenys, com que els metges, els malalts i les relacions que s'estableixen entre ells són molt diverses, no voldríem ser dogmàtics en les nostres recomanacions, i desitgem deixar la porta oberta a actituds conjunturals diferents de la que proposem, però sempre fonamentades en una formació, un coneixement i una meditació profunda per part del metge.

En aquest sentit, i per a acabar, em sembla adient citar unes paraules del nostre mestre, el professor Jean Hamburger:

"L'entrenament ètic d'un metge –diu Hamburger– no es pot limitar a l'ensenyament d'unes poques regles fàcils. Ha d'estimular també una lúcida comprensió de la relació entre el metge i el malalt, de la dignitat d'aquest i de l'amplitud dels serveis que es poden oferir. Així es desenvoluparà certament, més que fer la instrucció d'un Codi, el profund sentit de la responsabilitat que és essencial per a cada metge. La millor manera de resoldre les dificultats creixents de l'ètica mèdica consisteix a formar metges humanitaris i forts, no sols honrats i justos de pensaments, sinó eficients en la seva acció, en desenvolupar en ells el coneixement del valor de la vida de l'home i en convèncer-los que la seva feina és una obligació cap el gènere humà."

EUTANÀSIA. LA PLURALITAT I LA MOBILITAT D'IDEES

Jacint Corbella i Corbella i Emili Huguet i Ràmia

El tema de l'eutanàsia planteja moltes qüestions i hi ha un debat obert a la societat. Aquí intentem contribuir a fixar, en part, la posició de l'Acadèmia.

La protecció de la vida ha estat un determinant de moltes actituds humanes i de la legislació que tradueix les idees de la societat. Ara estem en un període en què hi ha una gran mobilitat en aquest camp i apareixen enfocaments diferents que coexisteixen amb els anteriors. És un tema que crea un debat, en uns països més que d'altres. Fins i tot hi ha una certa confrontació.

Quan hi ha un nombre suficient de persones, una part important de l'opinió, que expressa idees diferents, pot ser difícil voler mantenir una postura uniforme i rígida, en contra de la pluralitat de les idees d'altres.

Aquí volem enfocar el tema des del punt de vista de la diversitat de criteris, de la mobilitat de les idees i de les influències que trobem en altres països.

LES SITUACIONS DE LA PATOLOGIA

Els canvis científics i tecnològics han fet que algunes circumstàncies i possibilitats en relació amb el període d'acabament de la vida hagin variat, principalment en dos aspectes que, en part, són complementaris.

1. Un deriva del progrés tecnològic directe. La possibilitat de mantenir unes funcions vitals de manera artificial. L'exemple més clar és la respiració assistida, però les possibilitats són més àmplies. Quan la possibilitat de supervivència és mínima, i l'únic que s'aconsegueix és allargar una situació que no es pot solucionar, s'ha arribat a parlar d'acarnissament terapèutic, del qual hi ha prou exemples coneguts.

2. En un altre extrem, hi ha el cas de persones amb un pronòstic de vida més o menys obert, però que tenen lesions que els impedeixen l'exercici de les seves funcions físiques o psíquiques. Exemples extrems poden ser el tetraplègic que necessita per força ajut extern, però pot mantenir la vida molt temps i amb ple coneixement. O bé la persona amb una demència intensa, que ja no coneix ningú, però que manté les funcions vitals àdhuc amb una considerable eficàcia.

Moltes d'aquestes situacions no són evidentment noves, però les possibilitats actuals, tant d'allargament de la vida com de millores tècniques, fan que arribi a tractar-se d'una qüestió freqüent.

Això ha influït en molts sectors de la societat i s'han cercat solucions quan la situació esdevenia un problema. S'ha arribat a la idea, per una part de la població, que no valia la pena continuar amb certes formes de vida quan comportaven una situació molt penosa o irrecuperable.

Així, s'ha plantejat la possibilitat d'algunes actituds concretes en front d'aquestes situacions. Tot i que els casos poden ser molt diversos, s'ha arribat a una classificació en tres nivells:

– El primer és insistir en la terapèutica quan aquesta ja és totalment ineficaç, tot i que encara podria allargar la vida, però per poc temps previsible i sense millora. És la idea de "deixar morir tranquil". Correspon al concepte més elaborat d'"eutanàsia passiva". Ara està plenament acceptat per sectors molt amplis de la població.

– Un segon punt es basa en l'administració de medicacions que disminueixin les molèsties, principalment el dolor, encara que algunes vegades els efectes secundaris siguin importants o àdhuc accelerin la mort. Un exemple clar és l'administració d'analgèsics en cas de dolors intensos, encara que tinguin com a efecte secundari una depressió respiratòria, com és el cas dels mòrfics. Teòricament, l'exemple és clar, però cada vegada més es poden aconseguir analgèsics amb eficàcia sense els efectes esmentats. Les unitats del dolor han fet progressos importants en aquest camp. Conceptualment s'ha definit com a "eutanàsia activa indirecta". La intenció és millorar el malalt, assumint el risc vital, però no acabar directament el procés.

– El tercer nivell considera la possibilitat d'acabar directament la vida del malalt quan la situació és extremament penosa o clarament irrecuperable. És la que s'ha considerat com a "eutanàsia activa" i és el tema que ara hem de considerar.

En un temps en què moltes persones es troben, o es preveu que es trobaran, en situacions d'aquest tipus, hi ha una preocupació estesa a la societat entorn d'aquests fets. Bàsicament es poden definir algunes situacions:

– Cas en què hi ha una reducció intensa de les funcions vitals, que necessiten terapèutica instrumental permanent (p.e. respiració assistida), amb disminució intensa del nivell de consciència (coma profund), amb diagnòstic de lesions que es consideren irrecuperables (lesions encefàliques), però que en un moment determinat recuperen el seu ritme respiratori espontani. Es converteix en una "vida vegetativa". Hi ha prou casos perquè el tema es discuteixi. En aquesta situació, el malalt no pot decidir per ell mateix.