

Document de Posició del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya

**EL MALALT AMB CÀNCER. ELS TRACTAMENTS
ONCOLÒGICS I PAL·LIATIUS, LES TERÀPIES SENSE
EVIDÈNCIA CIENTÍFICA I LES PSEUDOCIÈNCIES**

**Amb la participació i el consens
de la Societat Catalano-Balear d'Oncologia
i de la Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives**

COL·LEGIS
DE METGES
CONSELL DE
CATALUNYA

EL MALALT AMB CÀNCER. ELS TRACTAMENTS ONCOLÒGICS I PAL·LIATIUS, LES TERÀPIES SENSE EVIDÈNCIA CIENTÍFICA I LES PSEUDOCIÈNCIES

Aquest document de posició sorgeix de la preocupació existent en àmbits professionals, acadèmics i científics en relació amb el nou augment de l'oferta de teràpies alternatives i pseudociències, sense cap evidència de la seva eficàcia, entorn a les malalties i especialment amb el càncer, per les conseqüències que això pot tenir en la salut dels pacients i les falses expectatives que els generen.

L'ús per part dels pacients d'informació errònia en relació amb el càncer es pot atribuir a causes multifactorials i són diversos els agents que hi participen, amb diferents responsabilitats: començant per alguns professionals, que, per desconeixement o conscientment, indueixen els pacients amb càncer a seguir teràpies no convencionals, pensant en el seu caràcter complementari i, al seu entendre, probablement innocu, i obviant el seu deure d'oferir els tractaments més efectius d'acord amb l'estat de coneixement de cada moment; també la publicitat, tant a través de pàgines web amb continguts no contrastats com als mitjans de comunicació que, per diferents motius, massa sovint es fan ressò, sense contrastar i esbiaixadament, de teràpies habitualment sense cap fonament i promocionen professionals o persones que exerceixen d'una manera fraudulenta; igualment, les Administracions que, davant l'increment de centres que ofereixen teràpies alternatives, no regulen o fiscalitzen prou aquest sector ni fan campanyes de conscienciació, i, a l'últim, l'entorn directe i indirecte de cada pacient que, sovint amb bona voluntat, per desesperació o per ignorància, intenta aportar, des de la inexperiència i la ingenuïtat, alternatives a les plantejades per l'equip mèdic responsable del pacient.

En aquest context, és convenient recordar, des de les normes de la bona pràctica mèdica, les conductes correctes que sempre han de guiar l'actuació dels

professionals de la medicina i que han de servir d'orientació als pacients i ciutadans.

La funció primordial dels col·legis de metges és vetllar per la defensa de l'exercici de la medicina en qualsevol de les seves disciplines, però sempre adequat a les bones pràctiques degudament conformades per les societats científiques. L'acte mèdic ha d'anar dirigit a promoure, mantenir o restablir la salut individual i col·lectiva de les persones. Alhora, el metge ha de procurar alleugerir el dolor i el patiment causats per la malaltia i ha de tenir sempre cura dels que no poden ser guarits. El metge ha de prestar atenció preferent en tot moment a la salut del pacient i tenir present que s'ha d'anteposar a tota altra conveniència, perquè la primera lleialtat del metge és cap a la persona que atén, respectant sempre el principi de beneficència, que és la base ètica que ha de presidir qualsevol acte mèdic.

La pràctica de *teràpies alternatives pseudocientífiques* no és nova. Des de meitat de la dècada dels 90, els col·legis de metges hem advertit del risc i les conseqüències negatives d'aquestes pràctiques. Hem denunciat i perseguit metges i no metges, mitjançant processos que han acabat en sancions administratives i condemnes judicials. Especialment significatiu va ser l'acord d'inhabilitació d'un metge per a l'exercici de la professió, confirmat judicialment, per recomanar a una pacient que abandonés un tractament quimioteràpic i radioteràpic indicat per al càncer que patia, basant-se en les teories pseudocientífiques propugnades pel mètode alternatiu *Hamer* (actualment conegut com a *Nova Medicina Germànica*). També destaquem la condemna de presó per intrusisme d'una persona que, fent-se passar per metge exercia com a tal, indicant tractaments i pseudoteràpies a pacients amb càncer.

Darrerament, la Junta de Govern del Col·legi de Metges de Barcelona (CoMB) va acordar inhabilitar un metge per la indicació i informació de teràpies complementàries com a alternatives del tractament convencional establert, quan

aquestes, a més, no gaudien de cap evidència científica ni eficàcia clínica en el context de la malaltia oncològica que patia el pacient, induint-lo a seguir-les de manera onerosa i abusiva, sense atendre com a metge les necessitats bàsiques que plantejava el mateix pacient.

No podem obviar, tanmateix, que la immensa majoria de metges, i entre ells els oncòlegs i els experts en cures pal·liatives, compleixen amb rigor, correctament, i moltes vegades associant l'excel·lència assistencial amb la científica i investigadora, els deures que tenen com a metges i el que la societat n'espera.

La finalitat d'aquest document de posició és definir i recordar quina ha de ser l'actuació dels metges davant dels pacients amb càncer d'acord amb la bona pràctica mèdica i el Codi de Deontologia, a més de definir els comportaments que, des d'aquest punt de vista, contravinguin els seus principis.

En aquest sentit, i específicament en l'atenció al pacient oncològic, caldrà tenir present:

1. Que els pacients amb càncer són especialment vulnerables i poden estar sotmesos a un important patiment.

Els pacients amb càncer són, en general, especialment vulnerables. Aquesta situació està provocada pel coneixement d'un diagnòstic d'una malaltia generalment greu, associada sovint a un pronòstic incert. En molts d'aquests processos, la indicació terapèutica curativa consisteix en l'aplicació de tractaments complexos, sovint agressius i, en molts casos, amb necessitats de cures pal·liatives des de l'inici. Aquesta situació esdevé amb freqüència discapacitant i genera una gran incertesa vital que comporta, alhora, un grau important de vulnerabilitat psíquica i emocional del pacient i també de la seva família.

En els darrers temps, s'ha constatat un increment d'ofertes terapèutiques al marge del que la comunitat mèdica i científica proporciona a través de la xarxa assistencial ordinària. Sovint aquestes teràpies es presenten com a "alternatives", no sols respecte als mateixos tractaments mèdics sinó també respecte a l'origen o la causa que origina el càncer. El risc del seguiment d'aquestes teràpies és elevat, en la mesura que indueixen a l'error i poden impedir que el pacient amb càncer rebi la teràpia més adequada i eficaç o poden propiciar que abandoni el tractament establert pel seu oncòleg o pel metge especialitzat en cures pal·liatives.

2. Que els tractaments oncològics específics evolucionen constantment amb els avenços en els coneixements de biologia molecular, genètica i farmacologia.

El càncer constitueix un conjunt de malalties que tenen comportaments biològics i clínics diferents. Els constants avenços en la biologia molecular experimentats els darrers anys ens permeten conèixer les diferències en el comportament clínic dels tumors degudes a canvis genètics que, d'altra banda, poden ajudar a definir i emprar un tractament més personalitzat i específic.

L'evolució dels processos oncològics obliga a fer una recerca constant per tal d'adaptar els tractaments a la millor evidència científica disponible. Només amb una recerca de qualitat, que millori els nostres coneixements i que permeti introduir nous tractaments, podrem tractar els pacients amb les millors garanties de qualitat i seguretat. Això s'aplica tant al tractament farmacològic com al quirúrgic o radioteràpic del càncer.

3. Que els tractaments quirúrgics, la quimioteràpia, les teràpies biològiques, les dianes moleculars o la radioteràpia són les eines terapèutiques validades i consensuades en oncologia per la comunitat científica.

Les autoritats sanitàries i els organismes internacionals estableixen un marc legal i segur per als pacients i centres sanitaris que regula la realització d'estudis clínics i n'avalua els resultats per tal de determinar l'eficàcia dels nous tractaments.

Des del punt de vista del tractament, abans que un fàrmac, una intervenció quirúrgica o una nova forma de radioteràpia s'aprovi com a tractament del càncer, cal que demostrin la seva eficàcia i seguretat en estudis clínics revisats i aprovats per comitès d'ètica, que vetllen perquè els objectius i el disseny dels estudis siguin adequats. Els resultats han de ser avaluats després per les agències internacionals establertes, que hi donen el vistiplau final perquè s'utilitzin en la pràctica mèdica, i en determinen les indicacions i l'efectivitat i seguretat.

La comunitat mèdica internacional i les Administracions públiques i les autoritats sanitàries accepten que aquesta és la millor manera d'evitar administrar tractaments desfasats, inútils o amb toxicitats inacceptables.

L'aplicació de la millor evidència científica disponible es reflecteix habitualment en documents de consens, en protocols o guies de pràctica clínica de societats científiques en els quals es fan recomanacions concretes als professionals per al tractament dels pacients en funció del diagnòstic i la classificació en estadis (fases) de la malaltia. En funció de la qualitat i la fiabilitat de les publicacions s'estableix una gradació de la força amb la qual es pot afirmar la idoneïtat d'aplicar els tractaments en cadascun dels escenaris de la malaltia sobre la qual s'està discutint. Així, des de les dades de les metaanàlisis d'alta qualitat o revisions sistemàtiques d'estudis aleatoritzats i controlats fins a les opinions d'experts, s'estableixen fins a vuit categories de la qualitat de l'evidència que aporten aquestes publicacions. S'estableixen, així, indicacions de tractaments, de "primera línia" (amb més evidència) i de segona o tercera línia (amb una menor evidència de benefici en la mesura que els anteriors estan contraindicats,

són mal tolerats o s'hi ha produït una resistència). Els tractaments que han quedat obsolets per l'aparició de nous tractaments amb més eficàcia i seguretat queden relegats de les guies i, per tant, no s'haurien d'aplicar seguint la bona pràctica clínica.

4. Que les malalties oncològiques representen un repte sanitari per a la nostra societat.

Els principis per a l'atenció oncològica del Pla Director d'Oncologia de Catalunya determinen que l'atenció del pacient amb càncer ha de complir una sèrie de requisits com:

- Estar centrada en el pacient i tenir en compte els seus valors i les seves necessitats.
- Estar basada en la millor evidència científica disponible.
- Afavorir una atenció propera al lloc de residència del pacient, mantenint la qualitat assistencial i tenint en compte els avantatges de l'especialització quan sigui recomanable.
- Facilitar la formació i la recerca per produir nova evidència científica.
- Promoure l'atenció multidisciplinària del malalt i la continuïtat assistencial.
- Integrar els aspectes psicosocials i mèdics en l'atenció del malalt. En aquest punt, s'han consolidat les unitats de psicooncologia i els suports socials per abordar d'una manera integral les necessitats dels pacients amb càncer.
- Basar-se en l'avaluació dels resultats.

5. Que les cures pal·liatives són tractaments multidimensionals necessaris per oferir una atenció i un tractament integral al pacient oncològic, des de les etapes inicials de la malaltia fins a la curació o, si és necessari, en l'acompanyament al final de vida.

L'OMS va definir l'any 2002 les cures pal·liatives com un "enfocament que millora la qualitat de vida de pacients i les seves famílies que s'enfronten als

problemes associats amb malalties amenaçadores per a la vida, a través de la prevenció i l'alleujament del patiment per mitjà de la identificació primerenca i la impecable avaluació i tractament del dolor i altres problemes, físics, psicològics i espirituals".

En la pràctica clínica oncològica (com en altres malalties) les cures pal·liatives són, a més, la resposta organitzada que satisfà les necessitats dels pacients i familiars que passen per l'etapa de la malaltia que anomenem "terminal". És un moment en què la malaltia deixa de ser controlable i en el qual apareixen múltiples símptomes somàtics i un deteriorament progressiu, associat a canvis emocionals propis de l'adaptació a la pèrdua de funcions que afecta tant pacients com familiars.

6. Que les cures pal·liatives formen part indestriable de la pràctica de la medicina, especialment, però no únicament, en el malalt oncològic, i que s'exerceixen d'acord amb un cos de coneixement i amb guies clíniques que es basen en la recerca i el consens de les societats científiques.

Els objectius fonamentals de les cures pal·liatives són:

- Atenció al dolor, altres símptomes físics i a les necessitats emocionals, socials, espirituals i a aspectes pràctics de la cura de malalts i familiars.
- Informació, comunicació i suport emocional, assegurant al malalt que serà escoltat, que participarà en les decisions, que obtindrà respostes honestes i clares i que podrà expressar les seves emocions.
- Continuitat assistencial al llarg de l'evolució de la malaltia, establint mecanismes de coordinació entre tots els nivells i recursos implicats.

La recerca científica aplicada a les cures pal·liatives d'acord amb les recomanacions de les guies clíniques de les societats científiques ha demostrat que no sols millora la qualitat de vida i la satisfacció en pacients amb càncer en fases avançades, sinó que fins i tot millora la supervivència quan les cures

pal·liatives es coordinen correctament amb el tractament oncològic allà on els tractaments amb finalitat curativa no ofereixen clars beneficis.

7. Que molts pacients amb càncer sovint busquen ajuda en teràpies no convencionals sense cap aval científic.

Davant d'un diagnòstic, i fent ús del seu entorn social, mitjans de comunicació, publicacions o mitjançant una cerca activa a Internet, els pacients busquen informació relativa a la seva malaltia. En el cas dels pacients amb càncer, l'oferta d'informació és abundant, però massa sovint poc rigorosa o, fins i tot, enganyosa. Per això és recomanable, per exemple, que aquesta cerca es faci sempre en webs mèdics degudament acreditats o es contrasti el contingut amb l'opinió del professional mèdic de confiança i referència. Quan el que busca el pacient és un complement per al seu benestar, cal informar-lo sobre l'objectiu complementari i sobre els riscos de possibles interferències amb tractaments oncològics específics. Sempre que convingui, cal coordinar-se amb l'equip mèdic habitual del pacient i establir qui dirigeix el procés assistencial.

Molts d'aquests tractaments no convencionals tenen una naturalesa pseudocientífica. Inclouen mètodes diagnòstics i curatius de suposada validesa demostrada per estudis no reglats, inspirats en mètodes màgics o tradicionals, com la imposició de mans o altres procediments sense fonament científic. Les pseudociències busquen la credibilitat i el prestigi que té la ciència, al·legant, per exemple, propietats desconegudes de l'aigua, la suposada acció de fenòmens quàntics, el valor terapèutic de presumptes energies de la naturalesa o les dietes que curen alcalinitzant el pH corporal.

S'han descrit tractaments alternatius de caràcter pseudocientífic que han produït complicacions greus, fins i tot mortals. Tot i amb això, el perill més gran per a la salut dels pacients passa quan, confiant en un mètode ineficaç, renuncien a mesures més efectives, com un tractament mèdic d'eficàcia demostrada. En la pràctica ens trobem que la utilització d'aquests mètodes

pseudocientífics respon a diverses raons, que van des de la simple candidesa sobre la veritable naturalesa de la ciència i el mètode científic, fins a un engany deliberat per obtenir beneficis econòmics o altres.

La publicitat sobre l'activitat mèdica s'ha d'ajustar sempre al marc legal i deontològic compilat al *Document de Posició del CoMB en relació amb l'activitat de la publicitat mèdica*.

És molt important tenir present que la publicitat de l'activitat mèdica mai pot fomentar esperances enganyoses de guariment, ni assegurar la curació definitiva, de la mateixa manera que no podrà en cap cas induir la substitució de la medicina basada en l'evidència científica, ni oferir teràpies alternatives amb resultats garantits o miraculosos en pacients o estats de malaltia que poden perjudicar-los, o directament els perjudiquen. Per prohibició legal, la publicitat tampoc podrà referir-se a la promoció directa o indirecta de productes, materials, substàncies, energies o mètodes amb pretesa finalitat sanitària en casos en què es destinin a la prevenció, tractament o curació del càncer o altres malalties tumorals (*Reial Decret 1907/1996, d'agost, sobre promoció comercial de productes, activitats o serveis amb pretesa finalitat sanitària*).

8. Que aquests "tractaments" sovint s'ofereixen com a "curatius" i substitutius de les teràpies basades en l'evidència científica en pacients vulnerables.

Constantment, assistim a la publicitat de tractaments o cures miraculoses no basades en evidències científiques i amb una pràctica poc regulada. De vegades, aquests tractaments s'ofereixen com una "alternativa" al tractament oncològic establert. Si aquesta proposta la formula un metge, confonent el pacient sobre la validesa científica del tractament proposat, el fet és especialment greu, ja que contravé les Normes Deontològiques.

Addicionalment, l'evidència clínica i científica indica que l'administració de productes sense eficàcia ni seguretat contrastada científicament pot modificar l'efecte del tractament oncològic o ocasionar interaccions indesitjables o efectes secundaris perjudicials per als pacients. Diferents societats científiques adverteixen els pacients amb càncer que no prenguin cap tipus de substància o producte natural i que no facin cap teràpia sense el coneixement del seu equip d'oncologia i, especialment, que no abandonin el seu tractament oncològic.

9. Que la demanda per part del pacient o la seva família d'emprar tractaments no convencionals sense evidència científica no pot justificar, quan s'actua com a metge, deixar de recomanar clarament el seguiment i la continuïtat dels tractaments oncològics. Si bé el rebuig al tractament és acceptable, la confusió que genera al pacient l'oferiment de tractaments alternatius suposa un risc de pèrdua d'oportunitat de fer un tractament validat que hagi demostrat la seva eficàcia.

Com reconeixen també diferents societats científiques, la realització de teràpies "no reglades" o "cos-ment" pot, en ocasions, ser una ajuda perquè els pacients afrontin millor la malaltia, però sempre que es faci de manera complementària. Aquests tractaments s'han de dur a terme en el context integrat d'equips d'oncologia o de cures pal·liatives. Cap tractament s'ha d'aplicar sense el coneixement de l'equip mèdic responsable i de cap manera pot comportar *el risc* d'abandonar el tractament oncològic establert.

El primer deure del metge és amb el pacient. Si aquest demana atencions que van en contra de la bona pràctica mèdica i poden comportar un perjudici per a la seva salut, l'obligació del metge es advertir-ho i no recomanar aquesta actuació. Es tracta de no atemptar contra un principi bioètic de mínims (no maleficència) i que és el límit per a uns altres principis de màxims, com ho són el d'autonomia i el de beneficència. Aquests principis mai no poden servir de subterfugi per recomanar o emprar pràctiques al marge de l'evidència científica disponible.

10. Que la informació proporcionada al pacient ha de ser clara i entenedora pel que fa a diferenciar allò que són els tractaments oncològics i principals respecte dels altres, com també la necessitat de seguir les indicacions dels especialistes que l'atenen.

Sobre l'obligació d'informar i el consentiment informat

La informació al pacient (o familiars si aquell consentís) és una obligació legal i deontològica que ha de presidir qualsevol acte mèdic. Li correspon donar-la al metge responsable o a qualsevol professional que intervé en el procés assistencial.

Tant la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica (articles 2 a 4 i 6 a 7), com el Codi de Deontologia (normes 22 a 28) regulen i recullen els termes i condicions en què s'ha de produir la informació en el procés de presa de decisió per part del pacient. De tot el procés d'informació, se n'haurà de deixar constància a la història clínica del pacient.

Sobre la vulnerabilitat del pacient i la informació

Com ja s'ha assenyalat, el pacient diagnosticat d'una malaltia oncològica és un pacient especialment vulnerable. La informació i l'acompanyament d'aquests pacients es fan especialment imprescindibles. Si bé els metges hem de vetllar per una atenció mèdica de bona qualitat humana i tècnica, també és cert que tenim 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.

En el cas de malalties com el càncer, s'ha de ser especialment curós a l'hora d'informar el pacient de les alteracions que pateix i del pronòstic. Aquesta informació ha de ser entenedora, verídica, mesurada i prudent; expressada amb respecte, tacte i discreció. La informació s'ha de transmetre de la manera més

esperançadora possible, la qual cosa no vol dir generar falses expectatives o falses esperances de curació o millora, i tenint present que ha de ser suficient i adequada a les necessitats del pacient en cada moment per tal que aquest pugui decidir i consentir el tractament lliurement.

Cal respectar el dret del malalt a no ser informat. Però, mai, i molt menys amb aquest pretext, mentir-li o contribuir a l'engany o a la confusió creant falses expectatives amb una justificació compassiva equívoca o amb altres finalitats. El metge, en el procés d'atenció al pacient, s'ha de preocupar tant de *l'efectivitat* com de *l'afectivitat*, conciliant allò *racional* amb allò *relacional*, i fer-se així mereixedor de la confiança del pacient, per evitar que aquest pugui anar a buscar un escenari aparentment més confortable però que no porti la potencial curació de la malaltia ni la millora dels seus símptomes.

Sobre el contingut de la informació al pacient

En relació amb el tractament, el metge ha d'informar el pacient en el sentit exposat en aquest document i, per tant, ha d'exposar-li quins són els tractaments específics validats i consensuats per la comunitat científica que són més indicats per a la seva patologia. La informació ha d'incloure el procediment específic del tractament, els seus beneficis, les seves conseqüències —com és la toxicitat—, els seus riscos i complicacions més freqüents, o infreqüents, si tinguessin la consideració clínica de molt greus, tant generals com específics del pacient.

Cal respectar el dret del pacient a rebutjar totalment o parcialment el tractament, una prova diagnòstica o l'assistència mèdica, però sempre que abans hagi estat informat de manera entenedora de les conseqüències previsibles de la seva negativa i que es trobi en condicions de tenir-ne una comprensió lúcida. En aquest cas, és important deixar-ne constància a la història clínica i informar de les opcions terapèutiques adaptades a les seves preferències.

Sobre la informació al voltant de teràpies “complementàries”

Els preceptes deontològics són clars i explícits quan indiquen que el metge no emprarà procediments ni prescriurà tractaments amb els quals no estigui degudament familiaritzat i que no estiguin basats en l'evidència científica o en l'eficàcia clínica, encara que el pacient hi consenti, tal com estableix la norma 47 del Codi de Deontologia. La norma 48 del Codi exigeix un plus en la informació que s'ha de donar al pacient quan el metge proposi tractaments no convencionals o simptomàtics. El metge està obligat a informar el pacient de la necessitat de no abandonar cap tractament necessari, advertint-lo de manera clara i entenedora del caràcter no convencional ni substitutori del tractament proposat.

En el procés d'informació sobre aquestes teràpies complementàries, és important no confondre el pacient o induir-lo a l'error en les decisions: sempre s'han de presentar i informar com a teràpies complementàries del tractament, exposant-ne clarament la finalitat i la necessitat de no abandonar el tractament principal. Mai s'han de presentar com un tractament alternatiu que pugui induir el pacient a pensar que és una possible opció curativa de la seva malaltia.

És un fet molt greu, per tant, l'explotació de l'angoixa dels pacients o família introduint procediments diagnòstics o terapèutics d'utilitat no demostrada científicament o fútil en l'atenció del pacient oncològic, o per a la millora dels símptomes, donant falses esperances o actuant amb exclusiu afany de lucre.

Si fos el cas que, en primera elecció, el pacient oncològic anés a un metge que aplica aquestes teràpies complementàries, aquest metge té l'obligació de donar-li informació dels tractaments existents basats en l'evidència científica, d'eficàcia provada, que el metge no practica o no pot practicar, però que serien els indicats per a la curació o la millora simptomàtica del pacient. En aquest cas, el metge ha de dirigir el pacient a fer el seguiment i tractament adequats a la seva patologia en els termes que s'exposen en aquest document.

Sobre la informació i la coordinació entre professionals

Tot l'equip de professionals que intervenen en l'acte d'atenció al pacient oncològic —psicòlegs, infermeres, nutricionistes, etc.— és també protagonista del fet informatiu. La seva activitat ha de ser, doncs, concordant amb un pla d'actuació i d'accions eficaces i contrastades, evitant sempre donar informació contradictòria.

El Codi de Deontologia, a la seva norma 48, estableix que el metge que indica teràpies complementàries està obligat a coordinar-se amb el metge responsable del tractament bàsic del pacient, a quin efecte i al marge de qualsevol altre acte de coordinació seria recomanable que facilités al pacient un informe dels tractaments complementaris que li està aplicant dirigit al metge responsable (o a l'equip) del tractament principal, a fi que també pugui valorar qualsevol interferència o inconvenient en la seva aplicació amb el tractament principal. Així també, és altament recomanable que, si el metge responsable del tractament principal coneix la intenció del pacient de recórrer a aquestes teràpies complementàries, o bé sap que les està seguint, pugui obtenir informació dels tractaments aplicats i orientar el pacient respecte de la conveniència o no de seguir-les.

Finalment, en el supòsit que qualsevol metge advertís que al pacient li estan sent indicades per a la seva malaltia oncològica teràpies no reglades com a tractament alternatiu o principal, haurà de comunicar-ho al seu col·legi als efectes oportuns.

CONCLUSIONS

Tot metge que tracti un pacient amb càncer haurà de tenir present que:

- 1.- En l'atenció al pacient oncològic és molt important recordar que es tracta d'un pacient especialment vulnerable i que és també molt important tenir en compte els seus valors i les seves necessitats.
- 2.- S'ha de ser especialment rigorós a l'hora d'informar, indicar i aplicar els tractaments consensuats per la comunitat mèdica i científica i que estiguin basats en la millor evidència científica disponible, tant des del punt de vista oncològic com pal·liatiu. Cal que informi el pacient sobre els beneficis esperats del tractament, les seves conseqüències i molèsties, la toxicitat, els riscos i complicacions (freqüents o infreqüents si tinguessin la consideració clínica de molt greus), tant generals com específics.
- 3.- La informació i l'acompanyament del pacient oncològic són especialment importants. S'ha de ser extremament curós en el procés d'informació sobre la malaltia i el seu pronòstic. La informació haurà de ser entenedora, verídica, mesurada, discreta, prudent i esperançadora, però sense generar falses expectatives i procurant que ni el contingut ni la manera de transmetre'l perjudiquin al pacient.
- 4.- Es respectarà el dret del malalt a no ser informat. Mai, i molt menys amb aquest pretext, s'actuarà mentint-li o contribuint a l'engany o a la confusió amb actitud cànvida o finalitat onerosa (el que suposaria una doble estafa moral i econòmica).
- 5.- Es respectarà el dret del pacient a rebutjar totalment o parcialment el tractament, però sempre que abans hagi estat informat de manera entenedora de les conseqüències previsible de la seva negativa.
- 6.- Els tractaments oncològics específics evolucionen constantment amb els avenços dels coneixements, la qual cosa obliga a una actualització constant que permeti tractar els pacients amb les millors garanties, fet que comporta la necessitat de formació continuada del metge.

- 7.- El malalt de càncer requereix una atenció multidisciplinària i integradora d'aspectes psicosocials i mèdics.
- 8.- Les cures pal·liatives són tractaments que poden ser necessaris des de les etapes inicials de la malaltia fins a la curació o en l'acompanyament del final de la vida. Tenen com a objectiu l'atenció del dolor i d'altres símptomes físics, i el suport emocional, social i espiritual del pacient, assegurant-li que serà escoltat i que podrà participar en la presa de decisions.
- 9.- El metge no pot emprar procediments ni prescriure medicines amb les quals no estigui degudament familiaritzat i que no estiguin basades en l'evidència científica o en l'eficàcia clínica, encara que el pacient hi consenti o ho demani.
- 10.- Alguns procediments o teràpies complementàries poden suposar en ocasions una ajuda perquè els pacients puguin afrontar millor la seva malaltia. És desitjable que aquestes s'ofereixin integrades en el mateix equip d'oncologia o de cures pal·liatives. Però la seva suposada innocuïtat no justifica la indicació de qualsevol teràpia sense cap evidència científica o eficàcia clínica donant-li una aparença de tractament validat.
- 11.- Quan s'estan indicant tractaments complementaris s'ha d'informar el pacient de la necessitat de no abandonar cap tractament necessari, advertint-lo de manera clara i entenedora del caràcter no convencional ni substitutori del tractament que està aplicant. La confusió que pot generar al pacient la presentació d'un tractament *complementari* com a *alternatiu* a la seva patologia, el pot conduir a creure que està seguint un tractament eficaç i curatiu, posant en risc l'oportunitat de seguir un tractament validat que ha demostrat la seva eficàcia.
- 12.- El metge que aplica teràpies complementàries s'ha de coordinar amb el metge responsable del tractament bàsic (oncològic o de cures pal·liatives). A aquest efecte, si no és possible una altra forma de coordinació, és convenient facilitar al pacient un informe perquè el lliuri al metge del tractament principal.
- 13.- En el cas que el pacient informi el metge responsable del tractament oncològic o de cures pal·liatives que està seguint o que vol seguir un tractament

complementari, és recomanable que el metge s'informi a través del pacient sobre els tractaments que se li estan indicant, per valorar la seva conveniència o el risc d'interferència amb el tractament principal, tot reiterant al pacient la necessitat de no abandonar el tractament principal.

14.- En el cas que sigui el metge oncòleg o de cures pal·liatives qui derivi el pacient a seguir un tractament complementari, és recomanable que aquest promogui la coordinació entre ambdós metges.

15.- En el supòsit que advertís que al pacient li estan sent indicades teràpies no convencionals o pseudociències com a tractament alternatiu a la seva malaltia, malgrat que no existeixi base científica per indicar-les i que estiguin mancades de l'eficàcia clínica exigible en el context de la malaltia oncològica, tant si és amb candidesa com amb finalitats oneroses o abusives, el metge haurà de comunicar-ho al Col·legi de Metges als efectes oportuns.

16.- El metge en cap cas pot explotar/abusar de l'angoixa del pacient ni actuar amb exclusiu afany de lucre. La primera lleialtat del metge és amb el seu pacient i l'acte mèdic s'ha de dirigir a promoure, mantenir o restablir la salut individual i col·lectiva de les persones. El metge ha d'alleugerir el dolor i el patiment causat per la malaltia, i ha de tenir cura dels que no poden ser guarits. L'atenció preferent és a la salut del pacient, que s'ha d'anteposar a qualsevol altra conveniència.

17.- La publicitat s'haurà d'ajustar a la normativa legal i a les normes deontològiques, tal com recull el *Document de Posició del CoMB en relació amb l'activitat de la publicitat mèdica*.

No complir amb les indicacions contingudes en aquest document de posició, que conté tant les indicacions de consens científic i clínic que s'han de seguir en el tractament d'un pacient oncològic com les indicacions legals i deontològiques que s'han de seguir en el seu tractament i procés d'informació, pot suposar la comissió d'una *infracció molt greu o greu*, que pot comportar la *inhabilitació del*

professional de fins a cinc anys del seu exercici, en funció de les circumstàncies que hi concorrin.

Finalment, els col·legis de metges de Catalunya o, si escau, el CCMC, en la defensa dels pacients i en l'honorabilitat de la professió i en atenció a les competències que tenen atribuïdes emprendre les accions que corresponguin davant altres instàncies (administratives i judicials) contra persones o organitzacions que actuïn de forma intrusiva (aparentant la condició de professionals de la medicina) o sempre que s'objectivi un greu risc per a la salut dels ciutadans.

Barcelona, 8 de juny de 2017

Equip redactor:

En la redacció d'aquest document han participat: *doctor Gustavo Tolchinsky* (secretari del Col·legi de Metges de Barcelona), *doctor Eugeni Saigí* (president de la Societat Catalano-Balear d'Oncologia), *doctora Helena Camell* (presidenta de la Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives), *doctor Josep Terés* (president de la Comissió de Deontologia del Col·legi de Metges de Barcelona), *doctora Antònia Sans* (membre de la Comissió de Deontologia del Col·legi de Metges de Barcelona), *doctor Antoni Trilla* (membre de la Junta del Col·legi de Metges de Barcelona), *Ignasi Pidevall* (cap de l'Assessoria Jurídica del CCMC), *Mercedes Martínez* (advocada de l'Assessoria Jurídica del Col·legi de Metges de Barcelona) i *doctor Jaume Padrós* (president del Col·legi de Metges de Barcelona), coordinador de l'equip redactor.