

SEGUNDAS OPINIONES EN ONCOLOGÍA

Álvaro S. Rubiales¹, María Luisa del Valle, Pilar Rey, Amaya Vecino, Patricia Diezhandino, Laura Fernández, Luis Alberto Flores, Consuelo García, Silvia Hernansanz y Francisco López-Lara
Servicio de Oncología, Hospital Universitario de Valladolid

Introducción

El cáncer sigue siendo la primera causa de muerte en España². Y afecta de manera decisiva a la vida de una gran mayoría de los ciudadanos, bien porque son o han sido pacientes oncológicos o bien porque han sentido el impacto de esta enfermedad de manera cercana, con frecuencia en su misma familia. Tener conciencia del mal pronóstico que acompaña al cáncer puede provocar inicialmente incertidumbre y, con ello, empujar a buscar alternativas para alcanzar la curación. Uno de los caminos para superar la falta de perspectivas terapéuticas es la consulta a distintos profesionales. Este tipo de práctica es más frecuente es más

frecuente en países desarrollados ya que representa un signo de madurez en la medida en que los pacientes y/o sus familiares superan la confianza limitada a un solo médico y la sensación de seguridad que ofrece el «paternalismo terapéutico» para consultar con otros especialistas³. Estas consultas pueden tener un objetivo múltiple: ampliar los conocimientos sobre una enfermedad, ratificar la opinión de otro especialista, buscar alternativas o, sencillamente, encontrar una voz autorizada que ofrezca lo que uno quiere obtener, que diga lo que se desea escuchar.

Aunque esta práctica es habitual en el mundo de la Medicina, especialmente en el de la Oncología, es muy poco lo que se ha publicado en nuestro país sobre estas segundas opiniones, es decir, sobre la consulta para conocer el criterio de pro-

1 Correspondencia: Álvaro S. RUBIALES. Servicio de Oncología. Hospital Universitario de Valladolid. c/ Ramón y Cajal 3. 47011 Valladolid. Teléfono: 983420000. fax: 983257511 e-mail: asrubiales@hotmail.com

2 ALONSO, I., REGIDOR, E., RODRÍGUEZ, C., GUTIÉRREZ-FISAC, J.L. «Principales causas de muerte en España», 1992. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 441-5.

3 HEWITT, M., BREEN, N., DEVESA, S. «Cancer prevalence and survivorship issues: analyses of the 1992 National Health Interview Survey». *J Natl Cancer Inst* 1999; 91: 1480-6.

fesionales diferentes de los que tratan actualmente a un enfermo sobre la actitud a seguir en ese paciente en concreto. Sin embargo, la carga deontológica y bioética de esta realidad es grande ya que en ella se debaten la confianza, las expectativas y la capacidad económica de pacientes y familias. Y, a la vez, es un ámbito del trato y de las relaciones entre médicos y personal sanitario donde no es fácil librarse de recelos y suspicacias.

Concepto

Es normal que ante cualquier problema relevante se busquen otras salidas, soluciones diferentes y respuestas distintas. Y las enfermedades forman una parte elemental y muy cercana de este tipo de problemas⁴. En el ámbito de la Medicina, se puede intentar encontrar estas alternativas básicamente a través de dos caminos: el de la medicina tradicional, o sea, consultando a otros especialistas debidamente cualificados, y el de las «medicinas alternativas» con todo su universo de naturistas, curanderos, sanadores, visionarios, etc. que gozan de mayor o menor respaldo científico^{5,6} y de resultados mensurables⁷. No obstante, la línea

argumental de este trabajo no son las «segundas opiniones» que se solicitan, a veces de manera desesperada, en esta medicina alternativa sino las que se buscan dentro de la medicina tradicional, académica.

La Medicina no es una ciencia exacta, hasta el punto de que se ha definido la práctica de la Medicina como el «arte de manejar la incertidumbre». Por este motivo no es de extrañar que ante una misma patología se barajen tanto diversas opciones diagnósticas, más o menos probables («diagnóstico diferencial»)⁸, como varias posibilidades terapéuticas con diferentes perfiles de actividad y toxicidad. Y en la misma medida en que se puede plantear más de una vía de actuación también es lógico que se cuente con las opiniones de más de un experto que vieran su experiencia y su conocimiento en relación con un caso concreto.

En la medicina tradicional existe, además, un sentir común que divide a los profesionales de cualquier especialidad entre los «mejores» y los que no lo son tanto. Algo que, globalmente, sí que es cierto ya que hay una mayoría de profesionales con mayor experiencia y con un juicio más ponderado de las diferentes situaciones clínicas. El parámetro de medida para distinguir a los profesionales puede ser su nivel de capacitación, su experiencia, los medios de que dispone, su calidad técnica y humana o meramen-

4 NORTON, L. «High dose chemotherapy for breast cancer: how do you know?». *J Clin Oncol* 2001; 19: 2769-70.

5 «Italian Study Group for the Di Bella Multitherapy Trials. Evaluation of an unconventional cancer treatment (the Di Bella multitherapy): results of phase II trials in Italy». *BMJ* 1999; 318: 224-8.

6 REMUZZI, G, SCHIEPPATI, A. «Lessons from the Di Bella affair». *Lancet* 1999; 353: 1289-90.

7 ANGELL, M., KASSIRER, J.P. «Alternative medicine. The risks of untested and unregulated remedies». *N Engl J Med* 1998; 339: 839-41.

8 JAESCHKE, R, GUYATT, G, LIJMER, J. Diagnostic tests. En: Guyatt, G., Rennie, D., eds. *Users' guide to the medical literature*. Chicago: AMA Press; 2002: 121-40.

te el prestigio adquirido. Sin embargo, hay situaciones en que la «evidencia» teórica de este prestigio, entendido como una mayor capacitación, se sustituye por otros aspectos (como la eminencia, la vehemencia o la elocuencia⁹...) que poseen un peso específico alto pero sólo como medida de imagen.

En todo caso, al clasificar la cualidad de los profesionales se favorece una visión de las segundas opiniones que puede estar basada en dos principios. Por una parte una aproximación a la verdad ya que se supone que el profesional con un nivel superior tiene un mejor conocimiento. Y, por otra, un instrumento de presión ya que se podría suponer que el que se encuentra en el nivel teóricamente inferior debería adaptar sus conocimientos y su conducta al dictado del más cualificado.

La segunda opinión se puede considerar como un derecho del paciente a que sean más de un experto los que opinen y/o decidan sobre su enfermedad en cuanto a diagnóstico, opciones terapéuticas y pronóstico (tanto inicial como adaptado a estos tratamientos). No obstante, este derecho sólo se entiende si el paciente comprende y asume su deber de «escoger» y decantarse por algún tipo de opción diagnóstica o terapéutica¹⁰. Así pues, el derecho a las segundas opiniones se complementa con el derecho irre-

nunciable de decidir cuál es la dirección que prefiere. El paciente, al buscar una o varias segundas opiniones, no solo «pregunta» sino que pasa a participar (a comprometerse y a hacerse responsable) en la decisión terapéutica. Sin embargo esto es algo que no siempre es lo que pretenden los pacientes oncológicos, especialmente en nuestro medio. Y puede suponer un choque incluso en aquellos que sí aceptan o desean conocer su diagnóstico¹¹. En cierta manera, la carga de información que arrastran las segundas opiniones tiene una consecuencia que para más de uno puede resultar inesperada e incluso paradójica ya que puede obligar a afrontar la realidad cuando lo que se desea es encontrar una esperanza en la desesperación o escuchar a alguien que diga lo que se desea oír^{12, 13, 14}.

Condiciones de la segunda opinión

La segunda opinión, como cualquier acto médico, debe realizarse en unas condiciones adecuadas. No se debería considerar que cualquier «consulta» se trata realmente de una «segunda opinión». Como orientación, se pueden indicar al-

9 ISAACS, D., FITZGERALD, D. «Seven alternatives to evidence-based medicine». *Oncologist* 2001; 6: 390-1.

10 MANFREDI, C., CZAJA, R., PRICE, J., BUIS, M., JANISZEWSKI, R. «Cancer patients' search for information». *Monogr Natl Cancer Inst* 1993; 14: 93-104.

11 FALLOWFIELD, L. «Participation of patients in decisions about treatment for cancer». *BMJ* 2001; 323: 1144.

12 CHOCHINOV, HM. «Depression in cancer patients». *Lancet Oncol* 2001; 2: 499-505.

13 PARKER, P.A., BAILE, W.F., DE MOOR, F., LENZI, R., KUDELKA, A.P., COHEN, L. «Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication». *J Clin Oncol* 2001; 19: 2049-56.

14 PTACEK, J.T., PTACEK, J.J. «Patients' perceptions of receiving bad news about cancer». *J Clin Oncol* 2001; 19: 4160-4.

gunas actitudes elementales que se amparan en el sentido común.

- Es conveniente que el que la realice pueda disponer de toda la información que se haya reunido hasta ese momento.

- Se debería solicitar siempre que sea factible «todavía» actuar sobre la enfermedad. Las consultas *a posteriori* suelen corresponder a quejas y recelos o, en otras ocasiones, al deseo de conocer cómo obtener algún beneficio de hechos ya acontecidos (a través de una reclamación o una querrela). En más de una ocasión son los allegados y no los pacientes los que adoptan esta actitud que, en todo caso, no debería ser considerada propiamente una segunda opinión ya que, más bien, se podría asimilar a un peritaje.

- Debería realizarse sobre un caso clínico concreto en que se han practicado al menos unos estudios elementales. Las consultas sobre situaciones teóricas o en las que todavía existen distintas posibilidades básicas en el diagnóstico o en la estadificación (sobre todo si estas se encuentran ya en curso) pueden dar lugar a equívocos.

- En ocasiones se puede dirigir exclusivamente a encontrar la mejor técnica diagnóstica o a facilitar alternativas dentro del diagnóstico diferencial de un proceso.

- No debería comprometerse un tratamiento urgente por la demora en obtener una segunda opinión.

- Solicitar una segunda opinión debería ser compatible con evitarle molestias al paciente que es, al fin y al cabo, el primer interesado. Si se desea realizar una

consulta a otro profesional, es conveniente facilitar los datos elementales para saber si el paciente se debe desplazar o no. Esta reflexión es imprescindible cuando el estado general o los síntomas (derivados de la enfermedad o de los tratamientos) hagan este tipo de traslados especialmente molestos. No obstante, esta orientación no puede ser taxativa puesto que hay que entender que en Medicina el contacto directo con el paciente aporta unos conocimientos que ayudan a ser realista a la hora de tomar una decisión y de planificar un tratamiento.

- En cualquier caso, la relación entre profesionales debería guiarse por las normas del sentido común y por las que están escritas en el Código de Deontología¹⁵.

Actitud del médico responsable

Se puede considerar médico responsable aquel que se hace cargo inicialmente del paciente, es decir, el que hace la primera valoración y facilita la «primera opinión» o, al menos, la primera orientación diagnóstica. Este médico debe mostrar una actitud apropiada (receptiva) no sólo ante la segunda opinión sino incluso ante la posibilidad de que el paciente (o su familia) se decidan a solicitarla. Conocer las propias limitaciones favorece el que se agradezca la opinión ajena. Rechazar esta orientación puede ser una muestra de soberbia intelectual o de mie-

15 Organización Médica Colegial. *Código de Ética y Deontología Médica*. 1999.

do a que se conozcan las propias limitaciones.

- Es conveniente que la actitud diagnóstica y terapéutica no sean exclusivamente personales, especialmente en los casos con patología más compleja y/o potencialmente más grave. La decisión colegiada se hace especialmente necesaria ante problemas, como los que se suelen ver en la clínica, en los que la subjetividad y la propia experiencia tienen un peso importante pero pueden ofrecer una impresión sesgada y llevar a decisiones poco objetivas¹⁶.

- Es imprescindible respetar siempre el derecho de los pacientes a solicitar una segunda opinión. La propia experiencia ayuda a tomar conciencia que una segunda opinión no es propiamente un juicio («un examen») de la actividad de un profesional. Al menos, no debería interpretarse así tanto por parte del médico responsable como del que emite la segunda opinión. Se podría valorar, en cierta medida, como una actitud «colegial» en la atención al paciente pero respetando la independencia y la responsabilidad de cada médico.

- Hay casos en que el pronóstico, la agresividad del tratamiento u otras circunstancias influyen en la actitud del paciente y son capaces de afectar la confianza en el médico. En estos puede ser prudente sugerir que se busque una segunda opinión para evitar desde el prin-

cipio una actitud de desconfianza (a veces mutua) o, al menos, de ambivalencia.

- En coordinación con la Institución en que trabaje, pública o privada, al paciente que desee solicitar una segunda opinión se le deberían facilitar originales o copias de los estudios y pruebas diagnósticas que pudieran ser necesarias emitir para esta segunda opinión. Aun así, este aspecto se debería coordinar con los criterios básicos sobre secreto médico y sobre el acceso y la custodia de la historia clínica.

Actitud de las instituciones

En principio, a cualquier paciente se le debería reconocer el derecho a recabar una segunda opinión. Por ese motivo, el sistema sanitario que lo atienda (público o privado) debería arbitrar las medidas oportunas para garantizar este derecho. Puede haber limitaciones «a priori» orientadas a limitar este derecho de manera razonable.

- No es coherente mantener una lista interminable de consultas sobre un mismo problema cuando los primeros especialistas consultados han coincidido en las líneas centrales de su argumentación en los aspectos de la enfermedad (diagnóstico, pronóstico, tratamiento) que se presten a una mayor controversia.

- Únicamente en el caso de que los distintos especialistas presentaren dos opciones claramente diferentes, sería lógico buscar una tercera opinión.

Una vez que se dispone de esta segunda opinión razonada se hace necesario decidir la actitud práctica.

16 COUCEIRO VIDAL, A., NÚÑEZ OLARTE, J.M. «Orientaciones para la sedación del enfermo terminal». *Med Pal* (Madrid) 2001; 8: 138-43.

- En caso de discrepancia entre los profesionales consultados, se debería permitir al paciente optar por la que le pareciese más convincente o más adecuada a sus perspectivas, aunque ello supusiese un coste mayor en el tratamiento. Sin embargo, esto viene limitado por el riesgo de una posible «especulación» en torno al paciente. Para evitarlo sería preciso que las opiniones estuvieran bien fundamentadas, con un respaldo científico (bibliográfico¹⁷) adecuado también al explicar el coste que pudieran ocasionar.

- En ningún caso se podría imponer a uno de los médicos o de los equipos que han opinado que sigan de manera acrítica el criterio sugerido por otros colegas, aunque esté basado en un mayor prestigio o en una experiencia más prolongada en la patología. El motivo está en que adoptar una línea diagnóstica y/o terapéutica por parte de un profesional supone asumir la responsabilidad de la decisión. Así pues, si se adopta la opinión ajena debe hacerse voluntariamente y asumiendo todas las consecuencias.

Actitud del paciente (y/o familiares)

El paciente es el primer interesado tanto en la primera opinión como en la segunda y las ulteriores (tercera, cuarta, etc.) que se pudieran solicitar. Además, forma parte activa en las decisiones en torno a su enfermedad. Y mantiene un compromiso que le exigen unas actitu-

des mínimas cuando él (o sus familiares) se plantean solicitar una segunda opinión.

- El paciente debería mantener un compromiso elemental de claridad y lealtad proporcionadas a aquellas con las que le hayan tratado el médico y todo el personal sanitario. Aunque todavía pueda haber médicos y pacientes que las valoran como tal, las segundas opiniones no son un acto vergonzoso o una muestra de desconfianza que sea preciso ocultar.

- La obligación de los familiares es de apoyo al paciente que decide buscar una segunda opinión. Sólo adquiere una función subsidiaria si el enfermo no estuviere en condiciones de ejercitar este derecho. Así pues, si el paciente decide expresamente solicitar una segunda opinión la familia puede colaborar con él en esta tarea. Sin embargo, si no manifiesta este deseo, la familia debería alcanzar algún tipo de asentimiento por parte del paciente antes de aventurarse a solicitar segundas opiniones. En estas segundas opiniones entran otros profesionales que sólo deberían participar del secreto médico de un enfermo (aunque no lleguen a tratarlo y, a veces, ni siquiera a conocerlo) con la aquiescencia del paciente, que debería conocer quién y por qué conocen los datos de su enfermedad fuera de los médicos que lo atienden¹⁸.

17 BONFILL, X., GABRIEL, R., CABELLO, J. «La medicina basada en la evidencia». *Rev Esp Cardiol* 1997; 50: 819-825.

18 RUBIALES, A.S., DEL VALLE, M.L., GARCÍA, C., et al. «La información a la familia del enfermo oncológico». *Cuadernos de Bioética* 2000; 11: 388-401.

Actitud del médico consultado

El criterio básico que respalda la solitud de una segunda opinión es que «cuatro ojos ven más que dos», es decir que el trabajo en equipo favorece el éxito y evita errores. Sin embargo, entran también otras presunciones que a veces no tienen la misma validez. Por ejemplo, se puede suponer que los profesionales de mayor prestigio son capaces de abrir puertas y expectativas que se encuentran cerradas para otros. O, también, se puede aceptar de manera tácita cuando se solicita una segunda opinión que el criterio clínico de los profesionales más aptos, con mayor experiencia o con mejores medios ha de ser capaz de juzgar e incluso reconducir el de los demás.

La Medicina se rige en parte por una ley no escrita de la oferta y la demanda. En nuestro medio hay un núcleo principal y poderoso que es la Sanidad Pública. Simultáneamente coexisten y/o compiten con esta Sanidad Pública, a la vez que crecen a su sombra, numerosas iniciativas que engloban de una u otra manera a la medicina privada y que suponen un sano contrapunto al Sistema Público. A diferencia de este Sistema Público, los profesionales de la medicina privada suelen cobrar por paciente atendido y/o por acto médico. Es lógico que este ámbito se rija en líneas generales por un principio de prestigio útil para aumentar la influencia.

Los pacientes (y los familiares) son especialmente sensibles a la información, especialmente si se encuentran en una situación con una carga emocional im-

portante. Y el modo de presentar unos mismos datos puede influir de manera importante sobre la decisión que pueda adoptar^{19, 20}.

- Sigue rigiendo el *primum non nocere*; lo primero es no hacer daño. Cualquier acto médico puede originar una yatrogenia importante. En el caso de las segundas opiniones estos efectos secundario se pueden unir al gasto económico, la angustia por la situación con la crisis personal y/o familiar que se acompaña, etc. Aunque la segunda opinión se solicite voluntariamente y con buena disposición de ánimo, no hay que olvidar nunca la especial vulnerabilidad del paciente y de la familia.

- En un ámbito de la Medicina como la Oncología, donde es tan fuerte la presión emocional, es preciso mantener unos criterios realmente firmes para no dejarse llevar por la creación fácil de expectativas ya que con frecuencia es el propio paciente el que sugiere o suplica alternativas más allá de lo que puede ser razonable. Es decir, es preciso evitar el «fenómeno de la fruta prohibida»²¹, es decir, la inducción de expectativas en tratamientos de empleo restringido y de acceso difícil, laborioso o, sencillamente, caro. Estas expectativas (muchas veces con

19 McNEIL, B.J., PAUKER, S.G., SOX, H.C., TVERSKY, A. «On the elicitation of preferences for alternative therapies». *N Engl J Med* 1982; 306: 1259-62.

20 CHATELLIER, G., ZAPLETAL, E., LEMAITRE, D., MENARD, J., DEGOULET, P. «The number needed to treat: a clinically useful nomogram in its proper context». *BMJ* 1996; 312: 426-9.

21 THORNTON, H., BAUM, M. «Ethics of clinical trials: the forbidden fruit phenomena». *Breast* 1996; 5: 1-4.

poco respaldo científico) se pueden inducir de manera inconsciente o de manera consciente y deliberada.

- Es fundamental respetar la profesionalidad y el trabajo de los colegas. Este respeto ha de manifestarse en el modo en que se menciona (o se valora o se juzga) su actuación delante del paciente y de la familia. Así se expresa en el Código de Deontología: «los médicos se abstendrán de criticar despreciativamente las actuaciones profesionales de sus colegas; hacerlo en presencia de los pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante»²². Asimismo, y en la medida de lo posible, «las discrepancias profesionales han de ser discutidas en privado o en sesiones apropiadas»²³. En cualquier caso, si se emite un juicio o una opinión, deberían limitarse siempre a los datos documentales que se puedan aportar, sin realizar juicios de intenciones. Es preciso ser muy prudente y no realizar comentarios sobre posibles declaraciones de terceros sin respaldo documental.

- Obviamente, si hay datos fiables que hacen sospechar una mala praxis que pudiera estar afectando ya o afectar en un futuro al paciente, el médico consultado debería poner los medios proporcionados para evitarlo. Si lo que se plantea por parte del paciente o la familia tiene un contenido o una repercusión más legal que clínico, el médico consultado debería entender más su intervención como la de un perito a petición de parte que como un acto médico.

- Los datos facilitados en la segunda opinión deberían facilitarse al paciente con un soporte documental adecuado. Si fuera posible deberían reunirse en un informe escrito y firmado en que el profesional respalda sus opiniones. y que puede permitir al médico responsable, si así lo desea el paciente, conocer y valorar la opinión y las alternativas (junto con sus fundamentos) que haya podido presentar su colega. No se puede considerar vinculante la mera información sobre lo que se puede ofrecer o sobre cuál es la práctica habitual dentro de un medio concreto. La crítica sistemática del planteamiento ajeno o la presentación de alterativas sin una argumentación adecuada pueden producir más daño que beneficio.

- Los datos y los comentarios, ante todo sobre diferentes opciones clínicas (diagnósticas y terapéuticas) han de ofrecerse con una valoración escalonada²⁴:

1. qué se sabe con relativa certeza, es decir, qué se considera o se debería considerar «estándar» (de referencia) globalmente en el momento actual.

2. qué se sospecha; cuáles son los datos orientativos pero todavía no respaldados.

3. dónde está el ámbito de la investigación y dónde se puede integrar el paciente en ensayos clínicos: por qué motivos y con qué objetivos.

- Se debe evitar inducir un gasto inútil a la hora de repetir estudios comple-

22 Ibid., nota 15.

23 Ibid., nota 15.

24 HORTOBAGYI, G.N., BUZDAR, A.U. «Present status of anthracyclines in the adjuvant treatment of breast cancer». *Drugs* 1993; 45 (Suppl. 2): 10-9.

mentarios ya practicados o, sobre todo, de realizar otros de los que no se espera que modifiquen la actitud terapéutica. Si se considera adecuado actuar de otra manera (por ejemplo, para completar un protocolo de estadificación propio de un determinado Centro) es conveniente que se expliquen los motivos.

- Los resultados terapéuticos se deberían explicar como parámetros aceptados²⁵: respuesta, supervivencia libre de enfermedad, tiempo hasta la progresión, duración de la respuesta, tiempo libre de síntomas, supervivencia global, mortalidad, etc. Si no hay una uniformidad en la repercusión sobre cada uno de estos parámetros, es preciso explicarlo de manera expresa; por ejemplo, un beneficio terapéutico inicial evidente, como puede ser la reducción del volumen tumoral en tumores especialmente sensibles al tratamiento se suele interpretar como el inicio de una más que probable curación, aunque pueden ser dos conceptos claramente diferentes. Ya que en estos casos el tiempo puede jugar en contra del médico, es necesario prevenirlo con una información inicial adecuada²⁶.

- Las segundas opiniones suelen solicitarse en Centros de referencia, en los que es más frecuente que se lleven a cabo estudios clínicos con técnicas diagnósticas o esquemas terapéuticos prometido-

res pero todavía no suficientemente contrastados. Si se considera que el paciente es candidato a entrar en estos estudios se debe plantear esta posibilidad con claridad²⁷. Es imprescindible actuar con transparencia porque muchos pacientes y familiares piensan *a priori* que estos tratamientos se emplean en los Centros de mayor prestigio porque se han mostrado claramente superiores y no son capaces de considerar (ni, a veces, de entender, que son aún experimentales). El no actuar de esta manera podría inducir a pensar que se intenta sacar provecho de este desconocimiento tan común.

Compromiso de la segunda opinión

Lógicamente, cualquier acto de consejo médico debe estar respaldado por unos conocimientos ciertos. Un modo actual de escalar el valor de estos conocimientos es emplear los llamados «niveles de evidencia». Tal vez no sea preciso adaptarse a esta nueva terminología pero, en cualquier caso, sí que es necesario que cualquier segunda opinión venga respaldada no sólo por el prestigio y la experiencia del especialista consultado sino pueda disponer de un respaldo bibliográfico de calidad²⁸.

Este especialista que emite la segunda opinión debe aportar los motivos que le llevan a aconsejar sus recomendaciones. Como señala Larry Norton en la re-

25 SANZ RUBIALES, A., DEL VALLE RIVERO, M.L., GARAVÍS VICENTE, M., et al. «Quimioterapia y paliación en enfermos con cáncer avanzado». *An Med Interna* (Madrid) 2000; 17: 434-44.

26 THE, A.M., HAK, T., KOËTER, G., VAN DER WAL, G. «Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study». *BMJ* 2000; 321: 1376-81.

27 TATTERSALL, M.H.N. «Examining informed consent to cancer clinical trials». *Lancet* 2001; 358: 1742-3.

28 GREENHALGH, T. *How to read a paper*. 2nd edition. Londres: BMJ Books; 2001.

vista oficial de la Sociedad Americana de Oncología Clínica:

«Con frecuencia las pacientes me preguntan «¿cómo me puedo proteger de las recomendaciones médicas sin fundamento?». Mi consejo es responder siempre a la opinión de ese sanador, sin preocuparse de su prestigio, con una cuestión sencilla: ¿cómo lo sabe?, ¿en qué se basa?»²⁹.

En nuestro país buena parte de las segundas opiniones se solicitan en el ámbito de la medicina privada. El ejercicio médico privado tiene unas connotaciones, sobre todo por el pago por acto médico, que tal vez no se vivan de igual manera cuando se trabaja dentro del Sistema Público de Salud. La repercusión económica inmediata del acto médico puede interferir este ejercicio privado de la medicina; especialmente cuando el paciente acude a esta medicina privada buscando una segunda opinión.

Es lógico que en países donde la mayor parte del gasto sanitario se realiza a través de un Sistema Público, la medicina privada tenga un cierto papel de juez (y a veces también de fiscal) de las actuaciones de este Sistema Público. Aun así, es conveniente tratar estas cuestiones con especial cuidado. Los tratamientos oncológicos, médicos o quirúrgicos, suponen de ordinario un desembolso importante. A la vez, el diagnóstico de cáncer hace al paciente y a la familia especialmente receptivos ante cualquier alternativa que se le pueda ofrecer con una ausencia, marcada y sorprendente, de sentido crítico. Si este paciente o esta familia bus-

can salidas en profesionales que a su vez lo que tienen entre sus objetivos primordiales es el beneficio económico se puede producir un perjuicio múltiple para el paciente, tanto económico como humano en su conjunto.

En este sentido, es conveniente ser especialmente claro a la hora de informar sobre situaciones como:

- Definición de curación. Se trata no sólo de la situación en la que el enfermo alcanza un estatus «sin evidencia de enfermedad» sino, lo que es más importante, de la proyección de esta situación a lo largo del tiempo: la supervivencia prolongada sin evidencia de enfermedad. No es raro que se empleen indistintamente los conceptos de «sin evidencia de enfermedad» y de curación, pero así se llega a que el enfermo pierda un criterio imprescindible para juzgar la eficacia de los tratamientos.

- La posibilidad de administrar un tratamiento complementario, es decir, dirigido a reducir la recidiva y aumentar la supervivencia tras un tratamiento potencialmente curativo. Se debería indicar el porcentaje real de beneficio que aporta este tratamiento. Es necesario vencer la tendencia a que «más es mejor» (es decir, que la administración de más tratamientos o más agresivos mejora el pronóstico) y al «horror vacui», el miedo al vacío (o a la ausencia de tratamiento), si no hay un respaldo científico suficiente que lo avale.

Condiciones especiales

- Pacientes en que no se han practicado unos estudios elementales.

29 Ibid., nota 3.

En estos casos tanto el paciente como su entorno se vuelven especialmente sensibles con el factor tiempo y el riesgo de retrasos (sin capacidad para discernir qué demora puede ser razonable y cuál no). Así pues, es preciso mantener la perspectiva para intuir la posible urgencia de estos estudios sin provocar una alarma excesiva. En todo caso, es un deber de justicia evitar que en un paciente se omitan unas pruebas diagnósticas necesarias por negligencia o desinterés de un profesional.

- Pacientes que no han recibido una información adecuada.

En el ámbito de la Medicina, es muy difícil separar los conceptos de información y segunda opinión. En Oncología, como ya se ha indicado previamente, la información al paciente en nuestro medio suele ser escasa cuando no voluntariamente parcial, desenfocada o incluso falsa. Con este bagaje no es sencillo acudir a solicitar una segunda opinión. Por tanto, lo que es habitual es que sea la familia la que administre la información y también el acceso a segundas opiniones, casi siempre sin un conocimiento explícito por parte del paciente³⁰, lo que supone unos problemas que se esbozan a continuación.

- Segunda opinión solicitada por un familiar.

En este caso es preciso ser especialmente prudente. No es preciso tratar de nuevo sobre los problemas que se crean

30 CENTENO CORTÉS, C., NÚÑEZ OLARTE, J.M. «Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España». *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 744-50.

en torno a la información en la familia del paciente oncológico³¹. Y más en el caso de las segundas opiniones que, a pesar de que se solicitan con la mejor intención, pueden suponer al paciente un perjuicio (gasto económico, angustia, yatrogenia, etc.). Sin embargo, sí que hay que insistir en la necesidad de respetar que el enfermo es el «protagonista principal» de su propia enfermedad. Y este «protagonismo» sólo se le puede suplantar con su consentimiento o, al menos, con su conocimiento.

- Segunda opinión en «enfermos desahuciados».

El concepto de «enfermo desahuciado» se presta a más de una interpretación. Propiamente sería aquel paciente al que la medicina tradicional no puede aportar ningún tipo de expectativa terapéutica razonable para la curación o, al menos, el control de su enfermedad. En Oncología, el término se presta a dos interpretaciones que, en cierta medida, representan dos etapas evolutivas diferentes en la historia natural de los tumores. Por una parte el enfermo que no es candidato a un tratamiento oncológico potencialmente curativo, es decir, capaz de hacer desaparecer definitivamente cualquier evidencia de actividad tumoral. Este enfermo no puede optar a una curación pero puede obtener un beneficio del tratamiento en supervivencia, control de síntomas, etc. Otra posible interpretación es la del enfermo en situación propiamente terminal en la que sólo se plantea el alivio de síntomas por medios tanto

31 Ibid., nota 17.

farmacológicos como no farmacológicos pero sin posibilidad de actuar globalmente contra el tumor³². La carga emocional que arrastra el concepto de «enfermo desahuciado» pesa tanto en el paciente como en la familia. Y les puede hacer más proclives a intentar alternativas terapéuticas (dentro o fuera de la medicina tradicional) de eficacia más que dudosa siempre que les ofrezcan alguna esperanza³³, es decir, si los responsables «les regalan los oídos» contándoles «lo que quieren oír».

- Segundas opiniones en cuestiones quirúrgicas.

Es sencillo recomendar una intervención (o una reintervención) a un paciente. Y es fácil que este cree una relación entre esta cirugía y una probable curación de su proceso oncológico, y que este concepto elemental pueda ser compartido por la familia. La cirugía del cáncer ha de cumplir inicialmente la condición de estar efectuada de manera reglada («cirugía oncológica») tanto si se plantea una cirugía agresiva como una técnica «conservadora» de órgano y/o función. Cualquier intervención quirúrgica previa es una dificultad añadida a las que se puedan realizar ulteriormente en el mismo paciente. Por esta razón, las segundas opiniones en el ámbito quirúrgico tienen la complicación de las secuelas y la distorsión anatómica inducida por cualquier

cirugía previa lo que en más de una ocasión puede hacer que no sean viables.

Conclusión

Es necesario que tanto los pacientes como el personal sanitario comprendan el concepto de segunda opinión en Medicina, es decir, la consulta para conocer el criterio de profesionales diferentes de los que tratan actualmente a un enfermo sobre la actitud a seguir en ese paciente en concreto. Se trata de un derecho de los pacientes que hay que aprender a asumir y respetar. En Oncología se asocia el componente de angustia que el diagnóstico de cáncer produce en el paciente y la familia que les hace buscar en las segundas opiniones no tanto una vía para contrastar una información previa sino una alternativa que les abra una luz de esperanza que pueden haber perdido.

Cuando se facilita una segunda opinión, la información debe ser clara, accesible, y debe respetar plenamente la libertad del paciente. Es fundamental que las valoraciones y los consejos que se emitan cuenten con un respaldo científico que se pueda contrastar y que el que las facilite asuma esa responsabilidad.

Se tiende a que las instituciones sanitarias, también en el ámbito del Sistema Público de Salud, lleguen a considerar las segundas opiniones como un complemento de la atención que ofrecen a los pacientes. En esta línea hay Centros pioneros que canalizan esta iniciativa a través de unidades de referencia que han instaurado para ello.

32 SANZ ORTIZ, J., GÓMEZ BATISTE ALENTORN, X., GÓMEZ SANCHO, M., NÚÑEZ OLARTE, J.M. *Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos* (SECPAL). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.

33 Ibid., nota 5.