

El dilema de la terapia del cáncer y la relación oncólogo-paciente

Casi en forma contemporánea con la lectura del Editorial de la Dra. Christiane Dosne Pasqualini¹ hacíamos lo propio con un trabajo aparecido en *Nature*, de T.L. Orr-Weaver y R.A. Weinberg², sobre *A checkpoint on the road to cancer* y quedamos admirados por la casualidad y los clarificadores conceptos de ambos. La enorme variabilidad de los conocimientos biológicos (casi un caos a la manera de Ilya Prigogine) nos recuerda permanentemente la precariedad de las verdades de la ciencia. En el caso de los autores mencionados en segundo término, no es ya el sistema de ataque sino la sagacidad del enemigo: la singular mutabilidad genética de la célula cancerosa.

Resultados desalentadores en las investigaciones pueden indicar nuevos caminos, a veces seguidos de auspiciosos hallazgos pero, cuando el conocimiento se lleva al terreno pragmático y puede dar lugar a un fracaso peligroso, como sugiere la Dra. Dosne Pasqualini, ¿cómo se le solicita autorización a un enfermo para un tratamiento que más que incierto —que puede ser aceptado— resultará contraproducente? ¿La duda no le estará generando al profesional un problema de conciencia, un problema moral?

Cuántas tribulaciones tenemos los médicos cuando recetamos un placebo, con cuántos mayores problemas se encuentra el oncólogo cuando prescribe un tratamiento que podría desestabilizar el equilibrio inmunológico.

Dos lecturas que pueden efectuarse al *Editorial* convergen y plantean un problema ético-filosófico que corresponde desentrañar a la medicina antropológica. En primer lugar, aquello que la clínica médica pregona que no existen enfermedades sino enfermos, parece darse también a nivel de la investigación oncológica. Muchos pacientes se benefician con ciertas terapéuticas, otros no responden a ellas. En este campo, como en tantos otros de la biología, existe un camino abierto, difícil de transitar. En el caso del paciente oncológico este aspecto adquiere una mayor dramática.

Cruel paradoja. A la luz de las investigaciones que comenta la Dra. Dosne Pasqualini, la complacencia del organismo —de ciertos enfermos— para algunas medicaciones no sólo caería en el controvertido problema ético del uso del placebo sino en una especie de procedimiento vil que acortaría las posibilidades de vida. Esto no es nuevo en la historia de la medicina y todos los que hemos transitado largo trecho por esta profesión, ejerciéndola,

tenemos recuerdo y conciencia de indicaciones y medicamentos que el tiempo se encargó de decirnos no solamente de su inoperancia sino también de sus efectos no recomendables. En estos casos específicos —que comenta la editorialista— caeríamos en las características del ensayo clínico, que comenzó a sistematizarse hace exactamente 20 años —1978— con el *Informe Belmont* que fue la conclusión de los trabajos de la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos de Investigación de las Ciencias Biomédicas y del Comportamiento, creada por el Congreso de EE.UU. en julio de 1974. Los cuatro principios de esa Comisión, ampliados con posterioridad, fueron: *autonomía* (respetar las preferencias de las personas), *beneficencia* (respetar sus ideales de buena calidad de vida), *no-maleficencia* (no hacer daño) y *justicia* (distribuir equitativamente las cargas y los beneficios). Estos preceptos deben regir el ensayo clínico, pero estamos refiriéndonos al tratamiento del enfermo oncológico, con drogas que —en apariencia— han cumplido los pasos del ensayo, sobre todo en animales de experimentación y, como es obvio, en otros hombres. Acá todo se reducirá al hipocrático *Primum non nocere*.

Hoy, que los efectos de las drogas se están midiendo a nivel celular, nos está revelando su enorme complejidad, desnudada recién en la última mitad de este siglo, e indicando lo precario aún de nuestros conocimientos pero, asimismo, cuánto se ha logrado en tan poco tiempo. Cabe destacar también que, mientras el ser humano es poligenético, la experimentación animal se efectúa con cepas genéticamente idénticas, prácticamente sobre clones.

La segunda lectura del editorial de la Dra. Dosne Pasqualini está referida a la parte más importante del acto médico, aquella que ha permanecido invariable frente a todos los tipos de médicos y a todos sus sistemas: el enfermo. Michel Balint resumía todos sus estudios sobre la relación médico-paciente en una sentencia sorprendente y real: el médico es medicina. Fuera de su presencia que consuela cuando no puede curar o mejorar, el medicamento cumple también un protagonismo con su sola indicación, con su "efecto placebo", donde logra un 30% de "buenos resultados", mitigando el dolor y/o mejorando el ánimo o la esperanza del enfermo. ¿Qué le podemos ofrecer cuando la duda sobre su eficacia nos supera? En un reciente trabajo sobre el uso del placebo referido específicamente al ensayo clínico, Francisco J. de Abajo y Diego M. García³ expresan: "Los problemas más importantes que plantea el uso de

placebos comienzan cuando no existe el estado de indeterminación clínica, porque hay tratamientos ya validados fuera del ensayo o porque el tratamiento supuestamente experimental ha superado el proceso de validación. Ante esas situaciones, la reacción mayoritaria puede ser considerar como no ético el uso del placebo. En su apoyo se suele acudir al punto II.3 de la Declaración de Helsinki...". Creemos, no obstante, que cuando el resultado es negativo o sospechosamente perjudicial para el enfermo, el planteo ético del oncólogo vendrá después de su intervención, es decir, ante el fracaso del tratamiento.

Es probable que ese *wishful thinking*, al que alude la autora, sea parte del refuerzo que se intenta realizar con el efecto placebo que, en los casos no favorables no solamente constituya un efecto nocivo, ante la percepción subjetiva del paciente, sino un efecto iatrogénico "que a menudo existe y se atribuye equivocadamente —como dice la Dra. Dosne Pasqualini— a una 'resistencia' del cáncer al tratamiento".

La convocatoria al médico de cabecera para el papel de moderador, para que efectúe el balance entre los pros y los contras del tratamiento agresivo, con la correspondiente mala calidad de vida del paciente frente a las "pocas" posibilidades de sobrevida, es un llamado al sentido común. Sentido común del que más de una vez carecemos los médicos como cuando se indican técnicas invasivas que no redundarán ningún beneficio ni servirán para establecer terapéuticas destinadas a mejorar al enfermo o, simplemente, cuando se establece un pesado plan dietético y terapéutico para una leve hipercolesterolemia en un anciano de edad avanzada.

El editorial de la Dra. Dosne Pasqualini es un llamado a la cordura o, en una mínima expresión, a la reflexión sesuda.

Federico Pégola, Juan Carlos Fustinoni
Freire 2211, 1428 Buenos Aires

1. Pasqualini CD. El dilema de la terapia del cáncer y la relación oncólogo-paciente. *Medicina (Buenos Aires)* 1998; 58: 113-6.
2. Orr-Weaver TL, Weinberg RA. A checkpoint on the road to cancer. *Nature* 1998; 392: 223-4.
3. De Abajo J, García DM. Ética del uso del placebo en investigación clínica. *Investigación y ciencia* 1997; 254: 90-9.

En el editorial de *Medicina* "El dilema de la terapia del cáncer y la relación oncólogo-paciente" la Dra. Pasqualini pregunta: "¿qué pasa con los pacientes?". Ante el desafío de la cura del cáncer, el oncólogo con una "nueva droga", como el investigador en el laboratorio, espera un resultado positivo, "wishful thinking", sin tener en cuenta otras posibilidades, a pesar de la evi-

dencia estadística. ¿Qué pasa entonces con los pacientes? ¿Hay alguien "imparcial" para decidir: el oncólogo, el médico de cabecera, el equipo tratante, la familia, el mismo paciente?

En medicina, la toma de decisiones se realiza en condiciones de incertidumbre, según expresan Beauchamp y McCullough¹. Siguiendo las leyes de la lógica, el médico se orienta hacia los intereses del paciente a través de los principios de beneficencia y autonomía, completan estos autores.

Su interrogante, Doctora, lanzado desde su lugar de investigadora, nos convoca como clínicos, a una reflexión interdisciplinaria sobre nuestra posición frente a los pacientes, por quienes Ud. se pregunta con su innata curiosidad científica.

Adhiero a la insoslayable dimensión ética de la profesión médica que plantea en su reflexión, inclinándome por el respeto a la autonomía del paciente.

María Patricia Bernal

Instituto de Estudios Oncológicos,
Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires

1. Beauchamp TL, McCullough LB. Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos, Barcelona: Editorial Labor, 1987.

Neumonía adquirida en la comunidad en adultos

Deseo hacer algunas consideraciones sobre el artículo recientemente publicado en *Medicina (Buenos Aires)* 1997; 57: 343-355, por los Dres. Carlos M. Luna y colaboradores.

En el capítulo Epidemiología (pág. 344), al mencionar un grupo de afecciones crónicas habitualmente denominadas comorbilidades no incluyen al tabaquismo. La adicción al tabaco, cuya prevalencia en nuestro país puede estimarse en el 35% de la población adulta, es la causante de alteraciones en todo el aparato respiratorio, desde las fosas nasales hasta el alvéolo, que favorecen indudablemente todas las infecciones incluyendo las neumonías. El cuadro clínico y la evolución de una neumonía pueden ser bastante diferentes si el paciente nunca fumó o fuma 40 cigarrillos por día. Además, la aparición de una neumonía en una persona joven y fumadora es siempre una excelente oportunidad para el médico tratante para educar al paciente y convencerlo de abandonar el hábito de fumar.

Me parece que esta omisión involuntaria del tabaquismo como factor predisponente importante para casi todas las enfermedades respiratorias puede solucionarse fácilmente en el futuro con agregados a esta guía. La insistencia ante los médicos asistenciales para que edu-

quen a la población con respecto al tabaco será siempre útil.

Jorge A. Pilheu

Liga Argentina contra la Tuberculosis
Av. Santa Fe 4292, 1425 Buenos Aires

Ejercicio y muerte súbita

El Dr. Díaz Colodrero en el Editorial de Medicina¹ dedicado a la posibilidad de prevenir la muerte súbita relacionada con el ejercicio, después de un análisis del problema pregunta, si a la luz de los datos presentados "¿se justifica un método de detección general sin considerar las diferencias en el riesgo (atletas vs. recreativos, hombres vs. mujeres) y la baja incidencia de la muerte súbita?" Y más adelante "¿son todos los casos previsibles?", concluyendo sintéticamente con cuatro situaciones posibles.

A ellas debería agregarse el numeroso grupo de niños y jóvenes que participa obligatoriamente de actividades formativas como parte del currículum escolar, que, se sostiene, tienden a favorecer un desarrollo físico armonioso paralelo al intelectual, más enfatizado en el discurso que en la práctica, a juzgar por la carga horaria asignada a Educación Física. Este grupo tiene particular interés, porque a diferencia de quienes deciden libremente realizar ejercicios o practicar deportes —aunque no estuviera concluyentemente demostrada una mejoría en la calidad de vida o morbimortalidad asociada a la realización de los mismos— y optan en forma "privada", la obligatoriedad escolar convierte a la Educación Física y a las actividades desarrolladas en relación a ella en una cuestión "pública".

No está demás recordar, entonces, que en este caso se crean responsabilidades a varios niveles que no deberían ser tomadas con ligereza, aunque las complicaciones graves sean infrecuentes. Sin embargo, no existen pautas precisas al respecto en la provincia de Santa Fe y hasta donde he podido averiguar, tampoco en otras provincias.

Si bien el juego y la actividad son tendencias naturales en los niños, existe aún controversia sobre la contribución del ejercicio durante la infancia y adolescencia a la salud del niño y el adulto². Paradójicamente, si fuera beneficioso, resulta curioso que la educación estimule en general hábitos sedentarios.

Por otra parte, si el movimiento y ejercitación tienen valor en el desarrollo, fortalecimiento y coordinación de las estructuras sensitivo-motoras y ello contribuye a la salud, habría que convenir que aunque pueden esperarse accidentes, síncope y muertes súbitas, la Educación Física estaría justificada restando definir cuáles deberían ser las actividades a desarrollar y la metodología a emplear^{3,4}.

Una reciente revisión realizada en el Reino Unido sobre el tema², puede sorprender a quienes creen que en relación a los beneficios del ejercicio ya no queda nada por discutir. Como señalan los autores las verdaderas dificultades en este sentido se hallan a la hora de evaluar los resultados.

Superado este aspecto nos encontramos con otra cuestión cual es ¿hace falta examinar expresamente a niños y jóvenes para participar en clases de Educación Física? Quizás bastaría que el pediatra que asiste al niño entregue una ficha o resumen de su historia⁵. La realidad sin embargo es que no todos los niños están en igualdad de condiciones en este sentido, aun los que concurren a un mismo establecimiento educativo⁶. Y entonces una dificultad importante es la posibilidad de obtener la certificación correspondiente y la distorsión relativa a la validez de lo que se obtiene y se acepta.

Aún para el caso que todos pudieran ser atendidos de manera satisfactoria —médicos no faltan— ¿en qué debería consistir la evaluación? Existen entre nosotros propuestas^{5,6} que pueden perfeccionarse, adaptándolas si corresponde para realizarla en forma masiva, para ello debería reunir algunos requisitos: ser rigurosa, sencilla y económica.

Luego quedaría definir la incorporación de los niños con dificultades o enfermedades, de manera que en ningún caso sean excluidos, marginados, estigmatizados, etc.

Por otra parte, un examen satisfactorio o poseer aptitud para realizar ejercicios no excluye necesariamente la posibilidad de problemas⁷. Teniendo esto en cuenta, parece justificado lo señalado por el Dr. Díaz Colodrero de tener equipos de reanimación y saber qué hacer con ellos —también puede realizarse una interesante actividad docente con los mismos—.

Para finalizar, retomo un comentario del mismo editorial donde se señalan "los casos de muerte súbita producidos por factores externos, golpe de calor... y los raros casos que siguen a un golpe brusco en el pecho. La prevención de esta muerte súbita no depende sólo de los médicos, sino también de entrenadores, dirigentes, y organizadores" y me permito agregar a *los padres* para el caso que planteo, quienes con los maestros, los niños y jóvenes deberían participar en el proceso, aprendiendo, debatiendo y decidiendo en temas para nada triviales: Educación y Salud.

Héctor H. Berra

Urquiza 6875, 2000 Rosario

1. Díaz Colodrero G. Ejercicio y muerte súbita ¿Es posible su prevención? *Medicina (Buenos Aires)* 1997; 57: 379-81.
2. Riddoch CJ, Boreham C. The health-related physical activity of children. *Sports Med* 1995; 19: 86-102.
3. Ciró R. Educación Física, Juego y Deporte. En: Ciró RO: Fisiología Deportiva. Buenos Aires: El Ateneo, 1987; 180.
4. Instituto Bonaerense del Deporte. Programa de evaluación,

- diagnóstico e investigación de la aptitud física y la salud. Resultados finales. Buenos Aires, 1996.
5. Comité de Salud Escolar. Certificación de aptitud física para la práctica deportiva en niños y adolescentes. *Arch Arg Pediatr* 1995; 93: 107-8.
 6. Berra HH, Pezzotto SM, Poletto L. Certificados de Salud y Aptitud par cursar Educación Física en las Escuelas. Rol del cardiólogo. *Rev Fed Arg Cardiol* (en prensa).
 7. Consensus UCARE/IVF-US. Survivors of Out-of-Hospital cardiac arrest with apparently normal heart. Need for definition and standardized clinical evaluation. *Circulation* 1997; 95: 265-72.

- - - -

El Dr. Berra hace hincapié en su comentario sobre la necesidad de incluir a los niños de nivel escolar dentro de los grupos mencionados en el editorial, y además establecer normas para la participación –de hecho obligatoria– en educación física durante el período escolar primario. No siendo pediatra mi comentario se referirá a aspectos generales.

El problema para separar al nivel primario del de los adolescentes hasta los 20 años es que debería demostrarse un riesgo diferente de muerte súbita durante el ejercicio, o una marcada diferencia en las patologías que la causan. Pero lo que ocurre en ambos grupos es una notoria superposición en cuanto al riesgo relativo y a las causas principales (datos no mostrados en el editorial). Por ende una separación parecería arbitraria. Aún así, la necesidad de establecer pautas para un examen médico en los niños es clara.

En primer lugar, a menudo se confunde el examen médico preparticipación deportiva con el llamado examen periódico de salud. Dado que en muchos lugares es quizás el único examen que el sujeto tendrá durante un tiempo considerable¹, dicha confusión hace que los especialistas no se pongan de acuerdo sobre qué pedir y qué omitir, con el aumento del costo que esto implica. Se llega entonces a la situación paradójica de que este examen lo realizan aquellos con capacidad de pago, el resto –el grupo que quizás más lo necesite– debe acudir a hospitales públicos poco preparados para esto, y en donde las prioridades son desde luego otras.

En segundo lugar se mezcla el problema de la muerte súbita durante el ejercicio con el del examen preparticipación y el certificado de aptitud física. Algunas normas consideran el problema primero desde el punto de vista del certificado². A mi juicio los médicos especialistas debemos ponernos de acuerdo a priori sobre *qué tipo de examen es el adecuado para la población a nuestro cargo*. Esto debe basarse en lo publicado en la literatura, y aunque su aplicación en nuestro país diste de lo ideal, hay que insistir en tender a ello. Es sólo luego de ser resuelto este punto que podremos acordar conductas con los demás involucrados, tales como profesores de educación física, autoridades escolares, padres, etc. Por último deberá contemplarse el aspecto

legal (y aquí es donde recién se plantearía el problema de un certificado médico) y el costo de su aplicación.

Desde el punto de vista de la especialidad, la finalidad del examen preparticipación es:

- a) Determinar si los examinados pueden participar en actividades físicas^{1,3}.
- b) Establecer si existe una condición que pudiera empeorar con la práctica de ejercicio.

Nótese que no se especifica que se deban separar indefectiblemente a los sanos de los enfermos y evitarles a estos últimos las actividades físicas. Por ejemplo un niño con enfermedad de Von Willebrand podría jugar al tenis pero no al rugby, los asmáticos pueden usar drogas inhalatorias durante la práctica deportiva, la ausencia de un riñón descarta los deportes de colisión, etc. Pero un sujeto que ha tenido traumatismo de cráneo y amnesia de pocos minutos de duración no podrá participar en su deporte durante varias semanas, aún con un examen normal^{1,3}.

En la práctica el examen se centra en dos partes: un examen cardiovascular hecho por un profesional entrenado en el que se incluyan antecedentes cardiovasculares y síntomas vinculados al ejercicio⁴ y un examen ortopédico mínimo. Esta última parte no debe desestimarse dado que la mayoría de las alteraciones se encuentran en el área traumatológica¹. Pueden agregarse datos antropométricos y/o una anamnesis nutricional, pero ello no es estrictamente necesario. Como este examen debe determinar *sólo si se puede participar o no*, puede realizarse de manera costo-efectiva en la misma escuela, club o gimnasio³. La técnica consiste en: a) Complementar un cuestionario con preguntas específicas –además de la historia clínica convencional–, b) el examen cardiovascular, y c) el examen ortopédico. Esto requiere distintos operadores, quienes trabajan simultáneamente. Este examen no necesita de grandes instalaciones y es más rápido y tan efectivo como el realizado en el consultorio por un solo individuo. De echo no se recomiendan análisis de rutina de laboratorio ni radiografías complementarias. El ECG parece ser útil como método de detección general, pero se discute si es de valor a nivel primario⁵. Con los resultados se califica a los examinados como aptos, aptos condicionales o no aptos para la práctica de actividad física. Lógicamente puede haber en ocasiones casos falsos negativos (v.g: sujetos examinados que presenten complicaciones vinculadas al ejercicio), pero es mucho más frecuente encontrarse con falsos positivos⁵.

Dado que existen muchos médicos pero relativamente pocos con destreza en Medicina del Deporte, si consideramos el problema a nivel nacional, parece conveniente que el examen a nivel escolar primario lo realice un pediatra con conocimientos generales de la especialidad, *el cual deberá entrenarse para ello*.

En relación a la pregunta de si deben examinarse a niños y jóvenes para participar en clases de educación física, puedo aventurar una respuesta provisoria. Si ha sido examinado por un pediatra y no hay hallazgos positivos, no es necesario un segundo examen. Si no ha sido examinado: *debe hacerse el examen preparticipación únicamente*. Si nunca se hizo un ECG, debe realizarse al finalizar el período primario (o en el 8° grado actual)³. Y básicamente, *no se deben hacer certificados de favor*. En esto coincido en que se debe enseñar a profesores, entrenadores y padres. Un ejemplo es el certificado para el test de Cooper en donde se somete a decenas de sujetos a un ejercicio máximo (usualmente la carrera de 12 minutos), muchas veces sin averiguar cuál es la condición real de los testeados. Los profesores deben hacerlo para calificar a los alumnos rápidamente, y los alumnos hacerlo para no reprobar. Esto ha provocado muerte súbitas en nuestro país, debido a una mala implementación de este test (Dr. Carlos Freire, observación no publicada)⁶.

No debe olvidarse que la muerte súbita durante el ejercicio, si bien ocurre en niños y adolescentes, es bastante rara. También debe compararse el riesgo de muerte súbita con otras patologías: en EE.UU se calcula que mueren 35 atletas por año de los 7 millones de adolescentes que practican deportes², pero se producen 15 000 a 18 000 muertes por accidente automovilístico y 5 000 suicidios en el mismo período³.

Debido a que aún falta una ley del deporte reglamentada con alcance nacional, la Asociación Metropolitana de Medicina del Deporte invitó a miembros de la Sociedad Argentina de Pediatría, Sociedad de Traumatología del Deporte y Sociedad Argentina de Cardiología a discutir este punto el pasado mes de noviembre. Los resultados de esta reunión están en vías de publicarse este año³.

Guillermo Díaz Colodrero

Clínica Médica, C.C.P.M.

Sánchez de Bustamante 1742, 1425 Buenos Aires

1. Cromer y col. Preparticipation Sports Evaluation. *J Adolesc Health* 1992; 13 (Suppl): 61-5.
2. Comité de Salud Escolar. Certificación de aptitud física para la práctica deportiva en niños y adolescentes. *Arch Arg Pediatr* 1995; 93: 107-8.
3. Asociación Metropolitana de Medicina del Deporte. Mesa Redonda. Certificado de aptitud física. *Rev Argent Med Dep* (en prensa).
4. Díaz Colodrero G. Ejercicio y muerte súbita: se necesitan nuevas categorías. *Rev Argent Med Dep* 1995; 17: 84-94 (parte I) y 1996; 18: 23-32 (parte II).
5. Fuller CM, McNulty CM, Spring DA, Arger KM y col. Prospective screening of 5615 high school athletes for risk of sudden cardiac death. *Med Sci Sports Exerc* 1997; 29: 1115-23.
6. Asociación Metropolitana de Medicina del Deporte. Normas para la realización del test de Cooper. *Rev Argent Med Dep* (en prensa).

Your manuscript is both good and original, but the part that is good is not original and the part that is original is not good.

Su manuscrito es bueno y es original, pero la parte que es buena no es original y la parte que es original no es buena.

Samuel Johnson (1709-1784)