

Cáncer de mama, estrógenos e incertidumbre

Carlos Alberto Gómez Fajardo MD

Se discurre a veces en zonas grises, de confusos límites, en la práctica clínica. Ante muchas de ellas, el proceso de toma de decisiones desborda la utilidad de las herramientas proporcionadas por el denominado "estado del arte", el punto máximo de los conocimientos de la medicina en un determinado momento. Con justicia se ha dicho: "...las decisiones médicas siempre se toman con algún grado de incertidumbre, se hace necesario calcular la probabilidad de que se observe cada uno de los desenlaces posibles para las opciones consideradas"¹.

Como expresión muy concreta del peso de la incertidumbre en la decisión clínica, viene el frecuentemente planteado problema de la terapia de sustitución hormonal en la menopausia. Se trata más allá de la mera circunstancia de la menopausia de la cuestión acerca de si los beneficios de dicha terapia pueden extenderse a aquellas pacientes que han padecido cáncer de mama.

Reflexionando sobre esta pregunta, reconocidas autoridades en el tema, en una breve pero importante carta al editor, mencionan los siguientes puntos, en una publicación muy destacada en el ámbito internacional: más de la mitad de los casos de cáncer de mama actualmente (se refiere a cifras de los Estados Unidos) son diagnosticados y tratados en estadios precoces de la enfermedad (Ca. In Situ y Estadio I); señalan además, que hasta el momento, no se dispone de datos consistentes que muestren un aumento en la recurrencia de la enfermedad, y que tampoco existen evidencias suficientes para documentar la seguridad absoluta del uso de esta medicación los estrógenos en las pacientes tratadas por patología mamaria maligna. Destacan Di Saia y colaboradores, que son necesarios posteriores y mayores estudios aleatorizados y prospectivos para responder definitivamente la pregunta. Hacen énfasis en su misma carta, en que la enferma debe ser informada suficientemente, pues es ella quien en últimas debe dar el consentimiento para la iniciación de dicha terapia ².

Es obvia la contradicción aquí planteada: aunque hasta la fecha no existen evidencias suficientes para demostrar la seguridad y el beneficio de esta medida en particular en este grupo de enfermas, se les ofrece la misma medida, bajo el argumento de la aprobación de la paciente al manifestar su "consentimiento informado".

Esto, aún sin mencionar que muchos otros aspectos relacionados con la terapia del cáncer de mama se encuentran en proceso de evaluación, tal como ha sido la evolución de los conocimientos en lo relacionado con los avances en las cirugías de cada vez menor extensión (resección local, cuadrantectomía, extirpación de ganglios regionales, quimioterapia, radioterapia, estado de receptores hormonales; áreas en las cuales aún existen preguntas en proceso de evaluación).

A lo anterior se podrían sumar las reservas que pueden plantearse en cuanto al beneficio real de la terapia de reemplazo hormonal sobre las poblaciones sin cáncer. Es muy interesante y merece la mayor consideración el hecho destacado por algunos investigadores, del llamado "sesgo de selección de la paciente sana", fenómeno que explicablemente incide en las investigaciones epidemiológicas relacionadas con el importante grupo de la población constituido por las mujeres en edad postmenopáusia. Para verificarlo, basta con dar una mirada en el internet para conocer los mecanismos de "reclutamiento" de las cohortes de pacientes (casos y controles) para los estudios que se llevan a cabo en diversos centros universitarios norteamericanos.

Al ser presentado por los "expertos" en un tema específico, el planteamiento del "consentimiento informado" a sus pacientes, sobre un asunto del cual se carece de una respuesta válida científicamente, enfrentamos la paradoja de la una medicina con fundamentación científica que genera una atmósfera para procesos de decisión basados en una concepción "hipertrófica" de lo que es la autonomía del paciente. Se procede como si este (o esta) paciente tuviese efectivamente elementos críticos para decidir.

Posiblemente, nos encontremos ante un buen ejemplo de lo que constituye la práctica de la "medicina de los deseos": el médico que claudica ante los deseos de sus pacientes (hipertrofia de la autonomía) sin que ninguno de los dos (médico o paciente) pueda dar una razón lógica y contundente (basada en evidencias) que explique la decisión. Es la realidad de una medicina reducida a la condición de "dispensario", de satisfacción de deseos, o a una venta de servicios y tecnologías. Puede tratarse del vector resultante de una visión de la medicina que _oculta bajo una ética relativista y sistemáticamente permisiva_ limita su accionar al de ser sujeto pasivo de los factores de presión y manipulación presentes en el ambiente sociológico y académico, fenómeno sobre el cual acertadamente se ha llamado la atención en una reciente edición de la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología ³.

Por otra parte: ¿son adecuadamente informadas las enfermas de esta paradoja por su médico tratante? Si no lo son, ignoran que están siendo sometidas por ellos a tratamientos en fase de experimentación. Este hecho a la larga, no dejará de tener sus implicaciones negativas sobre una ya muy deteriorada atmósfera jurídica, en la cual prima la desconfianza hacia la aplicación de los conocimientos médicos y sus consecuencias.

Hay autores que han llamado la atención sobre lo que podría denominarse una "hipertrofia" de la muy frecuentemente citada "libertad para decidir" o autonomía del paciente. La "libertad" es uno de los términos que con mayor frecuencia han sido sometidos a manipulación y equívocos.

Estas contradicciones son evidentes en un modelo de práctica médica profundamente impregnado del pragmatismo utilitarista (de raíz filosófica "liberal-iluminista") que antepone la expresión de la "autonomía" a los principios de la beneficencia y de la no maleficencia, y en ocasiones incluso, al propio derecho a la existencia de la persona.

Parece obvio, pero no hay que dejar de mencionar esta realidad: el auténtico ejercicio de la libertad (facultad de elegir) requiere la existencia de sano juicio, ausencia de coerción y conocimiento sobre la materia que se decide ⁴.

Cabe aquí una interesante consideración de C. David Naylor ⁵: "...así que los límites de las zonas grises son ellos mismos inciertos, varían con las evidencias y sus interpretaciones. La medicina clínica parece consistir en unas pocas cosas que sabemos, algunas que conocemos (pero probablemente no), y muchas sobre las cuales no tenemos en absoluto conocimiento..."

REFERENCIAS

1. García Sainz, M. La ética en la toma de decisiones médicas. Medicina y Ética 1994/3 p. 349-353.
2. Di Saia P, et al. Carta. Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 1494-8.
3. Sarmiento R, A. Congresos académico-farmacéuticos. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología vol. 51(2): Abril-Junio 2000 p. 124.
4. Yamamoto, M; Serani Merlo, A. La relación entre la libertad y la verdad en la toma de decisiones médicas. Medicina y Ética 1998/1 p. 101-111.
5. Naylor, D. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. The Lancet vol 345 April 1, 1995 p. 840-842.