

Documento de Posición del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña

**EL ENFERMO CON CÁNCER. LOS TRATAMIENTOS
ONCOLÓGICOS Y PALIATIVOS, LAS TERAPIAS SIN
EVIDENCIA CIENTÍFICA Y LAS PSEUDOCIENCIAS**

**Con la participación y el consenso
de la Sociedad Catalano-Balear de Oncología
y de la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos**

COL·LEGIS
DE METGES
CONSELL DE
CATALUNYA

EL ENFERMO CON CÁNCER. LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS Y PALIATIVOS, LAS TERAPIAS SIN EVIDENCIA CIENTÍFICA Y LAS PSEUDOCIENCIAS

El presente documento de posición surge de la preocupación existente en ámbitos profesionales, académicos y científicos en relación con el nuevo aumento de la oferta de terapias alternativas y pseudociencias, sin ninguna evidencia de su eficacia, en torno a las enfermedades y especialmente con el cáncer, por las consecuencias que esto puede tener en la salud de los pacientes y las falsas expectativas que les generan.

El uso por parte de los pacientes de información errónea en relación con el cáncer se puede atribuir a causas multifactoriales y son varios los agentes que participan en ellas, con diferentes responsabilidades: empezando por algunos profesionales que, por desconocimiento o conscientemente, inducen a los pacientes con cáncer a seguir terapias no convencionales, pensando en su carácter complementario y, a su parecer, probablemente inocuo, y obviando su deber de ofrecer los tratamientos más efectivos de acuerdo con el estado de conocimiento de cada momento; también la publicidad, tanto mediante páginas web con contenidos no contrastados como en los medios de comunicación que, por diferentes motivos, demasiado a menudo se hacen eco, sin contrastar y sesgadamente, de terapias habitualmente sin ningún fundamento y promocionan profesionales o personas que ejercen de una forma fraudulenta; igualmente, las Administraciones que, ante el incremento de centros que ofrecen terapias alternativas, no regulan o fiscalizan suficientemente este sector ni realizan campañas de concienciación, y, por último, el entorno directo e indirecto de cada paciente que, a menudo con buena voluntad, por desesperación o por ignorancia, intenta aportar, des de la inexperiencia y la ingenuidad, alternativas a las planteadas por el equipo médico responsable del paciente.

En este contexto, es conveniente recordar, desde las normas de la buena práctica médica, las conductas correctas que siempre deben guiar la actuación de los profesionales de la medicina y que deben servir de orientación a los pacientes y ciudadanos.

La función primordial de los colegios de médicos es velar por la defensa del ejercicio de la medicina en cualquiera de sus disciplinas, pero siempre adecuado a las buenas prácticas debidamente conformadas por las sociedades científicas. El acto médico debe ir dirigido a promover, mantener o restablecer la salud individual y colectiva de las personas. Al mismo tiempo, el médico debe procurar aligerar el dolor y el sufrimiento causados por la enfermedad y debe cuidar siempre a los que no pueden ser curados. El médico tiene que prestar atención preferente en todo momento a la salud del paciente y tener presente que se debe anteponer a toda otra conveniencia, porque la primera lealtad del médico es hacia la persona que atiende, respetando siempre el principio de beneficencia, que es la base ética que debe presidir cualquier acto médico.

La práctica de *terapias alternativas pseudocientíficas* no es nueva. Desde mediados de la década de los 90, los colegios de médicos hemos advertido del riesgo y las consecuencias negativas de estas prácticas. Hemos denunciado y perseguido a médicos y no médicos, mediante procesos que han terminado en sanciones administrativas y condenas judiciales. Especialmente significativo fue el acuerdo de inhabilitación de un médico para el ejercicio de la profesión, confirmado judicialmente, por recomendar a una paciente que abandonara un tratamiento quimioterápico y radioterápico indicado para el cáncer que sufría, basándose en las teorías pseudocientíficas propugnadas por el método alternativo *Hamer* (actualmente conocido como *Nueva Medicina Germánica*). También destacamos la condena de prisión por intrusismo de una persona que, haciéndose pasar por médico ejercía como tal, indicando tratamientos y pseudoterapias a pacientes con cáncer.

Últimamente, la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos de Barcelona (CoMB) acordó inhabilitar a un médico por la indicación e información de terapias complementarias como alternativas del tratamiento convencional establecido, cuando éstas, además, no tenían ninguna evidencia científica ni eficacia clínica en el contexto de la enfermedad oncológica que sufría el paciente, induciéndolo a seguirlas de forma onerosa y abusiva, sin atender como médico las necesidades básicas que planteaba el propio paciente.

No podemos obviar, sin embargo, que la inmensa mayoría de médicos, y entre ellos los oncólogos y los expertos en cuidados paliativos, cumplen con rigor, correctamente, y muchas veces asociando la excelencia asistencial con la científica e investigadora, los deberes que tienen como médicos y lo que la sociedad espera de ellos.

La finalidad de este documento de posición es definir y recordar cual debe ser la actuación de los médicos ante los pacientes con cáncer conforme a la buena práctica médica y el Código de Deontología, además de definir los comportamientos que, bajo este punto de vista, contravengan sus principios.

En este sentido, y específicamente en la atención al paciente oncológico, será necesario tener presente:

1. Que los pacientes con cáncer son especialmente vulnerables y pueden estar sometidos a un importante sufrimiento.

Los pacientes con cáncer son, en general, especialmente vulnerables. Esta situación está provocada por el conocimiento de un diagnóstico de una enfermedad generalmente grave, asociada a menudo a un pronóstico incierto. En muchos de estos procesos, la indicación terapéutica curativa consiste en la aplicación de tratamientos complejos, a menudo agresivos y, en muchos casos, con necesidades de cuidados paliativos desde el inicio. Esta situación se convierte con frecuencia en discapacitante y genera una gran incertidumbre

vital que comporta, a su vez, un grado importante de vulnerabilidad psíquica y emocional del paciente y también de su familia.

En los últimos tiempos, se ha constatado un incremento de ofertas terapéuticas al margen de lo que la comunidad médica y científica proporciona a través de la red asistencial ordinaria. A menudo estas terapias se presentan como “alternativas”, no solo respecto a los propios tratamientos médicos sino también respecto al origen o la causa que origina el cáncer. El riesgo del seguimiento de estas terapias es elevado, en la medida que inducen al error y pueden impedir que el paciente con cáncer reciba la terapia más adecuada y eficaz o pueden propiciar que abandone el tratamiento establecido por su oncólogo o por el médico especializado en cuidados paliativos.

2. Que los tratamientos oncológicos específicos evolucionen constantemente con los avances en los conocimientos de biología molecular, genética y farmacológica.

El cáncer constituye un conjunto de enfermedades que tienen comportamientos biológicos y clínicos diferentes. Los constantes avances en la biología molecular experimentados en los últimos años nos permiten conocer las diferencias en el comportamiento clínico de los tumores debidos a cambios genéticos que, por otra parte, pueden ayudar a definir y utilizar un tratamiento más personalizado y específico.

La evolución de los procesos oncológicos obliga a realizar una investigación constante para adaptar los tratamientos a la mejor evidencia científica disponible. Solo con una investigación de calidad, que mejore nuestros conocimientos y que permita introducir nuevos tratamientos, podremos tratar a los pacientes con las mejores garantías de calidad y seguridad. Esto se aplica tanto al tratamiento farmacológico como al quirúrgico o radioterápico del cáncer.

3. Que los tratamientos quirúrgicos, la quimioterapia, las terapias biológicas, las dianas moleculares o la radioterapia son las herramientas terapéuticas validadas y consensuadas en oncología por la comunidad científica.

Las autoridades sanitarias y los organismos internacionales establecen un marco legal y seguro para los pacientes y centros sanitarios que regula la realización de estudios clínicos y evalúa sus resultados para determinar la eficacia de nuevos tratamientos.

Desde el punto de vista del tratamiento, antes que un fármaco, una intervención quirúrgica o una nueva forma de radioterapia se apruebe como tratamiento del cáncer, es necesario que demuestren su eficacia y seguridad en estudios clínicos revisados y aprobados por comités de ética, que velen porque los objetivos y el diseño de los estudios sean adecuados. Los resultados deben ser evaluados después por las agencias internacionales establecidas, que le dan el visto bueno final para que se utilicen en la práctica médica, y determinan sus indicaciones, su efectividad y su seguridad.

La comunidad médica internacional y las Administraciones públicas y las autoridades sanitarias aceptan que esta es la mejor forma de evitar administrar tratamientos desfasados, inútiles o con toxicidades inaceptables.

La aplicación de la mejor evidencia científica disponible se refleja habitualmente en documentos de consenso, en protocolos o guías de práctica clínica de sociedades científicas en las que se hacen recomendaciones concretas a los profesionales para el tratamiento de los pacientes en función del diagnóstico y la clasificación en estadios (fases) de la enfermedad. En función de la calidad y la fiabilidad de las publicaciones se establece una gradación de la fuerza con la que se puede afirmar la idoneidad de aplicar los tratamientos en cada uno de los escenarios de la enfermedad sobre la que se está discutiendo. Así, desde los datos de los metaanálisis de alta calidad o revisiones sistemáticas de estudios aleatorizados o controlados hasta las opiniones de expertos, se establecen hasta

ocho categorías de la calidad de la evidencia que aportan estas publicaciones. Se establecen, así, indicaciones de tratamientos, de “primera línea” (con más evidencia) y de segunda o tercera línea (con una menor evidencia de beneficio en la medida que las anteriores están contraindicadas, son mal toleradas o se ha producido una resistencia a ellas). Los tratamientos que han quedado obsoletos por la aparición de nuevos tratamientos con más eficacia y seguridad quedan relegados de las guías y, por consiguiente, no deberían aplicarse siguiendo la buena práctica clínica.

4. Que las enfermedades oncológicas representan un reto sanitario para nuestra sociedad.

Los principios para la atención oncológica del Plan Director de Oncología de Cataluña determinan que la atención del paciente con cáncer debe cumplir una serie de requisitos como:

- Estar centrada en el paciente y tener en cuenta sus valores y sus necesidades.
- Estar basada en la mejor evidencia científica disponible.
- Favorecer una atención próxima al lugar de residencia del paciente, manteniendo la calidad asistencial y teniendo en cuenta las ventajas de la especialización cuando sea recomendable.
- Facilitar la formación y la investigación para producir nueva evidencia científica.
- Promover la atención multidisciplinaria del enfermo y la continuidad asistencial.
- Integrar los aspectos psicosociales y médicos en la atención del enfermo. En este punto, se han consolidado las unidades de psicología y los apoyos sociales para abordar de una forma integral las necesidades de los pacientes con cáncer.
- Basarse en la evaluación de los resultados.

5. Que los cuidados paliativos son tratamientos multidimensionales necesarios para ofrecer una atención y un tratamiento integral al paciente

oncológico, desde las etapas iniciales de la enfermedad hasta la curación o, si es necesario, en el acompañamiento al final de la vida.

La OMS definió en el año 2002 los cuidados paliativos como un “enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y sus familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazadoras para la vida, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación precoz y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”.

En la práctica clínica oncológica (como en otras enfermedades) los cuidados paliativos son, además, la respuesta organizada que satisface las necesidades de los pacientes y familiares que pasan por la etapa de la enfermedad que denominamos “terminal”. Es un momento en que la enfermedad deja de ser controlable y en el que aparecen múltiples síntomas somáticos y un deterioro progresivo, asociado a cambios emocionales propios de la adaptación a la pérdida de funciones que afecta tanto a pacientes como a familiares.

6. Que los cuidados paliativos forman parte inseparable de la práctica de la medicina, especialmente, pero no únicamente, en el enfermo oncológico, y que se ejercen conforme a un cuerpo de conocimiento y con guías clínicas que se basan en la investigación y el consenso de las sociedades científicas.

Los objetivos fundamentales de los cuidados paliativos son:

- Atención al dolor, otros síntomas físicos y a las necesidades emocionales, sociales, espirituales y a aspectos prácticos del cuidado de enfermedades y familiares.
- Información, comunicación y apoyo emocional, asegurando al enfermo que será escuchado, que participará en las decisiones, que obtendrá respuestas honestas y claras y que podrá expresar sus emociones.
- Continuidad asistencial a lo largo de la evolución de la enfermedad, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los niveles y recursos implicados.

La investigación científica aplicada a los cuidados paliativos conforme a las recomendaciones de las guías clínicas de las sociedades científicas ha demostrado que no solo mejora la calidad de vida y la satisfacción en pacientes con cáncer en fases avanzadas, sino que incluso mejora la supervivencia cuando los cuidados paliativos se coordinan correctamente con el tratamiento oncológico allí donde los tratamientos con finalidad curativa no ofrecen claros beneficios.

7. Que muchos pacientes con cáncer a menudo buscan ayuda en terapias no convencionales sin ningún aval científico.

Ante un diagnóstico, y haciendo uso de su entorno social, medios de comunicación, publicaciones o mediante una búsqueda activa en Internet, los pacientes buscan información relativa a su enfermedad. En el caso de los pacientes con cáncer, la oferta de información es abundante, pero demasiado a menudo poco rigurosa o, incluso, engañosa. Por esto es recomendable, por ejemplo, que esta búsqueda se haga siempre en webs médicas debidamente acreditadas o se contraste el contenido con la opinión del profesional médico de confianza y referencia. Cuando lo que busca el paciente es un complemento para su bienestar, es necesario informarle sobre el objetivo complementario y sobre los riesgos de posibles interferencias con tratamientos oncológicos específicos. Siempre que convenga, es preciso coordinarse con el equipo médico habitual del paciente y establecer quien dirige el proceso asistencial.

Muchos de estos tratamientos no convencionales tienen una naturaleza pseudocientífica. Incluyen métodos diagnósticos y curativos de supuesta validez demostrada por estudios no reglados, inspirados en métodos mágicos o tradicionales, como la imposición de manos u otros procedimientos sin fundamento científico. Las pseudociencias buscan la credibilidad y el prestigio que tiene la ciencia, alegando, por ejemplo, propiedades desconocidas del agua, la supuesta acción de fenómenos cuánticos, el valor terapéutico de presuntas energías de la naturaleza o las dietas que curan alcalinizando el pH corporal.

Se han descrito tratamientos alternativos de carácter pseudocientífico que han producido complicaciones graves, incluso mortales. Aun así, el peligro mayor para la salud de los pacientes sucede cuando, confiando en un método ineficaz, el paciente renuncia a medidas más efectivas, como un tratamiento médico de eficacia demostrada. En la práctica nos encontramos con que la utilización de estos métodos pseudocientíficos responde a varias razones, que van desde la simple candidez sobre la verdadera naturaleza de la ciencia y el método científico, hasta un engaño deliberado para obtener beneficios económicos u otros.

La publicidad sobre la actividad médica debe ajustarse siempre al marco legal y deontológico compilado en el *Documento de Posición del CoMB en relación con la actividad de la publicidad médica*.

Es muy importante tener presente que la publicidad de la actividad médica nunca puede fomentar esperanzas engañosas de curación, ni asegurar la curación definitiva, de la misma manera que no podrá en ningún caso inducir a la sustitución de la medicina basada en la evidencia científica ni ofrecer terapias alternativas con resultados garantizados o milagrosos en pacientes o estados de enfermedad que pueden perjudicarles o directamente les perjudican. Por prohibición legal, la publicidad tampoco podrá referirse a la promoción directa o indirecta de productos, materiales, sustancias, energías o métodos con pretendida finalidad sanitaria en casos en que se destinen a la prevención, tratamiento o curación del cáncer u otras enfermedades tumorales (*Real Decreto 1907/1996, de agosto, sobre promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria*).

8. Que estos “tratamientos” a menudo se ofrecen como “curativos” y sustitutivos de las terapias basadas en la evidencia científica en pacientes vulnerables.

Constantemente, asistimos a la publicidad de tratamientos o curas milagrosas no basadas en evidencias científicas y con una práctica poco regulada. A veces, estos tratamientos, se ofrecen como una “alternativa” al tratamiento oncológico establecido. Si esta propuesta la formula un médico, confundiendo al paciente sobre la validez científica del tratamiento propuesto, el hecho es especialmente grave, ya que contraviene las Normas Deontológicas.

9. Que la demanda por parte del paciente o su familia de utilizar tratamientos no convencionales sin evidencia científica no puede justificar, cuando se actúa como médico, dejar de recomendar claramente el seguimiento y la continuidad de los tratamientos oncológicos. Si bien el rechazo al tratamiento es aceptable, la confusión que genera en el paciente el ofrecimiento de tratamientos alternativos supone un riesgo de pérdida de oportunidades de realizar un tratamiento validado que haya demostrado su eficacia.

Como reconocen también diferentes sociedades científicas, la realización de terapias “no regladas” o “cuerpo-mente” puede, en ocasiones, ser una ayuda para que los pacientes enfrenten mejor la enfermedad, pero siempre que se haga de manera complementaria. Estos tratamientos deben llevarse a cabo en el contexto integrado de equipos de oncología o de cuidados paliativos. Ningún tratamiento debe aplicarse sin el conocimiento del equipo médico responsable y de ninguna manera puede comportar *el riesgo* de abandonar el tratamiento oncológico establecido.

El primer deber del médico es con el paciente. Si éste pide atenciones que van en contra de la buena práctica médica y pueden comportar un perjuicio para su salud, la obligación del médico es advertirlo y no recomendar esta actuación. Se trata de no atentar contra un principio bioético de mínimos (no maleficencia) y que es el límite para otros principios de máximos, como son el de autonomía y el de beneficencia. Estos principios nunca pueden servir de subterfugio para recomendar o utilizar prácticas al margen de la evidencia científica disponible.

10. Que la información proporcionada al paciente debe ser clara y comprensible en cuanto a diferenciar lo que son los tratamientos oncológicos y principales respecto a los demás, así como la necesidad de seguir las indicaciones de los especialistas que lo atienden.

Sobre la obligación de informar y el consentimiento informado

La información al paciente (o familiares si aquel consintiera) es una obligación legal y deontológica que debe presidir cualquier acto médico. Le corresponde darla al médico responsable o a cualquier profesional que intervenga en el proceso asistencial.

Tanto la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica (artículos 2 a 4 y 6 a 7) como el Código de Deontología (normas 22 a 28) regulan y recogen los términos y condiciones en que debe producirse la información en el proceso de toma de decisión por parte del paciente. De todo el proceso de información, deberá dejarse constancia en la historia del paciente.

Sobre la vulnerabilidad del paciente y la información

Como ya se ha indicado, el paciente diagnosticado de una enfermedad oncológica es un paciente especialmente vulnerable. La información y el acompañamiento de estos pacientes se hacen especialmente imprescindibles. Si bien los médicos tenemos que velar por una atención médica de buena calidad humana y técnica, también es cierto que tenemos el deber de dar al paciente la máxima información posible sobre su estado de salud, los pasos diagnósticos, las exploraciones complementarias y los tratamientos.

En el caso de enfermedades como el cáncer, hay que ser especialmente cuidadoso a la hora de informar al paciente de las alteraciones que sufre y del pronóstico. Esta información tiene que ser clara, verídica, medida y prudente; expresada con respeto, tacto y discreción. La información debe transmitirse de la forma más esperanzadora posible, lo que no significa generar falsas

expectativas o falsas esperanzas de curación o mejora, y teniendo presente que debe ser suficiente y adecuada a las necesidades del paciente en cada momento para que éste pueda decidir y consentir el tratamiento libremente.

Es necesario respetar el derecho del enfermo a no ser informado. Pero, nunca, y mucho menos con este pretexto, mentirle o contribuir al engaño o a la confusión creando falsas expectativas con una justificación compasiva equívoca o con otras finalidades. El médico, en el proceso de atención al paciente, debe preocuparse tanto de la *efectividad* como de la *afectividad*, conciliando lo *racional* con lo *relacional*, y hacerse así merecedor de la confianza del paciente, para evitar que éste pueda ir a buscar un escenario aparentemente más confortable, pero que no aporte la potencial curación de la enfermedad ni la mejora de sus síntomas.

Sobre el contenido de la información al paciente

En relación con el tratamiento, el médico debe informar al paciente en el sentido expuesto en este documento y, por consiguiente, debe exponerle cuales son los tratamientos específicos validados y consensuados por la comunidad científica que son más indicados para su patología. La información tiene que incluir el procedimiento específico del tratamiento, sus beneficios, sus consecuencias —como es la toxicidad—, sus riesgos y complicaciones más frecuentes, o infrecuentes, si tuvieran la consideración de muy graves, tanto generales como específicos del paciente.

Es necesario respetar el derecho del paciente a rechazar totalmente o parcialmente el tratamiento, una prueba diagnóstica o la asistencia médica, pero siempre que antes haya sido informado de forma clara de las consecuencias previsibles de su negativa y que se encuentre en condiciones de tener una comprensión lúcida. En ese caso, es importante dejar constancia de ello en la historia clínica e informar de las opciones terapéuticas adaptadas a sus preferencias.

Sobre la información en torno a las terapias “complementarias”

Los preceptos deontológicos son claros y explícitos cuando indican que el médico no utilizará procedimientos ni prescribirá tratamientos con los que no esté debidamente familiarizado y que no estén basados en la evidencia científica o en la eficacia clínica, aunque el paciente consienta, tal como establece la norma 47 del Código de Deontología. La norma 48 del Código exige un plus en la información que debe darse al paciente cuando el médico proponga tratamientos no convencionales o sintomáticos. El médico está obligado a informar al paciente de la necesidad de no abandonar ningún tratamiento necesario, advirtiéndolo de forma clara y comprensiva del carácter no convencional ni sustitutorio del tratamiento propuesto.

En el proceso de información sobre estas terapias complementarias, es importante no confundir al paciente o inducirlo al error en las decisiones: siempre se deben presentar e informar como terapias complementarias del tratamiento, exponiendo claramente la finalidad y la necesidad de no abandonar el tratamiento principal. Nunca deben presentarse como un tratamiento alternativo que pueda inducir al paciente a pensar que es una posible opción curativa de su enfermedad.

Es un hecho muy grave, por tanto, la explotación de la angustia de los pacientes o familia introduciendo procedimientos diagnósticos o terapéuticos de utilidad no demostrada científicamente o fútil en la atención del paciente oncológico, o para la mejora de los síntomas, dando falsas esperanzas o actuando con exclusivo afán de lucro.

Si se diera el caso de que, en primera elección, el paciente oncológico fuera a un médico que aplica estas terapias complementarias, este médico tiene la obligación de darle información de los tratamientos existentes basados en la evidencia científica, de eficacia probada, cuando el médico no practica o no puede practicar, pero que serían los indicados para la curación o la mejora

sintomática del paciente. En este caso, el médico ha de dirigir al paciente a hacer el seguimiento y tratamiento adecuados a su patología en los términos que se exponen en este documento.

Sobre la información y la coordinación entre profesionales

Todo el equipo de profesionales que intervienen en el acto de atención al paciente oncológico —psicólogos, enfermeras, nutricionistas, etc.— es también protagonista del hecho informativo. Su actividad tiene que ser, pues, concordante con un plan de actuación y de acciones eficaces y contrastadas, evitando siempre dar información contradictoria.

El Código de Deontología, en su norma 48, establece que el médico que indica terapias complementarias está obligado a coordinarse con el médico responsable del tratamiento básico del paciente, a cuyo efecto y al margen de cualquier otro acto de coordinación sería recomendable que facilitara al paciente un informe de los tratamientos complementarios que le está aplicando dirigido al médico responsable (o al equipo) del tratamiento principal, para que también pueda valorar cualquier interferencia o inconveniente en su aplicación con el tratamiento principal. Así también, es altamente recomendable que, si el médico responsable del tratamiento principal conoce la intención del paciente de recorrer a estas terapias complementarias, o bien sabe que las está siguiendo, pueda obtener información de los tratamientos aplicados y orientar al paciente respecto de la conveniencia o no de seguirlos.

Finalmente, en el supuesto de que cualquier médico advirtiera que al paciente le están siendo indicadas para su enfermedad oncológica terapias no regladas como tratamiento alternativo o principal deberá comunicarlo a su colegio a los efectos oportunos.

CONCLUSIONES

Todo médico que trate a un paciente con cáncer deberá tener presente que:

- 1.- En la atención al paciente oncológico es muy importante recordar que se trata de un paciente especialmente vulnerable y que es también muy importante tener en cuenta sus valores y sus necesidades.
- 2.- Se debe ser especialmente riguroso al informar, indicar y aplicar los tratamientos consensuados por la comunidad médica y científica y que estén basados en la mejor evidencia científica disponible, tanto desde el punto de vista oncológico como paliativo. Se debe informar al paciente sobre los beneficios esperados del tratamiento, sus consecuencias y molestias, la toxicidad, los riesgos y complicaciones (frecuentes o infrecuentes si tuvieran la consideración clínica de muy graves), tanto generales como específicos.
- 3.- La información y el acompañamiento del paciente oncológico son especialmente importantes. Hay que ser extremadamente cuidadoso en el proceso de información sobre la enfermedad y su pronóstico. La información tendrá que ser clara, verídica, mesurada, discreta, prudente y esperanzadora, pero sin generar falsas expectativas y procurando que ni el contenido ni la forma de transmitirla perjudiquen al paciente.
- 4.- Se respetará el derecho del enfermo a no ser informado. Nunca, y mucho menos con este pretexto, actuará mintiéndole o contribuyendo al engaño o a la confusión con actitud cándida o finalidad onerosa (lo que supondría una doble estafa moral y económica).
- 5.- Se respetará el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente el tratamiento, pero siempre que antes haya sido informado de forma clara de las consecuencias previsibles de su negativa.
- 6.- Los tratamientos oncológicos específicos evolucionan constantemente con los avances del conocimiento, lo que obliga a una actualización constante que permita tratar a los pacientes con las mejores garantías, lo que a su vez comporta la necesidad de formación continuada del médico.
- 7.- El enfermo de cáncer requiere una atención multidisciplinaria e integradora de aspectos psicosociales y médicos.

8.- Los cuidados paliativos son tratamientos que pueden ser necesarios desde las etapas iniciales de la enfermedad hasta su curación o en el acompañamiento del final de la vida. Tienen como objetivo la atención del dolor y de otros síntomas físicos, y el apoyo emocional, social y espiritual del paciente, asegurándole que será escuchado y que podrá participar en la toma de decisiones.

9.- El médico no podrá utilizar procedimientos ni prescribir medicinas con las que no esté debidamente familiarizado y que no estén basadas en la evidencia científica y en la eficacia clínica, aunque el paciente consienta o lo solicite.

10.- Algunos procedimientos o terapias complementarias pueden suponer en ocasiones una ayuda para que los pacientes puedan afrontar mejor su enfermedad. Es deseable que éstas se ofrezcan integradas en el propio equipo de oncología o de curas paliativas. Pero su supuesta inocuidad no justifica la indicación de cualquier terapia sin ninguna evidencia científica o eficacia clínica dándole una apariencia de tratamiento validado.

11.- Cuando se están indicando tratamientos complementarios hay que informar al paciente de la necesidad de no abandonar ningún tratamiento necesario, advirtiéndole de forma clara y comprensible del carácter no convencional ni sustitutorio del tratamiento que está aplicando. La confusión que puede generar al paciente la presentación de un tratamiento *complementario* como alternativa a su patología, lo puede conducir a creer que está siguiendo un tratamiento eficaz y curativo, poniendo en riesgo la oportunidad de seguir un tratamiento validado que ha demostrado su eficacia.

12.- El médico que aplica terapias complementarias tiene que coordinarse con el médico responsable del tratamiento básico (oncológico o de cuidados paliativos). A estos efectos, si no es posible otra forma de coordinación, es conveniente facilitar al paciente un informe para que lo entregue al médico del tratamiento principal.

13.- En el caso de que el paciente informe al médico responsable del tratamiento oncológico o de cuidados paliativos que está siguiendo o que desea seguir un tratamiento complementario, es recomendable que el médico se informe a

través del paciente sobre los tratamientos que se le están indicando, para valorar su conveniencia o el riesgo de interferencia con el tratamiento principal, reiterando al paciente la necesidad de no abandonar el tratamiento principal.

14.- En el caso de que sea el médico oncólogo o de cuidados paliativos quien derive al paciente a seguir un tratamiento complementario, es recomendable que éste promueva la coordinación entre ambos médicos.

15.- En el supuesto de que advirtiera que al paciente le están siendo indicadas terapias no convencionales o pseudociencias como tratamiento alternativo a su enfermedad, a pesar de que no exista base científica para indicarlas y que estén faltas de eficacia clínica o exigible en el contexto de la enfermedad oncológica, tanto si es con candidez como con finalidades onerosas o abusivas, el médico deberá comunicarlo al Colegio de Médicos a los efectos oportunos.

16.- El médico en ningún caso puede explotar/abusar de la angustia del paciente ni actuar con exclusivo afán de lucro. La primera lealtad del médico es hacia su paciente y el acto médico debe dirigirse a promover, mantener o restablecer la salud individual y colectiva de las personas. El médico debe aliviar el dolor y el sufrimiento causado por la enfermedad, y debe cuidar a los que no pueden ser curados. La atención preferente es a la salud del paciente, que debe anteponerse a cualquier otra conveniencia.

17.- La publicidad deberá ajustarse a la normativa legal y a las normas deontológicas, tal como recoge el *Documento de Posición del CoMB en relación con la actividad de la publicidad médica*.

No cumplir con las indicaciones contenidas en este documento de posición, que contiene tanto las indicaciones de consenso científico y clínico que deben seguirse en el tratamiento de un paciente oncológico como las indicaciones legales y deontológicas que deben seguirse en su tratamiento y proceso de información, puede suponer la comisión de una *infracción muy grave o grave*, que puede comportar la *inhabilitación del profesional de hasta cinco años de su ejercicio*, en función de las circunstancias que concurran.

Finalmente, los colegios de médicos de Cataluña o, si procede, el CCMC, en la defensa de los pacientes y en la honorabilidad de la profesión y en atención a las competencias que tienen atribuidas emprenderá las acciones que correspondan ante otras instancias (administrativas y judiciales) contra personas u organizaciones que actúen de forma intrusiva (aparentando la condición de profesionales de la medicina) o siempre que se objetive un grave riesgo para la salud de los ciudadanos.

Barcelona, 8 de junio de 2017

Equipo redactor:

En la redacción de este documento han participado: *doctor Gustavo Tolchinsky* (secretario del Colegio de Médicos de Barcelona), *doctor Eugeni Saigí* (presidente de la Sociedad Catalano-Balear de Oncología), *doctora Helena Camell* (presidenta de la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos), *doctor Josep Terés* (presidente de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Barcelona), *doctora Antònia Sans* (miembro de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Barcelona), *doctor Antoni Trilla* (miembro de la Junta del Colegio de Médicos de Barcelona), *Ignasi Pidevall* (jefe de la Asesoría Jurídica del CCMC), *Mercedes Martínez* (abogada de la Asesoría Jurídica del Colegio de Médicos de Barcelona) y *doctor Jaume Padrós* (presidente del Colegio de Médicos de Barcelona), coordinador del equipo redactor.