

M E D I C I N A

SALUD HA PEDIDO A ONCÓLOGOS, CARDIÓLOGOS, CIRUJANOS Y EXPERTOS EN COMUNICACIÓN QUE SE PONGAN EN EL LUGAR DEL ENFERMO. ¿QUÉ INFORMACIÓN DEMANDARÍAN

EN LA CONSULTA? ¿QUÉ PRUEBAS RECLAMARÍAN? ¿A QUÉ ESPECIALISTAS IRÍAN? ¿A QUÉ CENTROS? AVERIGÜE LOS DETALLES QUE NECESITA CONOCER Y ANÍMESE A PREGUNTAR

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Cinco preguntas que debería formular si sufre un tumor, una cardiopatía o se va a operar

VIENE DE PÁG. 1 / Seguro que antes de comprarse un coche visita varios concesionarios e indaga las prestaciones de uno u otro modelo. ¿Por qué no se es tan exigente cuando lo que está en juego es la salud? ¿Cómo saber si se dispone de la información necesaria para tomar la mejor decisión? He aquí las preguntas básicas que, en opinión de los expertos, debería plantear a su médico si se enfrenta a tres problemas críticos: un cáncer, una cardiopatía o una cirugía compleja. Algunas pueden erizar el vello a su galeno, en ciertos casos la respuesta aún es objeto de discusión científica y, en otros, requerirá visitar varias consultas.

CÁNCER

► **¿Está seguro?** «Es una pregunta crítica», opina Josep Baselga, director de Oncología Médica del Hospital Valle de Hebrón de Barcelona. Las pruebas diagnósticas no son infalibles. En función del tipo de tumor, el análisis de muestras de tejido (la biopsia) puede arrojar errores entre el 3% y 5% de los casos, un hecho que influye en el tratamiento. Un ejemplo: para un paciente con un cáncer de próstata, un error a la hora de clasificar su agresividad podría suponer la diferencia entre tomarse una simple medicación o someterse a una cirugía que con mucha probabilidad le dejaría impotente e incapaz de controlar su micción.

Ciertas pruebas de imagen ayudan a detectar precozmente las recaídas tumorales o si la enfermedad se ha extendido a otras zonas del organismo (metástasis), pero la lectura de la información que proporcionan es, en ocasiones, complicada y requiere unos ojos expertos. En opinión de Baselga, no está de más preguntar «doctor, ¿qué grado de seguridad tiene?».

► **¿Cómo es mi tumor?** Un tumor no se comporta igual que otros y, aunque existen herramientas que permiten predecir cómo va a evolucionar, esta información no siempre es obvia. «El buen oncólogo ha de ser como un detective. Buscar la inconsistencia, revisar los detalles, indagar en las pruebas», dice



Los expertos opinan que la cultura médica del paciente español es aún muy baja. / JAVIER MARTÍNEZ

Baselga. Para el especialista catalán, «hay que explicar qué va a ocurrir si el tumor se trata o si no. No es lo mismo que la enfermedad esté en estadio IV [fase avanzada] con metástasis en el hueso o que ésta afecte al hígado o los pulmones». Las opciones de tratamiento varían en función de datos como estos.

► **¿Hay análisis para detectar un mayor riesgo o cuál es la mejor terapia?** Si entre sus familiares de primer grado hay antecedentes de cáncer de mama, ovario o colon un análisis de sus genes puede revelar si corre riesgo de heredar estos tumores. En España existen algunas unidades de consejo genético que pueden recomendar si interesa someterse a revisiones periódicas para poder diagnosticar precozmente la enfermedad o, si el riesgo es alto, incluso optar por soluciones drásticas, como una cirugía preventiva.

No todos los pacientes responden a los mismos fármacos. La sensibilidad a ciertas terapias depende del perfil genético de las células tumorales. En el caso del cáncer de mama, las mujeres con células tumorales expresan niveles elevados de una proteína, la Her2/neu, se benefician especialmente de un fármaco, el trastuzumab (Herceptin). Otro tratamiento muy extendido contra este tumor es la terapia hormonal, pero sólo funciona en aquellas que tienen receptores de estrógenos positivos. Aunque empiezan a extenderse, no todos los hospitales españoles disponen aún de test para averiguar estos detalles.

También se sabe que hay leucemias, sarcomas y tumores de pulmón que expresan mutaciones que los hacen más sensibles a ciertos fármacos dirigidos a dianas moleculares.

► **¿Es este el mejor centro?** Muchos pacientes son tratados en el primer sitio al que acuden. Puede que le interese pedir una segunda opinión, o una tercera, aunque sólo sea para asegurarse de que la terapia que le proponen es la mejor. Si su tumor es poco común, infórmese de algún profesional especializado en el mismo. En general, los expertos reconocen que las tasas de curación son mayores en los centros sanitarios de gran tamaño, que atienden a mayor cantidad de pacientes, practican más cirugías y participan en más ensayos clínicos.

► **¿Hay nuevas terapias?** Si la solución a su mal no está clara, no dude en discutir con su médico otras posibles alternativas. O consulte en asociaciones de pacientes o en Internet. No siempre los profesionales pueden estar al tanto de todos los avances, máxime si se trata de es-

Consejos para sacar el mayor provecho de la visita médica

El paciente que sabe lo que quiere y cómo preguntar puede obtener un mayor rendimiento de la consulta. Las siguientes recomendaciones han sido facilitadas por expertos en comunicación médico-paciente de la Asociación Española contra el Cáncer, la Fundación Española del

Corazón, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y del Foro Español de Pacientes. ¡Rompa la barrera con su médico! **Acuda acompañado de un familiar o amigo.** Puede sentirse abrumado ante la cantidad de información que le brinda y dos escuchan me-

jor que uno. Su acompañante le ayudará a comprender mejor los detalles que le facilite el profesional sanitario y a tomar una decisión.

Hable con otro miembro del equipo. Si no se siente a gusto con las explicaciones de su médico, quizá pueda ayudarle la enfermera.

Pregunte sus opciones. Aunque sólo le presenten una alternativa de tratamiento, averigüe si existen otras posibilidades. Pregunte qué terapias pudieran estar disponibles para su caso.

Establezca los términos de la relación con su médico. Si no se siente cómodo, no lo dude, cambie de consulta.

Piense en sus prioridades. Antes de tomar una decisión comparta sus inquietudes y opiniones con el médico que le atiende.

Use Internet. A pesar del riesgo de desinformación de algunas webs, existen fuentes informativas de calidad. Comente honestamente con el médico sus hallazgos. Él, además, puede ayudarle a buscar sitios fia-

bles. Consulte con las asociaciones de enfermos y fundaciones que le pueden brindar igualmente una orientación. En cualquier caso, si usa esta herramienta, es fundamental dosificar la información (lea cuando se sienta preparado), evitar comparaciones (sobre todo con los testimonios personales, ya que cada historia es única) y leer con cierta distancia (no todo son verdades absolutas).

CARDIOPATÍA

► **¿Cuál es mi riesgo de infarto?** Si es fumador, obeso, diabético, hipertenso o tiene el colesterol elevado, ya le habrán informado de que sus probabilidades de experimentar una enfermedad cardiovascular son mayores. ¿Pero sabe su riesgo de sufrir un infarto en los próximos 10 años? Es lo que se conoce como escala Framingham, una herramienta que los especialistas consideran útil para que el paciente sea consciente del peligro que le acecha. «El impacto no es el mismo cuando le dices a un enfermo que deje de fumar a cuando le adviertes que debido a ello tiene un riesgo del 36% de infarto y que, además, éste se puede reducir aún más si controla su hipertensión», explica Joaquín Aznar, presidente de la sección de Cardiología Clínica y Extrahospitalaria de la Sociedad Española de Cardiología.

► **¿Existen otros marcadores de riesgo cardiovascular?** Hasta un 20% de las personas que sufren un ataque cardiaco no presenta ninguno de los factores de riesgo clásicos. Hay nuevos análisis para evaluar otros indicadores de peligro. Los test que miden proteínas sanguíneas proinflamatorias, como la C reactiva, pueden sugerir una mayor susceptibilidad a que sus arterias coronarias se estrechen o un mayor riesgo de que se formen trombos.

Algunos centros nacionales están incorporando técnicas diagnósticas novedosas, como la resonancia magnética y la tomografía computarizada (dos tipos de escáner) para indagar el estado de los vasos sanguíneos y descubrir en ellos cualquier amenaza, sin necesidad de introducir un catéter a través de la ingle o el brazo y ahorrando la anestesia y la hospitalización.

► **¿Cuál es mi circunferencia abdominal?** Si está obeso, le habrán dicho que su corazón se resentirá. Pero más peligrosa que la cifra de la

► **Pida y conserve sus datos médicos.** Tiene derecho a solicitarlos y así es-

M E D I C I N A

balanza, es el diámetro de su cintura, o lo que es lo mismo, el grado de grasa que acumule en esa zona. Este valor le indica de forma más fidedigna sus probabilidades de sufrir un accidente cardiovascular. Si pasa de 102 cm en el varón y de 95 en la mujer y, además, suma, al menos, otros tres factores de riesgo (entre otros, hipertensión, un nivel elevado de azúcar en sangre, un peso total alto, alteraciones de los lípidos sanguíneos...), probablemente padezca un trastorno metabólico conocido como síndrome X. Éste multiplica el peligro de desarrollar diabetes y sufrir un evento cardíaco.

► **¿Es mi presión arterial suficientemente baja?** Mantenerla en los conocidos niveles 140/90 no le eximirá de peligro si exhibe, además, otros factores de riesgo. Las cifras óptimas varían en función de cada caso. Así, el objetivo en un diabético puede ser cifras inferiores a 130/80 y el de un varón con insuficiencia cardíaca 130/85. A nivel general, la consigna es cuanto más baja, mejor.

► **¿Cuál es mi riesgo inmediato?** La escala Framingham puede indicar la probabilidad de experimentar un accidente cardíaco o cerebrovascular en el futuro. Pero la tendencia actual es identificar si el estado de salud representa una amenaza inmediata. «Nuestro objetivo es prever el riesgo a corto plazo para tratar más agresivamente al paciente», dice Aznar. Técnicas como la resonancia mag-

«Casi nadie nos pregunta cuántas veces hemos operado, yo lo haría», dice un cirujano

nética empiezan a permitir predicciones en este sentido. «Podemos valorar la calidad de las placas arteriales y ver si se van a romper y existe riesgo de infarto o si se trata de lesiones poco peligrosas», añade.

Estudios experimentales revelan asimismo el potencial predictivo de medir el nivel de los marcadores proinflamatorios en ciertos enfermos. Tener, por ejemplo, un nivel elevado de proteína C reactiva puede indicar un mayor riesgo de estrechamiento arterial en pacientes con un tipo de angina.

CIRUGÍA

► **¿Cuántas veces lo ha hecho?** «Si me pongo en la piel del paciente, me gustaría saber si el cirujano tiene experiencia, pero casi nadie nos pregunta esto», admite Eduardo Jaurrieta, presidente del comité científico de la Asociación Española de Cirujanos. Los estudios revelan que se trata de una cuestión crucial y que la mortalidad intra y posoperatoria se reduce en las manos de los profesionales más experimentados, so-

tará plenamente informado de todos los detalles de su historial.

► **Lleve una grabadora o tome apuntes.** Escuchar la cinta o repasar sus notas después de la consulta puede hacerle entender cosas que se le pasaron por alto la primera vez.

► **Escriba un guión previo con las cuestiones que desea plantear.** Ordene las preguntas, comience por las más generales hasta llegar a las más concretas. Procure hacer preguntas cortas y directas.

► **Busque el mejor momento.** El tiem-

Cuándo pedir la segunda opinión

No siempre está claro cuándo conviene buscar información y consejo adicionales sobre un diagnóstico o un tratamiento. Los expertos coinciden en citar algunas situaciones en las que es recomendable otro punto de vista: si el diagnóstico no es suficientemente claro, si se padece una enfermedad grave o rara, si su médico le propone un procedimiento arriesgado, experimental o demasiado caro (en medicina privada) y si la terapia que sigue no produce los resultados previstos.

La legislación sanitaria nacional recoge el derecho a solicitar una segunda opinión médica, pero pocos lo ejercen dentro del sistema público. Muchos por desconocimiento. Las encuestas revelan que hasta el 70% de los españoles ignora sus prerrogativas como pacientes. Otros por las dificultades que encuentran en el camino. ¿Cómo puede una persona ajena al mundo de la salud reconocer la profesionalidad de un médico? «No se explica cómo ejecutar ese derecho. ¿Dónde está la información

para poder elegir?», se queja Albert Jovell, promotor del Foro Español de Pacientes. En su opinión, la población debería tener acceso a un registro en el que se hicieran públicos los resultados de actividad de los centros sanitarios. Así, se podría consultar quiénes tienen más experiencia en ciertas cirugías o dónde se tratan dolencias poco comunes. Mientras tanto la mejor opción es preguntar a su médico a qué otro colega puede consultar. La mayoría estará dispuesto a contestarle.

Socios e «informe mediarios»

El paciente demanda incorporarse como sujeto activo en el acto médico. 42 asociaciones españolas de pacientes firmaron el pasado año un documento que, bajo el título de Declaración de Barcelona, plasma sus impresiones acerca de cuáles deben ser en el futuro las reglas del juego en el escenario de la consulta. El informe reivindica la información «como un hecho normal». El 96% de los españoles opina igualmente que uno de los aspectos más importantes para

mejorar el sistema sanitario es garantizar el acceso a la información para participar en la decisión sobre el tratamiento, de acuerdo a los resultados de una encuesta reciente de Stockholm Network.

Para los expertos, el estilo directivo y paternalista que aún impera en muchas consultas tiene los días contados. Algunos ya buscan nuevas denominaciones que reflejen un modelo de relación más simétrico y deliberativo entre pacientes y médicos. Así,

se considera más apropiado ver a los primeros como socios o coproductores de salud. A los segundos se les aconseja asumir el rol de intermediario o informediario.

Esta filosofía empieza a calar. El próximo mes de diciembre, por primera vez, los médicos de familia celebrarán sesiones conjuntas con los pacientes en su XXIV congreso anual. «Las cosas han cambiado mucho», confiesa José Manuel Cabrera, presidente del comité científico de este foro.

► **¿Existen opciones menos cruentas?** La mayoría de los cirujanos recomienda el tipo de intervención que mejor maneja, pero en ocasiones existen alternativas menos invasivas, como el uso de la laparoscopia, que precisa unas incisiones mínimas, frente a la cirugía abierta convencional o la aplicación de catéteres por parte de radiólogos intervencionistas. Hay casos en los que la operación se puede sustituir por otros tratamientos (medicación, radioterapia...). Consulte los pros y contras según su caso.

► **¿Conoce al anestesista?** La cirugía es un trabajo en equipo y éste debe estar compenetrado. En operaciones complicadas pueden surgir imprevistos. «Si no conoce tus hábitos y cómo responder a las variaciones que pueden presentarse en el proceso te puedes sentir incómodo, limitado», explica el cirujano traumatólogo Ángel Villamor, director médico de la clínica iQtra de Madrid.

► **¿A quién iría usted?** Si le van a derivar a un especialista, no dude en consultarlo. Como dice Joaquín Aznar, «la consulta de un médico se mide por el número de médicos que tiene en su lista de pacientes».

po de las consultas es limitado. Comente a su médico que desea mantener una entrevista para plantearle una serie de interrogantes y pachten un espacio en que le pueda prestar más atención.

► **Encuentre al médico que le gusta y no se sienta obligado a permanecer con el que no le agrada.** Esfuércese por confiar en su galeno, pero no se conforme con el que tiene si desconfía o le incomoda. La comunicación perfecta no existe, ya que entra en juego la personalidad in-

dividual. Si no logran conectar, busque otro profesional.

► **Use un tono cordial y relajado.** Plantee las cuestiones como dudas, no como exigencias, ni reivindicaciones que pudieran poner a su médico a la defensiva.

► **Insista.** Si le parece que su médico no le hace demasiado caso o si las respuestas no responden a sus expectativas, pruebe de nuevo, no renuncie, ni se inhiba. Intente que se dé cuenta de qué es lo que usted quiere.

FERTILIDAD/ El primer banco oficial de España acreditado para extraer y reimplantar tejido ovárico estará en Valencia. La técnica experimental se dirige a restaurar la capacidad reproductiva natural tras un tratamiento tóxico

Autotrasplante de tejido ovárico



Fuente: «The Lancet»

E.A./ EL MUNDO

Valencia anuncia el primer banco oficial de tejido ovárico

En los próximos días la Comunidad Valenciana anunciará la creación en el Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia) del primer banco de España acreditado para extraer e implantar tejido ovárico de la propia paciente. Las mujeres menores de 35 años con un diagnóstico de cáncer son las principales candidatas a beneficiarse de esta técnica experimental, destinada a recuperar la capacidad reproductiva natural tras un tratamiento tóxico.

«Es una terapia experimental pero lo suficientemente desarrollado como para empezar a aplicarla», explica a SALUD María Sánchez, del Hospital Universitario doctor Peset (Valencia) y del Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI). «Me veo en la obligación de ofrecerla», dice Sánchez, involucrada en una iniciativa que está abierta a todas las pacientes con independencia de dónde vivan.

El pasado mes de septiembre se conoció el primer caso de una mujer sometida con éxito a la técnica, en fase experimental.

Un equipo de investigadores dirigido por el investigador belga Jacques Donnez, de la unidad de investigación ginecológica de la Universidad Católica de Lovaina (Bélgica), extrajo a una paciente de 25 años pequeñas muestras de corteza ovárica de unos 13 milímetros. La operación se llevó a cabo antes de que la mujer iniciase un tratamiento contra un linfoma cuya toxicidad podría provocar le menopausia prematura, como ocurrió finalmente.

El tejido se congeló en nitrógeno líquido a 196 grados bajo cero. Cinco años después comenzó la segunda fase de la terapia, dirigida a restaurar la capacidad reproductiva de la mujer.

Donnez y sus colegas reimplantaron en su sitio original los pequeños trozos de corteza ovárica que se conservaban congelados. La intervención, igual que ocurrió con la extracción, se llevó a

cabo mediante laparoscopia, es decir, a través de una incisión mínima en el abdomen.

El tejido reimplantado —que incluye los folículos donde se encuentran los ovocitos— prendió correctamente en su lugar natural y a los 11 meses se produjo el embarazo. A pesar de que no se puede determinar si el éxito del proceso de debió al reimplante del tejido, el caso se convirtió en un referente de un campo en desarrollo y en la esperanza para miles de mujeres que afrontan situaciones similares cada año.

«En principio no hace falta ningún apoyo farmacológico adicional [al reimplante]», dice María Sánchez, que aunque no da cifras de las mujeres que podrían beneficiarse de la existencia del banco asegura que ya se han recibido muchas llamadas de personas

Las mujeres menores de 35 años con cáncer son las principales candidatas a la terapia

interesadas en el desarrollo del banco. «La única opción clínica establecida para las mujeres que se someten a un tratamiento contra el cáncer es la congelación de embriones, pero esto requiere que sean mujeres adultas y que tengan pareja estable», afirma la especialista.

La congelación de tejido ovárico ofrece otra alternativa y aporta dos grandes ventajas: permite que la mujer sea madre de forma natural sin recurrir a un tratamiento agresivo. Ambas circunstancias marcan las principales diferencias con los largos y molestos procedimientos de fecundación in vitro. «En este caso se puede beneficiar de la teramina una mujer de 30 años o una niña de 12», dice Sánchez, que trabaja en el perfeccionamiento del reimplante.