

Autor Libro “¡Doctor, no haga todo lo posible!”

Pablo Requena: “Los médicos tenemos una responsabilidad enorme en relación con la eutanasia”

¿Hasta dónde llega el deber del médico de tratar al paciente?; ¿es moralmente lícito desconectar la ventilación asistida a enfermos con una patología neurológica degenerativa? ¿tiene la misma valoración ética el no comenzar la diálisis y el retirarla? A estas y otras cuestiones sobre los límites del esfuerzo terapéutico intenta dar respuesta el libro “¡Doctor no haga todo lo posible!, de la limitación a la prudencia terapéutica”

Madrid 23/04/2018 medicosypacientes.com/ T.A.



Pablo Requena

Su autor, Pablo Requena, médico y teólogo, sacerdote y profesor de bioética en la Pontificia Università della Santa Croce (Roma), desgrana, en una entrevista para Médicos y Pacientes, los pasajes más destacados del libro en el que analiza donde están los límites a la hora de alargar la vida de los pacientes, a veces, incrementando su sufrimiento y asegura que “no siempre es adecuado utilizar todo el arsenal terapéutico disponible”.

Este médico español, delegado del Vaticano en la Asociación Médica Mundial, asegura que el libro está dirigido “a todos los profesionales de la salud que cada día han de tomar decisiones clínicas”. Consciente de que el título es la antítesis de la petición habitual de familiares ante una situación crítica: “Doctor, haga todo lo posible”, analiza temas tan espinosos como la eutanasia.

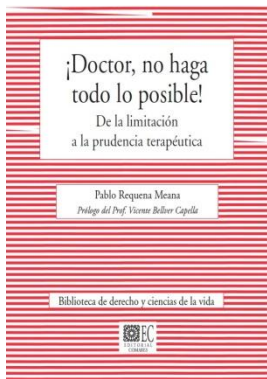
Partiendo de los fundamentos de la ética médica milenaria, deja claro que la eutanasia, aunque no es parte de la medicina, si lo es la petición de la misma porque “es una llamada, un signo de alarma de que hay algo que no se está consiguiendo afrontar de modo adecuado” y afirma que “estamos en un momento histórico en el que los médicos tenemos una responsabilidad enorme en relación con la cuestión de la eutanasia”.

Sobre quién debe tomar decisiones ante situaciones críticas, Pablo Requena asegura que es al médico a quien corresponde establecer los límites de la buena praxis clínica para la patología del paciente que está tratando y después deberá conversar con el paciente para ver qué recorrido terapéutico quiere. Ante un paciente incapaz, deberá ser el representante legal o un familiar y si lo que este pide es contrario a la buena praxis del médico, será un juez el encargado de dirimir la cuestión.

Para el autor, los protocolos ante situaciones al final de la vida, puede servir de guía, pero “no podemos pretender que nos den todas las soluciones a los problemas singulares”. Ahí entra en juego la prudencia y los principios generales con las circunstancias del caso.

En la entrevista asegura sentirse honrado al ver que “la OMC de mi país esté empeñado en defender el pilar de la medicina que es la relación médico-paciente” y espera que el Vaticano haga suya la propuesta de la corporación médica española para que esa relación médico-paciente sea considerada Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad y pueda ser recibida pronto por la UNESCO.

Entrevista íntegra:



-Acaba de publicar el libro “¡Doctor, no haga todo lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica”. ¿Responde el título a un posicionamiento concreto sobre la limitación del esfuerzo terapéutico?

En este libro intento mostrar, a partir de la bibliografía reciente en ámbito clínico, que la limitación del esfuerzo terapéutico es algo habitual en la práctica médica. Desde un punto de vista bioético se trata de una manifestación de buena praxis, pues no siempre es adecuado utilizar todo el arsenal terapéutico disponible. La limitación es una concreción del clásico principio de la Ética médica “primum non nocere”, del que el principio de no-maleficencia es su versión moderna.

-Ante una situación crítica, los familiares suelen pedir a los médicos que hagan todo lo posible. ¿Qué ha cambiado?

Pienso que la Medicina ha cambiado, y mucho, en los últimos 100 años... y esa es una de las razones del nacimiento de la Bioética en la década de los sesenta del siglo XX. En épocas en las que el médico no tenía muchas opciones terapéuticas la posibilidad de la limitación se consideraba solamente en relación con algunas intervenciones particularmente agresivas y dolorosas o costosas. Hoy en día, sin embargo, son muchos los contextos en los que se plantea la posibilidad de la limitación, desde la reanimación cardiopulmonar hasta el ECMO (soporte artificial del sistema respiratorio y cardiopulmonar), pasando por la quimioterapia, o incluso el ingreso a una UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). Todo esto invita a los profesionales de la salud a reflexionar en los aspectos éticos que suscitan estas limitaciones, y desgraciadamente en el currículo de las facultades de Medicina las materias humanísticas que facilitarían esta reflexión no son muy abundantes.

-¿Qué papel juega el creciente avance científico y tecnológico ante situaciones que, en algunos casos, llegan al encarnizamiento terapéutico?

La entrada de la tecnología en Medicina ha comportado ciertamente un gran beneficio para el paciente en muchas patologías. Al mismo tiempo, ha generado interrogantes éticos que antes no existían, y que no siempre han encontrado al operador sanitario en condiciones de afrontarlos. Personalmente no me gusta el término de “encarnizamiento terapéutico”, pues el médico muy raramente se “encarniza” con el paciente... aunque reconozco que ha entrado en el modo habitual de hablar de estos temas. Pero es cierto que, en ocasiones, encontramos lo que algunos denominan “obstinación terapéutica”: el intento de seguir luchando hasta el final, también en situaciones donde lo más adecuado sería dejar de lado las terapias en vistas de una curación, y concentrarse en la paliación del paciente.

- ¿Dónde están los límites del esfuerzo terapéutico que respondan a una buena praxis médica?

Esta es justamente la pregunta a la que intenta dar respuesta el libro. Me parece que, en la determinación de esos límites, que en ocasiones es verdaderamente complicado, pueden ser de ayuda tanto algunos conceptos de la reflexión clásica de ética médica, como el principio de proporcionalidad, como las categorías propias de la reflexión bioética, entre las que destacan la autonomía y la calidad de vida. Tengo la impresión de que es necesario un esfuerzo para manejar todos estos conceptos, y evitar la tentación de acudir a “recetas éticas” demasiado simplistas.

- Ante determinadas situaciones al final de la vida ¿Se pueden establecer protocolos o hay que tener en cuenta el caso de cada paciente y sus diversas circunstancias?

Me parece que las dos cosas son necesarias. En el ámbito de la ética, hay un nivel teórico en el que se dan algunas indicaciones, principios o normas morales, que habría que tener en cuenta a la hora de valorar los diferentes problemas. Junto a este nivel nos encontramos la práctica concreta, con personas singulares que deben decidir “aquí y ahora” cuál es el mejor curso de acción en la situación que afrontan. Este es el nivel de la prudencia, según la ética clásica, y en él entran en juego los principios generales con las circunstancias del

caso. Indudablemente los protocolos son una gran ayuda, pero no podemos pretender que nos den todas las soluciones a los problemas singulares de cada uno de nuestros pacientes. Nos servirán de guía, pero no se puede ir a buscar en ellos todas las respuestas.

- ¿A quién va dirigido este libro: médicos, pacientes, expertos en ética?

Al escribir el libro he pensado sobre todo en los profesionales de la salud, en aquellos que cada día han de tomar muchas decisiones... decisiones que miren al bien de "este paciente". Esto requiere ciencia, y reflexión. Y espero que el libro pueda ayudar a estimular dicha reflexión.

En todo caso, la medicina actual ha sabido reconocer el lugar prioritario que el paciente ocupa en la toma de decisiones. En este sentido el libro puede ayudar también a los enfermos y a aquellos que tantas veces han de decidir por ellos.

Por último, teniendo en cuenta que las cuestiones referidas al fin de la vida tienden a ocupar un lugar importante en la reflexión bioética actual, el libro podría servir también a la discusión de estos difíciles temas a un nivel más teórico.

- ¿Cómo médico, ¿qué le diría a una persona que, en determinadas circunstancias, pide la eutanasia?

Esta es una pregunta difícil... pues como nos enseñaron en la facultad de Medicina no existen enfermedades sino enfermos. Cada paciente es distinto, y pienso que a cada uno habrá que decirle lo que pueda ayudarle más en ese momento.

En todo caso, no me parece que la eutanasia sea parte de la medicina. En cambio, la petición de eutanasia sí que es parte de ella, pues es siempre una llamada, un signo de alarma de que hay algo que no se está consiguiendo afrontar de modo adecuado. La Medicina con toda la ayuda que ofrecen los cuidados paliativos puede, y debe, seguir trabajando para interpretar esas peticiones, y darles, una salida adecuada desde la perspectiva de la buena praxis médica. Con esto no digo que la medicina pueda resolver todos los problemas existenciales del paciente, pero sí que podrá ayudar a la gran mayoría de ellos a superar los síntomas que le hacen más pesada su situación.

- Desde que se aprobase la primera Ley sobre la eutanasia en Holanda en 2002, las legislaciones han ido abriendo la mano a su inicial exigencia ante enfermedades incurables hasta llegar a aplicarla a ancianos que no padecen enfermedad incurable o a personas con depresión. ¿qué pueden hacer los médicos?

Pienso que estamos en un momento histórico en el que los médicos tenemos una responsabilidad enorme en relación con la cuestión de la eutanasia. En muchos países la aceptación social de esta práctica está creciendo, y no son pocas las propuestas de ley para admitirla en el ordenamiento jurídico. Podríamos decir que estamos en una situación en parte similar a la que se encontraba el redactor del Juramento Hipocrático hace veinticinco siglos. También entonces el suicidio encontraba una justificación por parte de bastantes filósofos y se consideraba socialmente aceptable, al menos para algunas circunstancias. Es interesante que, en ese contexto, al darse los médicos unos criterios éticos esenciales, señalan que los discípulos de Asclepio, Higía y Panacea debían abstenerse de ayudar a los enfermos a suicidarse... porque su labor era justamente la contraria.

- ¿Quién debe tomar las decisiones ante situaciones críticas: el paciente, los familiares, los profesionales?

A la respuesta a esta pregunta también dedica el libro bastantes páginas. En modo muy sintético podemos resumir diciendo que al médico corresponde establecer los límites de la buena praxis clínica para la patología del paciente que están tratando. Es el médico quien establece si un hipotético tratamiento es fútil o no. En un segundo momento, cuando ya ha establecido cuáles serían los posibles tratamientos que se consideran razonables, deberá conversar con el paciente para ver qué recorrido terapéutico prefiere.

Cada vez es más frecuente encontrar en la literatura médica y bioética la expresión "share decision making". La considero una buena síntesis entre dos extremos que no ayudan a la buena praxis: el paternalismo médico que considera al paciente como si fuera un menor, y la autonomía decisional que reduce al médico a un técnico que debe ejecutar los propios deseos.

- Y, si el paciente no tiene capacidad para decidir, ¿Quién debe hacerlo?

Ante pacientes incapaces de decidir se deberá acudir al representante legal, que en muchas ocasiones es un miembro de la familia. Esta persona podrá decidir lo que considere mejor para el paciente dentro de los límites que el médico de referencia le propone como adecuados.

Si el representante legal pide alguna actuación que el personal médico considera contraria a la buena praxis médica, se intentará explicar los motivos por los que no se ve conveniente dicha indicación. En caso extremos no habrá más remedio que acudir a un juez para dirimir la cuestión, pero es importante que los médicos intenten evitar tener que llegar a esta opción, pues supone siempre una quiebra en las relaciones de la atención sanitaria.

- En la práctica clínica, usted ha defendido por encima de toda la relación médico-paciente. La OMC, junto con otras entidades médicas, ha puesto en marcha el proceso formal para que sea considerada Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad por la UNESCO. ¿Considera que podría sumarse el Vaticano esta petición?

Cuando supe de esta iniciativa me honró el ver que la Organización Médica de mi país se esté empeñando en defender este pilar de la Medicina. Efectivamente con la profunda transformación de la práctica clínica, en no pocos casos, se corre el peligro de que el paciente se encuentre rodeado de “extraños”, utilizando la expresión del libro de David H. Rothman, ya que se han multiplicado las figuras profesionales en sanidad. Esto obliga a un esfuerzo mayor para conservar las características esenciales de esta importante relación, de la que tanto depende para el buen éxito de la labor terapéutica. Espero que también el Vaticano haga suya esta propuesta, y pueda ser recibida pronto por la UNESCO.