

ARCHIVOS ANDALUCES DE CANCEROLOGIA

III Epoca, Año III, Número 7
Mayo 2002

DIRECTOR

Dr. D. Antonio Duque Amusco

REDACTOR JEFE

Dr. D. Juan José Bretón García

EQUIPO DE REDACCIÓN

Dr. D. J. Luis García Puche
Dr. D. E. Murillo Capitán
Dr. D. J.A. Virizuela Echaburu

SECRETARIO

Dr. D. Pedro Pastor Gaitán

CONSEJO EDITORIAL

Dr. D. E. Alba Conejo
Dr D. J. Amérigo Navarro
Dr. D. E. Aranda Aguilar
Dr. D. J. Belón Carrión
Dra. D^a E. Blanco Campanario
Dr. D. M. Codes M. De Villena
Dr. D. L. Errazquin Sáenz de Tejada
Dr. D. R. González Cámpara

Dr. D. C. Iturrate Vázquez
Dr. D. A. Martínez Sahuquillo
Dr. D. A. Matilla Vicente
Dr. D. J. A. Moreno Nogueira
Dr. D. V. Pedraza Muriel
Dr. D. A. Rodriguez-Antúnez
Dr. D. E. Stiefel Barba
Dr. D. M. Vidarte Zabala

INDICE:

EDITORIAL:

LA EUTANASIA G. Paredes Castillo

ESPECIAL:

GUÍA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR POR CÁNCER

Grupo Alleviare-Sur

ORIGINALES:

¿PORQUÉ ES NECESARIO UN DIAGNOSTICO HISTOLOGICO ANTES DE INICIAR UN TRATAMIENTO ONCOLOGICO?

J. Jaén Olasolo y Alonso Redondo

COMPLICACIONES TROMBÓTICAS ASOCIADAS A CATÉTERES PERMANENTES EN ONCOLOGÍA: RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. Sánchez-Escribano R., Erustes M, Alés JE y Aramburo P.

INFORMACIÓN Y CÁNCER: DEBATE INTERDISCIPLINAR. ENCUENTRO EN SAN SEBASTIÁN.

Coordinado por Ramón Ferrer. Aula de Medicina

CASO CLINICO

REGRESIÓN ESPONTÁNEA DE METÁSTASIS PULMONARES DE ADENOCARCINOMA RENAL. RELACIÓN CON LOS FACTORES PRONÓSTICOS DESCRITOS EN LA LITERATURA.

J. Valdivia Bautista, C. Martínez Ballesteros, J. A. Ortega Domínguez, M. Chaves Conde, E. González Flores, P. J. Ballesteros, J. Belón Carrión

ZONA DE EXPLORACIÓN y NOTICIAS

DE INTERÉS..... Comentarios a los Criterios RECIST (EORTC)

EDITORIAL:

LA EUTANASIA

G. Paredes Castillo
Sección de Oncología Médica.
Hospital "Carlos Haya"
Málaga

Quiero dejar claro desde un principio que soy partidario de que se debe legislar sobre la Eutanasia, autorizando la misma. Pero, para evitar malas interpretaciones, debo decir desde el principio que entiendo por Eutanasia "la acción de acortar voluntariamente la vida del que padece una enfermedad incurable y muy penosa, y que lo solicita, o lo ha solicitado previamente, para poner fin a sus sufrimientos". Esta aclaración la creo necesaria porque alrededor de esta palabra, de etimología griega: *Eu* (bien) y *Thanatos* (muerte) = *buena muerte*, se han creado una serie de otros conceptos que nos han llevado a una confusión, tales son, entre otras: Distanasia, Adistanasia, Ortotanasia, Autotanasia, Agathanasia, Criptotanasia, Auxilio o Inducción al Suicidio, Medicina Taigética, Eutanasia Eugénica, Eutanasia social, Eutanasia pasiva, Eutanasia indirecta, Eutanasia Activa, Eutanasia voluntaria, Eutanasia involuntaria, etc., etc... Definiciones de las que no me voy a ocupar, ya que alargan innecesariamente este escrito. Sólo quiero hacer la observación de que esta artimaña, el confundir la lengua, es muy antigua, y ya la encontramos en la Biblia (Gn 11,7): "*Ea, pues, descendamos, y confundamos allí mismo su lengua, de manera que el uno no entienda el habla del otro*", atribuida a Yavhé, ante el gesto de soberbia que representaba la construcción de la Torre de Babel por los hombres.

En nuestro medio la actitud ante la Eutanasia tiene sus detractores y defensores, estando entre los primeros la mayoría de los médicos y sus asociaciones y la Religión; y entre los segundos, por lo que se deduce de las encuestas oficiales, la mayoría de la población. La clase médica se opone basándose, fundamentalmente, en el Juramento de HIPÓCRATES ("*Y no daré ninguna droga letal a nadie, ni sugeriré un tal uso*"), de tal forma que, apoyándose en dicho Juramento y en las diversas Declaraciones de las Asociaciones Médicas, tales como la Declaración de Ginebra (1948), Código de Londres (1949) y Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia, todas las cuales son contrarias a la Eutanasia, en España el Código de Deontología Médica (1979) condena la práctica de la Eutanasia de forma expresa en sus artículos 116 y 117. Por parte de la Religión Católica, de gran influencia en nuestro país, se basa en el Mandamiento de "NO MATARAS" (Ex 20,13) y en el concepto de que la vida es un "Valor Absoluto". A ello hay que objetar que, en el mismo Antiguo Testamento, en el Libro del Éxodo, en los capítulos 21, 31 y 32, recomienda en más de una ocasión, la pena de muerte ante el homicidio voluntario, las faltas a los padres, los enemigos que defienden sus tierras ante la invasión del pueblo Judío, y, por otra parte, el Catecismo de la Iglesia Católica (1992) reconoce como justo "el recurso a la pena de muerte" (2266).

Quiero mencionar que algunos teólogos católicos, como D. E. Miret Magdalena, algunos especialistas en Bioética como el profesor Jean Bernard (que en su pequeño libro *La Bioética* dice: "la antigua moral de Hipócrates debe ser sustituida por una ética activa que regule las relaciones de la persona con su entorno") y varios médicos, entre los que me incluyo, abogamos por la legislación de la Eutanasia previo debate entre toda la población y sus representantes, así como todas las Asociaciones interesadas en el tema, de forma tal que se eviten los abusos que se podrían producir si la legalización se produjera de una forma ligera, tales como la mala aplicación en casos de discapacitados, ancianos, etc.

Es posible que mi opinión, antes expresada, pueda causar malestar en algunos. A ellos les recomiendo la lectura de la parte del poema *Martin Fierro*, con el que inicié este escrito; y que copio a continuación:

*“Es la memoria un gran don,
”calída” muy meritoria;
y aquellos que en esta historia
sospechen que les doy palo;
sepan que olvidar lo malo
también es tener memoria”.*

GRUPO ALLEVIARE-SUR

BOARD:

Coordinador:

Luis Errazquin Sáenz de Tejada

Jefe del Servicio de Oncología Radioterápica
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Miembros:

Eduardo Altolaquirre Rey

Jefe del Servicio de Oncología Radioterápica
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Eloisa Bayo Lozano

Jefe del Servicio de Oncología Radioterápica
Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Miguel Ángel Casanova García

Jefe del Servicio de Oncología Radioterápica
Hospital Ciudad de Jaén.

Ismael Herruzo Cabrera

Jefe del Servicio de Oncología Radioterápica
Hospital Carlos Haya. Málaga.

Julia Luisa Muñoz García

Jefe del Servicio de Oncología Radioterápica
Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

María José Ortiz Rodríguez

Médico Adjunto de Oncología Radioterápica
Hospital Duques del Infantado. Sevilla.

Amalia Palacios Eito

Jefe del Servicio de Oncología Radioterápica
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Pablo Román Rodríguez

Jefe del Servicio de Oncología Radioterápica
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

José Antonio Sánchez Calzado

Médico Adjunto de Oncología Radioterápica
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

COORDINADORES DE LOS TEXTOS: Luis Errazquin S. de Tejada y José A. Sánchez Calzado

PRESENTACIÓN

Luis Errazquin Sáenz de Tejada

A la hora de analizar los resultados del tratamiento de los pacientes con cáncer, tradicionalmente se ha tenido en cuenta una serie de parámetros como la tasa de respuesta, tiempo libre de enfermedad, supervivencia, efectos secundarios, etc. que si bien son fundamentales, no contemplan la repercusión que sobre la calidad de vida del paciente tienen las medidas empleadas.

En la actualidad, con el avance sobre el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, la investigación y la alta tecnología - tanto en su vertiente diagnóstica como terapéutica -, se están consiguiendo mayores logros tanto en el control local como en la supervivencia, por lo que cada día se hace más necesario tener en cuenta la forma en que dichas terapéuticas inciden sobre la calidad de vida del paciente.

En este contexto, sabemos que el dolor crónico en los pacientes con cáncer está presente en un tercio de ellos durante el tratamiento activo antineoplásico, y en el 60-90% en fase de enfermedad avanzada, y que dicho dolor es, en la mayoría de los casos, moderado o severo, con un impacto importante -si no es controlado- sobre la calidad de vida del paciente. Este impacto viene determinado por la repercusión que va a tener sobre las condiciones físicas (disminución de capacidad funcional, pérdida de apetito, trastornos del sueño, etc), psíquicas (tristeza, depresión, ansiedad), sociales (aislamiento, despreocupación, abandono) y espirituales (aumento del sufrimiento, alteraciones del pensamiento, replanteamiento de creencias religiosas).

A pesar de que en la última década y gracias a los progresos en farmacología, fisiología y psico-oncología, así como al aumento del nivel de educación sanitaria, se ha avanzado en la percepción del problema del dolor, todavía hay un elevado número de pacientes que padecen dolor crónico no controlado durante el proceso evolutivo de su enfermedad.

Concienciados por esta circunstancia y por el hecho de que en la actualidad todavía mueren pacientes con dolor crónico neoplásico no controlado, surge el Grupo *ALLEVIARE*, de ámbito nacional, con el objetivo fundamental de ayudar a éstos, mejorando su calidad de vida y la de su entorno familiar mediante el control del dolor.

Siguiendo estas directrices, se constituye en las Comunidades Autónomas Andaluza y Extremeña un grupo para analizar la prevalencia e incidencia de dolor crónico en los pacientes que acuden a los Servicio Oncología Radioterápica, y las medidas utilizadas en su control.

De un total de 543 pacientes encuestados durante 2 días en los diferentes Servicios, tanto en revisión como en tratamiento, se pone de manifiesto que un 33% de ellos presentaban dolor, de los que el 47% presentaba dolor moderado a severo y el 20% no estaba realizando ningún tratamiento analgésico, lo cual no hace más que corroborar que muchos pacientes siguen sin control adecuado del dolor a pesar de los últimos avances.

Por ello, y siguiendo las recomendaciones del Grupo Alleviare nacional, se ha elaborado la presente **Guía** con objeto de contribuir a la difusión del conocimiento del problema por los diferentes estamentos sanitarios implicados en su tratamiento integral, a fin de lograr el alivio óptimo del dolor del paciente y la atención de sus familiares.

En ella se realiza una amplia revisión de los aspectos generales del dolor crónico en el paciente con cáncer, analizándose las causas, tipos, evaluaciones y principios básicos de su tratamiento, para continuar con una exposición del tratamiento farmacológico basado en niveles de evidencia, así como la descripción de técnicas intervencionistas para aquellos casos en los que, a pesar del armamento farmacológico, no somos capaces de controlarlo.

En una segunda parte se expone el papel de la Radioterapia en sus diferentes modalidades y las pautas de irradiación paliativa antiálgica en el dolor secundario a las metástasis óseas y otras localizaciones, como metástasis cerebrales y tumores avanzados de tórax y pelvis.

Por último, se dedica un capítulo a los aspectos psicológicos y sociales, ya que el tratamiento del dolor por cáncer precisa de un enfoque integral donde se tenga en cuenta no sólo el elemento somático del mismo, sino el concepto de “dolor total”, por la repercusión en los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales, cuya omisión llevaría al fracaso en su control e inexorablemente a una mala calidad de vida de los pacientes y su entorno familiar.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES CON CÁNCER.

Amalia Palacios Eito¹, Raúl Carvajal Partera², Sonia García Cabezas¹

¹S. De Oncología Radioterápica, ²Unidad de Paliativos, Hospital Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN

La Organización mundial de la salud (OMS) propuso en 1986¹ una estrategia básica y sencilla para el tratamiento del dolor. Nos referimos a la “escala analgésica de la OMS”. Consta de tres escalones, que corresponden a 3 categorías de analgésicos: 1º. analgésicos periféricos (también llamados no opioides o analgésicos menores); 2º. analgésicos opioides débiles; 3º. analgésicos opioides potentes.

La recomendación de cada escalón en las distintas situaciones clínicas no ha sido evaluada en ensayos randomizados, pero sí se ha observado que utilizando esta estrategia, un porcentaje superior al 80% de los pacientes obtiene un alivio satisfactorio del dolor^{2,3} (*Nivel evidencia III*).

En los 16 años transcurridos desde que la OMS publicó por primera vez su escala analgésica, se han producido avances farmacológicos y se han ido añadiendo nuevas medicaciones a cada uno de los peldaños. La estrategia del uso de fármacos analgésicos de la OMS debe utilizarse esencialmente como un marco de principios, más que como un protocolo estricto (WHO 1996).

Se prescribirá un tratamiento analgésico empezando por los fármacos del escalón apropiado a la valoración inicial del dolor, pasando -ante la persistencia o incremento del dolor- a escalones superiores.

El dolor crónico en pacientes con cáncer es habitualmente continuo, y por lo tanto hay que conseguir niveles terapéuticos de analgésicos en plasma mantenidos. Esto sólo se consigue administrando las drogas a intervalos regulares, de acuerdo con su farmacocinética y evitando las prescripciones “a demanda”^{2,3}.

La estrategia original propuesta por la OMS hace referencia exclusiva a fármacos. Hay que destacar que muchos pacientes requieren en algún momento de su evolución estrategias adicionales, o alternativas no farmacológicas tales como estimulación eléctrica neural transcutánea, acupuntura, bloqueos nerviosos, radioterapia, etc. (*Nivel evidencia I*).

¹ WHO Guidelines: Cancer Pain relief (2nd edition), World Health Organization, Geneva, 1996.

² Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief a 10 year prospective study. Pain 1995; 63: 65-76.

³ Ventafridda V, Tamburini M, Caraceni A, De Conno F, Naldi F. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. Cancer 1987; 59: 850-6.

Igualmente, para una analgesia óptima, son necesarias actuaciones psicosociales tal como la atención a la familia, soporte emocional y comunicación^{4,5}.

Recomendaciones:

- Los principios terapéuticos descritos en el programa de la OMS de alivio del dolor en pacientes con cáncer deben ser seguidos. (*Recomendación B*)
- La estrategia terapéutica de la OMS debe ser el estándar para comparar otras pautas terapéuticas. (*Recomendación B*).
- La analgesia para un dolor continuo debe ser prescrita con cronología regular, nunca a demanda. (*Recomendación B*)
- La prescripción analgésica inicial debe corresponder al escalón analgésico de la OMS apropiado a la intensidad del dolor. (*Recomendación B*)
- El óptimo tratamiento del dolor en pacientes con cáncer requiere un enfoque multidisciplinar.

PRIMER ESCALÓN ANALÉSICO

Indicado en el tratamiento del dolor leve.

Consiste en utilizar los denominados analgésicos menores o analgésicos no opioides. Este grupo lo constituyen el ácido acetilsalicílico (AAS), salicilatos, metamizol, paracetamol y el resto de los anti-inflamatorios no esteroideos (AINES).

Opciones: AAS, salicilatos, paracetamol, AINES ± fármacos adyuvantes.

Son un grupo heterogéneo de sustancias químicas que se caracterizan por poseer en grado variable actividad analgésica, antiinflamatoria, antipirética y efecto antiagregante plaquetario.

La elección de uno de ellos depende de la razón riesgo/beneficio en cada paciente, ya que el perfil de efectos secundarios de cada fármaco es distinto. Combinados con opiáceos producen un efecto aditivo, es decir, reducen la dosis necesaria de éstos. No deben asociarse dos AINES, porque no aumenta su potencia analgésica.

La acción analgésica de los AINES es de intensidad moderada. Poseen lo que se denomina “efecto techo”, es decir, el efecto máximo se obtiene con una determinada dosis, a partir de la cual, aunque se incremente, no aumenta el efecto analgésico. Este techo suele coincidir con el doble de la dosis terapéutica.

El paracetamol tiene una toxicidad mínima a las dosis recomendadas, pero a dosis superiores puede causar hepatotoxicidad fatal y fallo renal⁶.

⁴ McQuay H, Moore A. Bibliography and systematic reviews in cancer pain. A report to the NHS National Cancer Research and Development Programme. Oxford 1997.

⁵ Hansson P, Lundberg T. In: Wall P, Melzack R (editors). Textbook of pain. 4th edition. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999. pp.1341-6.

El AAS es difícil de tolerar a dosis analgésicas y tiene un amplio espectro de efectos colaterales⁷.

El resto de AINES tiene una incidencia significativa de efectos secundarios graves. La incidencia de muerte por sangrado gástrico tras 2 meses de exposición oral ha sido estimada en 1 de cada 1.200 casos⁴. La incidencia de disfunción renal no ha sido estimada, pero parece ser alta en aquellos pacientes con conocida afectación renal o hepática, en insuficiencia cardíaca y en ancianos. Con frecuencia producen retención hídrica y pueden producir un aumento de la tensión arterial⁸.

Ha sido identificado un grupo de pacientes que presentan un riesgo superior de lesiones gastrointestinales si son tratados con AINES⁹. Corresponde a mayores de 60 años, fumadores, historia previa de úlcus péptico, aquéllos en tratamiento con corticosteroides o anticoagulantes, y aquéllos con enfermedad renal, hepática o insuficiencia cardíaca. *(Nivel III evidencia)*

El misoprostol ha demostrado reducir el riesgo de úlceras gástricas y duodenales en pacientes tratados con AINES, con eficacia superior tanto a la ranitidina¹⁰ como al sucralfato¹¹. Dosis bajas de misoprostol (200 µg 2 ó 3 veces al día) reduce significativamente la incidencia de daño inducido y tiene menos efectos secundarios que 200 µg 4 veces al día¹². *(Nivel de evidencia I)*.

El omeprazol es también efectivo, a dosis de 20 mgr/día, en la disminución del riesgo de erosiones gástricas y duodenales^{13,14}. No hay ensayos publicados hasta la fecha que comparen la eficacia del omeprazol con el misoprostol en la prevención de este daño. Sin embargo, ha sido demostrada la significativa superioridad del omeprazol en el tratamiento de las erosiones gástricas o duodenales aparecidas en pacientes que

⁶ Scott A. Antipyretic analgesics. In: Dukes MNG Myler's Side Effects of Drugs Amsterdam Elsevier Science Publishers. 1992: 176

⁷ Anonymous. Aspirin. In: Dollery C Ed. Therapeutic Drugs Volume 1. London: Churchill Livingstone 1991:A146.

⁸ Hawkey CJ. COX-2 inhibitors. Lancet 1999; 353: 307-14.

⁹ Garcia Rodriguez LA, Jick H. Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. Lancet 1994; 343: 769-72.

¹⁰ Raskin JB, White RH, Jaszewski R, Korsten MA, Schubert TT, Fort JG. Misoprostol and ranitidine in the prevention of NSAID-induced ulcers: a prospective, double-blind, multicenter study. Am J Gastroenterol 1996; 91: 223-7.

¹¹ Agrawal NM, Roth S, Graham DY, White RH, Germain B, Brown JA, et al. Misoprostol compared with sucralfate in the prevention of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced gastric ulcer. A randomized, controlled trial. Ann Intern Med 1991; 115: 195-200.

¹² Raskin JB, White RH, Jackson JE, Weaver AL, Tindall EA, Lies RB, et al. Misoprostol dosage in the prevention of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced gastric and duodenal ulcers: a comparison of three regimens. Ann Intern Med 1995; 123: 344-50.

¹³ Ekstrom P, Carling L, Wetterhus S, Wingren PE, Anker-Hansen O, Lundegardh G, et al. Prevention of peptic ulcer and dyspeptic symptoms with omeprazole in patients receiving continuous non-steroidal antiinflammatory drug therapy. A Nordic multicentre study. Scand J Gastroenterol 1996; 31: 753-8.

¹⁴ Bianchi Porro G, Lazzaroni M, Petrillo M, Manzionna G, Montrone F, Caruso I. Prevention of gastroduodenal damage with omeprazole in patients receiving continuous NSAIDs treatment. A double blind placebo controlled study. Ital J Gastroenterol Hepatol 1998; 30: 43-7.

requieren continuar el tratamiento con AINES^{15,16}. Una dosis de omeprazol de 20 mg fue igual efectiva que 40 mg/día. (*Nivel evidencia I*).

La reciente aparición de AINES con inhibición selectiva de la isoenzima ciclooxigenasa-2 (COX-2)^{17,18} puede reducir el riesgo de daño gastrointestinal. Hay evidencia de que reducen este daño en pacientes con riesgo bajo, pero hay pocos datos publicados en pacientes de alto riesgo y uso crónico. (*Nivel I de evidencia*). Tampoco está claro si otros AINES menos selectivos, como el meloxicam, reducen el riesgo de estos efectos adversos^{17,18}.

Recomendaciones:

Los pacientes con dolor leve deberían tratarse con paracetamol o un AINE a las dosis terapéuticas establecidas. La elección debe basarse en el análisis del riesgo/beneficio de cada paciente individual. (*Recomendación A*).

A Los pacientes en tratamiento con AINES y con riesgo* de efectos secundarios gastrointestinales, se les debería prescribir misoprostol (200 µg 2 ó 3 veces al día), u omeprazol (20 mg/día). (*Recomendación A*).

Los pacientes en tratamiento con AINES que desarrollan efectos gastrointestinales, pero que requieren continuar con ellos, deben recibir omeprazol a dosis de 20 mg/día. (*Recomendación A*).

SEGUNDO ESCALÓN ANALGÉSICO

Indicado en el tratamiento del dolor leve - moderado.

Introduce los denominados opioides débiles. Grupo básicamente constituido por la codeína y la dihidrocodeína. Mas recientemente en nuestro país, se ha incluido en este nivel al tramadol.

Opciones: opioide débil+analgésico menor y adyuvante

¹⁵ Hawkey CJ, Karrasch JA, Szczepanski L, Walker DG, Barkun A, Swannell AJ, et al. Omeprazole compared with misoprostol for ulcers associated with nonsteroidal antiinflammatory drugs. Omeprazole versus Misoprostol for NSAID-induced Ulcer Management (OMNIUM) Study Group. N Engl J Med 1998; 338: 727-34.

¹⁶ Yeomans ND, Tulassay Z, Juhasz L, Racz I, Howard JM, van Rensburg CJ, et al. A comparison of omeprazole with ranitidine for ulcers associated with nonsteroidal antiinflammatory drugs. Acid Suppression Trial: Ranitidine versus Omeprazole for NSAID-associated Ulcer Treatment (ASTRONAUT) Study Group. N Engl J Med 1998; 338: 719-26.

¹⁷ Saag K, Fischer C, McKay J et al. MK-0966, a specific COX-2 inhibitor, has clinical efficacy comparable to ibuprofen in the treatment of knee and hip osteoarthritis (OA) in a six-week controlled clinical trial. Arthritis Rheum 1998; 41 (Suppl 9):S84.

¹⁸ Cannon G, Caldwell J, Holt P et al. MK-0966, a specific COX-2 inhibitor, has clinical efficacy comparable to diclofenac in the treatment of knee and hip osteoarthritis (OA) in a 26-week controlled clinical trial. Arthritis Rheum 1998; 41 (Suppl 9):S83.

* Se consideran pacientes con riesgo de efectos secundarios gastrointestinales, los siguientes grupos: mayores de 60 años, fumadores, historia previa de úlcus péptico, aquéllos en tratamiento con corticosteroides o anticoagulantes, y aquéllos con enfermedad renal, hepática o insuficiencia cardíaca.

A las dosis terapéuticas no hay evidencia de la superioridad de un opioide débil sobre otro.

La codeína es un derivado de la morfina, con menor potencia analgésica. Sus efectos secundarios más comunes son náuseas, vómitos, mareos y estreñimiento. La eficacia de dosis aisladas de codeína es baja, mejorando su eficacia con dosis repetidas. *(Nivel evidencia III)*.

La codeína ha demostrado una relación dosis respuesta en el control del dolor. Hay evidencia de que la combinación de 60 mg de codeína con 600-1000 mg de paracetamol es más efectiva que el paracetamol solo a dosis de 500–1000 mgr⁴. *(Nivel I de evidencia)*.

Existen en el mercado preparaciones compuestas conteniendo codeína a dosis subterapéuticas (<30 mg). Este hecho debe ser tenido en cuenta en la posología.

El tramadol es un analgésico de acción central que actúa como agonista opiáceo puro¹⁹. A dosis terapéuticas, su efecto analgésico es comparable a la asociación de un opioide débil y un analgésico menor. *(Nivel I evidencia)*. Este fármaco a dosis superiores al rango terapéutico puede producir convulsiones¹⁹. *(Nivel III evidencia)*. Tramadol, incluso en el rango de dosis terapéuticas, puede producir reacciones psiquiátricas en algunos pacientes. *(Nivel IV evidencia)*.

La combinación de paracetamol con un opioide débil es efectiva, y superior al paracetamol solo²⁰ (118). *(Nivel evidencia I)*.

La combinación de un opioide débil con un analgésico menor es efectiva y puede reducir la dosis de opioide requerida²⁰. *(Nivel evidencia III)*.

Recomendaciones:

- Los pacientes con dolor moderado – severo deberían recibir codeína o dihidrocodeína asociados a paracetamol o a un AINE. Otra alternativa es el tramadol. *(Recomendación B)*.
- Si no se consigue el efecto deseado con un opioide débil a dosis terapéuticas, no cambiar por otro de su mismo nivel sino pasar al siguiente escalón de la OMS. *(Recomendación C)*.

TERCER ESCALÓN ANALGÉSICO

Indicado en el dolor moderado–severo.

¹⁹ Tramadol—a new analgesic. Drug Ther Bull. 1994; 32: 85-7.

²⁰ Myers KG, Trotman IF. Use of ketorolac by continuous subcutaneous infusion for the control of cancer related pain. Postgrad Med J 1994; 70: 359-62.

Las opciones farmacológicas básicas de este escalón son los denominados opioides potentes.

Opciones: Opiode fuerte±analgésico menor y adyuvante

Inicialmente la escalera analgésica de la OMS defendía el uso casi exclusivo de la morfina en el escalón 3. Los avances tecnológicos han permitido desarrollar alternativas a la morfina, entre ellos fentanilo, hidromorfina, levorfanol, meperidina y metadona²¹. Además, se ha hecho posible el uso de vías de administración alternativas, tales como el sistema de administración transdérmica del fentanilo²².

Hay pocos ensayos randomizados que comparen estos opioides fuertes y es difícil escoger el mas apropiado en las distintas situaciones.

La elección del fármaco se hace generalmente después de considerar la eficacia, tolerancia y perfil de efectos secundarios del opioide fuerte.

La morfina es el prototipo de opioide agonista, considerado de elección para uso por vía oral²³. La tolerancia de esta vía es buena, y dado que la mayoría de los pacientes requiere su utilización crónica, son recomendables las vías de administración no cruentas frente a otras más agresivas. La respuesta antiálgica es muy variable de unos individuos a otros, pero ajustando la dosis, habitualmente se consigue una analgesia adecuada. Existen varias formulaciones que permiten gran flexibilidad en los intervalos de administración. (*Nivel evidencia III y IV*).

Con la morfina oral de liberación normal, aparece el efecto analgésico en 20 minutos, alcanzando su máxima concentración sanguínea en una media de 60 minutos. Esta rápida instauración de la analgesia hace recomendable su utilización para titulación de la dosis requerida y para tratar el dolor impredecible. Su administración debe hacerse en periodos de 4 horas para mantener niveles estables de analgesia. Administrada con esta cadencia, se consiguen concentraciones constantes en plasma y completo efecto analgésico en 12 –15 horas. Este periodo debe ser el mínimo observado para valorar el efecto de una determinada pauta de dosis y ajustar la dosis total requerida al nivel del dolor. Habitualmente se realizan los ajustes de dosis cada 24 horas²³. (*Nivel IV de evidencia*).

Las formulaciones de morfina de liberación retardada tienen una instauración más lenta del efecto analgésico y obtienen el efecto pico más tardíamente. Las preparaciones de utilización recomendada (2 veces al día) instauran su efecto analgésico a la 1-2 horas,

²¹ Foley KM, Misconceptions and controversies regarding the use of opioids in cancer pain. *Anti-Cancer Drugs* 1995;6(Suppl3): 4-13.

²² Portenoy RK, Southam MA, Gupta SK et al. Transdermal fentanyl for cancer pain: Repetated dose pharmacokinetics. *Anaesthesiology* 1993, 78: 36-43.

²³ Morphine in cancer pain: modes of administration. Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. *BMJ* 1996; 312: 823-6.

con picos de droga a las 4 horas. Las preparaciones de utilización cada 24 horas son de instauración de efecto más lenta y con picos a las 8,5 horas⁴. Estas formulaciones retardadas no permiten una rápida titulación de dosis en el dolor severo. (*Nivel de evidencia Ia*)

El fentanilo es un poderoso agonista. Fentanilo TTS ha demostrado tener una eficacia clínica similar a la morfina^{24 25}. Posee una potencia 75–100 veces mayor que la morfina. Su alta eficacia, bajo peso molecular y alta liposolubilidad lo hacen adecuado para administración transdérmica. Con el sistema terapéutico transdermico (TTS), picos de niveles plasmáticos se obtienen después de 8–16 horas y las dosis eficaces se mantienen hasta 72 horas. La cantidad de fentanilo liberada es proporcional al área de superficie del sistema. Los parches de fentanilo se fabrican en cuatro tamaños distintos (10, 20, 30 y 40 cm²) que proporcionan 4 flujos de suministro distintos (25, 50, 75 y 100 µg/h). Si se necesitan dosis de más de 100 µg/h (2,4 mg/día), hay que utilizar parches múltiples. (*Niveles Ib y III de evidencia*).

Estudios comparativos han demostrado ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre morfina oral y fentanilo TTS respecto a la mayoría de los efectos secundarios (diarreas, náuseas, vómitos, disnea, prurito, etc.). Se apreció una disminución significativa del estreñimiento y del uso de laxantes^{24,26,27,28,29}. (*Nivel II de evidencia*).

El fentanilo TTS ha demostrado disminuir la percepción de la enfermedad, mejorar el estado psicológico del paciente y reducir la dependencia del cuidador^{30,31}. (*Nivel III de evidencia*). Un estudio observacional multicéntrico ha apreciado que en pacientes con dolor moderado–severo (EVA>6) sin tratamiento previo con opioides menores, es un tratamiento efectivo y seguro^{32,33}. Sus autores sugieren que la escala analgésica de la

²⁴ Ahmedzai S, Brooks D. Transdermal Fentanyl versus sustained-release oral morphine in cancer pain: preference, efficacy and quality of life. The TTS-Fentanyl Comparative Trial Group. *J Pain Symptom Manage* 1997; 13: 254-61.

²⁵ Payne R, Mathias SD, Pasta DJ, Wanke LA, Williams R, Mahmoud R. Quality of life and cancer pain: satisfaction and side effects with transdermal fentanyl versus oral morphine. *J Clin Oncol* 1998; 16: 1588-93.

²⁶ Donner B, Zenz M. Fentanilo transdermico: un nuevo paso en la escalera terapeutica. *Anti-Cáncer Drugs* 1995. 6. suppl 3, pp 39-43.

²⁷ Payne R, Moran K, Southam M. The role of transdermal fentanyl in the management of cancer pain. In Estafanous FG. Ed. *Opioids in Anesthesia*. Butterworth-Heinemann Publishers 1990. 215-222.

²⁸ Simmonds MA, Blain C, Richenbacher J, Southam MA. Hershey MS: A new approach to the administration of opiates: TTS (fentanyl) in the management of pain in patients whit cancer. *J Pain Symptom Man* 1988: 3 (3): S18.

²⁹ Donner B, Zenz M, Strumpf M, Raber M. Long-term treatment of cancer pain with transdermal fentanyl. *J Pain Symptom Manage* 1998; 15: 168-75.

³⁰ Rizo Valero A. El fentanilo en el tratamiento de primera línea del dolor oncológico. *Revisiones en Cáncer*, Suppl 3, vol 13, 1999.

³¹ DelleMijn P. Et al. Prolonged treatment with transdermal fentanyl in neurophatic pain. *J Pain Symtom Manege* 1998; 16:220-229.

³² Proyecto Algos. Fentanilo TTS en el tratamiento del dolor de pacientes oncologicos. VIII Congreso de la SEOM. Octubre 2001. Comunicación oral CO 62.

OMS puede revisarse y no debe ser concebida como un dogma. La modificación de esta escala, no obstante, exige la realización de estudios prospectivos y aleatorizados.

La sustitución de morfina de liberación sostenida por fentanilo TTS ha sido analizada en un estudio multicéntrico^{26,27,28}. La sustitución en una proporción 100:1 ha demostrado ser segura, eficaz y una buena alternativa a los opiáceos fuertes convencionales.

La tabla de conversión (Tabla I) permite un cambio seguro de tratamiento, tanto en pacientes ambulatorios como en hospitalizados. (*Nivel II de evidencia*).

El fentanilo TTS representa una nueva alternativa para los opiáceos fuertes en el tercer escalón de la escalera analgésica de la OMS²⁶. Está indicado en pacientes con dolor estable, especialmente si tienen dificultades para tragar, en aquéllos con efectos secundarios importantes a la morfina, en pacientes con náuseas y vómitos y ante obstrucción intestinal.

Los fármacos de liberación retardada, ya sea morfina oral o fentanilo TTS, presentan desventajas asociadas a sus propiedades farmacocinéticas. Los largos intervalos entre aplicaciones pueden prolongar la fase de ajuste de dosis, requiriendo la administración concomitante de opiáceos de liberación rápida.

Alrededor de 2/3 de los pacientes oncológicos con dolor sufren dolor incidental y/o dolor impredecible. Por lo tanto, todos los pacientes que reciban terapia con fármacos de liberación retardada deben tener a su alcance opioides orales o parenterales de acción rápida y duración corta, especialmente al inicio del tratamiento. La morfina de liberación inmediata ha demostrado ser efectiva en este aspecto. Es muy importante explicar al paciente cómo utilizar estas dosis de rescate.

El fentanilo oral transmucoso instaura la analgesia de forma precoz en 5-15 minutos, con una duración de acción corta, de alrededor de 2 horas. Todavía hay poca experiencia en su uso, pero hay excelentes ensayos randomizados que soportan su eficacia (Portenoy et al 1991).

Recomendaciones:

- En pacientes con cáncer y dolor moderado–severo debe utilizarse un opioide potente. (*Recomendación B*).

³³ Vielvoye-Kerkmeer AP et al. Fentanilo transdermico en pacientes con dolor por cancer no tratados previamente con opioides y en un grupo tratados con codeina. Journal of Pain and Symptom Management. Marzo 2000, vol 18, nº 3.

- Siempre que sea posible, se deben utilizar vías de administración no cruentas, como la oral o la transdérmica. (*Recomendación C*).
- El fentanilo TTS es una alternativa eficaz al uso de opioides fuertes para el control del dolor oncológico crónico -de moderado a severo-, con un patrón de dolor basal estable. (*Recomendación B*).
- El fentanilo TTS debe ser inicialmente valorado como tratamiento de elección del dolor crónico en los tumores de la esfera de cabeza y cuello y tumores gastrointestinales, así como en pacientes con náuseas y vómitos, y ante estreñimiento pertinaz en pacientes tratados con otros opioides fuertes. (*Recomendación B y C*).
- La forma más simple para establecer la dosis inicial es utilizar morfina de liberación inmediata pauta cada 4 horas, administrando la misma dosis ante la aparición de dolor impredecible. La dosis de rescate puede darse tan frecuentemente como sea requerido, incluso cada hora. La dosis total de morfina regular se adecuará diariamente, teniendo en cuenta la cantidad total administrada. (*Recomendación C*)
- En pacientes tratados con morfina de liberación inmediata cada 4 horas, doblar la dosis en el momento de acostarse es un método simple y seguro para evitar ser despertados por dolor. (*Recomendación C*).
- Si aparece el dolor de forma consistente antes de la hora previa a la siguiente administración del fármaco, se debe de aumentar la dosis de las administraciones regulares pautadas. Los pacientes estabilizados con formulaciones retardadas deben tener acceso a opioides de liberación rápida como dosis de rescate ante dolor impredecible. (*Recomendación A*)
- El fentanilo oral transmucoso es un tratamiento efectivo para el dolor impredecible en pacientes estabilizados con opioides fuertes de liberación retardada³⁴. (*Recomendación A*)

Tabla I: Conversión de morfina oral/fentanilo TTS.

Morfina Oral (mg/día)	Fentanilo TTS (mg/día)	Fentanilo TTS (µg/h)
30-90	0.6	25
91-150	1.2	50
151-210	1.8	75
211-270	2.4	100

³⁴ Hanks GW, Conno F, Cherny N, et al. Expert Working Group of the Research Network of the European association for palliative Care. Br J Cancer 2001. Mar2;84(5):587-93.

271-330	3.0	125
331-390	3.6	150
391-450	4.2	175
451-510	4.8	200
511-570	5.4	225
571-630	6.0	250
631-690	6.6	275
691-750	7.2	300
Por cada 60 mg adicionales	+0.6	+25

FÁRMACOS COADYUVANTES

Son sustancias útiles en todas las fases del control del dolor para mejorar la eficacia de los analgésicos, tratar síntomas concurrentes y proporcionar analgesia de forma independiente en ciertos tipos específicos de dolor. Los principales grupos de fármacos son:

Antidepresivos tricíclicos y anticonvulsivantes:

Los antidepresivos tricíclicos son efectivos en el control del dolor neuropático⁴. Tienen propiedades analgésicas propias y pueden potenciar los efectos analgésicos de los opiáceos. La mayor experiencia se tiene con el uso de amitriptilina, que se considera el agente tricíclico de elección. No hay diferencias significativas en la eficacia entre los diferentes antidepresivos tricíclicos. (*Nivel de evidencia Ib*).

Ciertos anticonvulsivantes han demostrado ser efectivos en el tratamiento del dolor neuropático⁴. Principalmente la carbamacepina, fenitoina, valproato sodico, clonacepan y, más recientemente, la gabapentina (Neurontin®) han demostrado su eficacia en ensayos randomizados^{35,36,37}. (*Nivel de evidencia Ib*).

No se han detectado diferencias en estos dos tipos de drogas en cuanto al beneficio analgésico ante el dolor neuropático⁴. En la práctica, los antidepresivos

³⁵ Caraceni A, Zecca E, Martini C, De Conno F. Gabapentin as adjuvant to opioid analgesia for neuropathic cancer pain. J Pain Symptom Manage 1999; 17: 441-5.

³⁶ Rowbotham M, Harden N, Stacey B, Bernstein P, Magnus-Miller L. Gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia : a randomized controlled trial. JAMA 1998; 280: 1837-42.

³⁷ Backonja M, Beydoun A, Edwards KR, Schwartz SL, Fonseca V, Hes M, et al Gabapentin for the symptomatic treatment of painful neuropathy in patients with diabetes mellitus: a randomized controlled trial. JAMA 1998;280: 1831-6.

tricíclicos parecen ser mejor tolerados que los anticonvulsivantes. Estos dos grupos de fármacos pueden ser prescritos simultáneamente, aunque es recomendable no introducirlos a la vez.

Hasta la fecha no hay evidencia científica de la eficacia de los inhibidores de la recaptación de serotonina en el tratamiento del dolor neuropático.

Recomendación:

- En los pacientes con dolor neuropático se debería intentar el tratamiento con un antidepresivo tricíclico o con un anticonvulsivante. *Recomendación A.*

Corticoides:

Hay experiencia clínica de que los corticoides son útiles en el tratamiento del dolor oncológico secundario a hipertensión endocraneal, afectación ósea, infiltración o compresión nerviosa, inflamación o infiltración de tejidos blandos, compresión medular y distensión de la cápsula hepática. Por lo general se requieren dosis altas de dexametasona, del orden de 16 mg/24 horas o superiores. La dosis idónea y la duración del tratamiento dependen de la respuesta clínica. Se aconseja evitar su uso vespertino dado que pueden producir insomnio³⁸. (*Nivel de evidencia IV*).

Recomendación:

- Se debe intentar la adyuvancia analgésica con dexametasona oral en pacientes con hipertensión endocraneal, dolor óseo severo, infiltración o compresión neural o distensión de la cápsula hepática, salvo contraindicaciones. Se usarán vías parenterales si no es recomendable la vía oral (Ej. paciente con vómitos). *Recomendación C.*

³⁸ Twycross R. Pain relief in advanced cancer. Churchill Livingstone, Longman: Singapore; 1994 pp.425.

¿POR QUÉ ES NECESARIO CONTAR CON UN DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO ANTES DE INICIAR UN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO ESPECÍFICO?

Jaén Olasolo J, Alonso Redondo A.

Hospital Universitario "Puerta del Mar" de Cádiz. Servicio de Oncología Radioterápica.

Dirección para correspondencia: Dr. Javier Jaén Olasolo. Servicio de Oncología Radioterápica.

Hospital Universitario "Puerta del Mar". Avda. Ana de Viya 21. 11009 Cádiz.

Teléfono: 956 002 698. FAX: 956 003 077

jjjaen@hpm.sas.junta-andalucia.es

Aunque pueda parecer simplista, con frecuencia nos vemos obligados a argumentar sobre esta cuestión con otros compañeros, familiares y los propios pacientes. Se suele plantear en procesos agudos o semiagudos, con diagnósticos por imagen altamente sugestivos de cáncer, en los que la quimioterapia (QT) y/o radioterapia (RT) pueden jugar un papel importante. Se excluye la cirugía, puesto que ésta puede ser, en el mismo acto, diagnóstica y terapéutica. Como radioterapeutas, dos son los motivos fundamentales por los que se nos suele solicitar un tratamiento, sin conocer el diagnóstico exacto: evitar más sufrimientos al paciente y el "factor tiempo".

Un claro ejemplo del primer caso puede ser el de un paciente anciano, con una afectación ósea vertebral muy dolorosa. Tras una serie de estudios analíticos, radiológicos, Gammagráficos, etc., el diagnóstico de presunción es de una metástasis de primario oculto. La pregunta que se plantea es: ¿Para qué hacer una punción de la lesión, que puede resultar molesta, si todo indica que se trata de un cáncer y la Radioterapia le puede aliviar? El paradigma del segundo caso es el de una paraparesia en evolución por compresión medular secundaria a probable metástasis de un primario desconocido. El planteamiento suele ser: "No podemos esperar a obtener un diagnóstico histológico, hay que actuar ya".

¿Quién no se ha tenido que enfrentar a este tipo de situaciones? Aquí la literatura científica nos ayuda poco y, sin embargo, creemos que hay argumentos de peso para tomar una biopsia de la zona antes de iniciar un tratamiento oncológico, como trataremos de exponer a continuación:

En primer lugar, la RT supone siempre, aun en tratamientos paliativos a dosis relativamente bajas, un riesgo no despreciable para la salud de las personas. En la práctica clínica actual es extraordinariamente raro encontrar un procedimiento diagnóstico encaminado a obtener material para estudio histológico, que conlleve más riesgos que un tratamiento oncológico específico. Naturalmente pueden haber excepciones a esta regla como, por ejemplo, el caso de tumores intracraneales situados en regiones anatómicas tales, que incluso una biopsia estereotáxica dirigida, pueda suponer un alto riesgo de secuela neurológica. Pero, en general, si consideramos que nuestro paciente, por su

grave situación general, no debe ser sometido a pruebas que conlleven el más mínimo riesgo o sufrimiento, tampoco debe considerarse, por las mismas razones, ningún tratamiento oncológico específico. En segundo lugar, aunque en un porcentaje pequeño, existe patología benigna que puede remedar exactamente, en estudios morfológicos, un cáncer. A este respecto es revelador el estudio de la Clínica Mayo sobre la discordancia entre diagnósticos clínicos y hallazgos en la necropsia de 3118 casos¹. Aunque no se reflejen en las publicaciones científicas, se sabe que se han tratado, como si fueran un cáncer, desde tuberculosis pulmonares, hasta aplastamientos vertebrales de origen osteoporótico, etc. Ello trae consigo importantes implicaciones pronósticas, éticas y jurídicas. Para éstas últimas, nos remitimos a una reciente sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Valencia por la que se condenaba a la Generalitat valenciana a pagar una indemnización millonaria a una paciente a la que se le diagnosticó erróneamente de una metástasis ósea de primario desconocido. Un nuevo estudio radiológico (RMN), un año y medio después, confirmó la existencia de una hernia discal y trastornos degenerativos. Los magistrados justificaron la indemnización por la “relevancia de los daños morales sufridos por la paciente, pues tuvo que soportar un diagnóstico erróneo de una enfermedad tan grave como el cáncer, nueve sesiones de quimioterapia con los trastornos que ello le produjo y alteraciones emocionales, depresivas y de ansiedad”.

En tercer lugar, el desconocimiento del tipo histológico de cáncer puede privar a nuestro paciente, incluso si es un anciano, de un tratamiento de tipo sistémico efectivo. Pensemos en un varón con carcinoma prostático, subsidiario de terapia hormonal. En un carcinoma de mama o de ovario en la mujer, susceptibles de tratamiento hormonal o quimioterápico. En un linfoma, en un carcinoma microcítico de pulmón, en tumores germinales, etc.

En cuarto lugar, el plan terapéutico radioterápico puede variar según la histología. Es verdad que, tratándose de metástasis óseas de neoplasias epiteliales, puede haber pocas diferencias en cuanto a las dosis a emplear. Pero por ejemplo, en el caso de un plasmocitoma solitario, el enfoque terapéutico pasaría de paliativo a radical, con consecuencias, tanto en el pronóstico (infinitamente mejor que una metástasis de cáncer de pulmón) como en las dosis de RT a emplear. El ejemplo contrario podría ser el de un sarcoma con afectación ósea acompañada de una masa de partes blandas paravertebral. En este caso las posibilidades de obtener una mejoría clínica con RT, a las dosis que nos permite la médula espinal como órgano limitante de dosis, son mínimas. Por tanto, debería plantearse, siempre que sea posible, una opción quirúrgica.

En quinto lugar, y probablemente sea el aspecto menos conocido, cualquier tratamiento con RT, por simple que pueda parecer, lleva aparejada una complejidad técnica con un importante consumo de recursos humanos y técnicos. Así, podemos citar

un número no despreciable de personas altamente especializadas involucradas: como mínimo, un facultativo especialista en Oncología Radioterápica, dos Técnicos especialistas o Diplomados en Enfermería, un Técnico en Dosimetría y un Facultativo especialista en Radiofísica. Probablemente también será necesaria la ayuda de uno o dos celadores, personal de consultas y administración. Además, en el medio en que nos movemos, con importantes déficits estructurales y listas de espera, el consumo de “tiempo de máquina” en las Unidades de Terapia es siempre crítico.

Por último, el “factor tiempo”; no hay nada que agobie más al terapeuta que se encuentra “al final de la cadena”. “El paciente no puede esperar más tiempo, hay que actuar ya”. ¿Cuántas veces lo hemos escuchado? Y cuántas hemos comprobado después, que el paciente comenzó con dolor vertebral un mes antes. Que se trató de forma sintomática, sin mejoría, hasta que cinco días antes de la consulta a RT, pongamos un Lunes, ingresó por paraparesia. Al otro día se le practicó una RMN urgente, para lo que hubo que contactar personalmente con Radiología. Al día siguiente, con suerte y de favor, se habría tenido un informe verbal. El cuarto día se solicita una valoración neuroquirúrgica, pero se piensa más adecuado un tratamiento radioterápico. En el quinto día, Viernes, con el paciente parapléjico, se contacta con RT, porque una punción no se podría hacer hasta el Lunes, como pronto, y con el retraso añadido para el estudio anatomopatológico.... y ¡ya no se puede esperar más! Sobre todo viniendo una fin de semana por delante. Éste, desgraciadamente, no es un relato fantástico, sino una visión realista y que no es exclusivamente andaluza o española. De hecho, un estudio publicado el año pasado sobre la casuística en nueve hospitales generales holandeses durante diez años, revela que, de los 443 pacientes tratados por compresión medular, casi la tercera parte fueron remitidos en viernes².

En este tipo de patología, donde la rapidez de actuación es el factor pronóstico más importante, si no existiera retraso diagnóstico, lo deseable sería que los pacientes fueran remitidos de forma proporcional a lo largo de la semana. Todo esto nos hace reflexionar y la única solución razonable creemos que pasa por un protocolo de actuación multidisciplinaria, con un compromiso expreso. Es decir, ante un caso como el de nuestro ejemplo - compresión medular de probable origen neoplásico sin diagnóstico definitivo - todos los Servicios implicados (Radiología, Anatomía Patológica, Neurocirugía, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, etc.), deberían comprometerse en tener todas sus actuaciones finalizadas en un plazo máximo de 24 horas. Al hilo de esta cuestión, recomendamos la lectura de la única guía de práctica clínica basada en la evidencia, sobre la compresión medular extradural de origen neoplásico³. Es obvio que este tipo de

pacientes no pueden seguir los “circuitos hospitalarios” habituales, sino que deben habilitarse “vías rápidas” de actuación.

A modo de conclusión, tres reflexiones:

1. Nunca comprometerse a realizar un tratamiento apresurado ante un diagnóstico deficiente.
2. No hay mejor manera de evitar sufrimientos innecesarios a nuestros pacientes, que poderles ofertar el mejor tratamiento para su proceso.
3. Si el “factor tiempo” es un problema, trabajemos juntos para que deje de serlo: pongamos en marcha protocolos diagnósticos y terapéuticos de actuación, en las urgencias oncológicas.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Avgerinos DV, Bjornsson J. Malignant neoplasms: discordance between clinical diagnoses and autopsy findings in 3,118 cases. *APMIS* 2001; 109(11): 774-780.
- 2.- Poortmans P, Vulto A, Raaijmakers E. “Always on a Friday? Time pattern of referral for spinal cord compression”. *Acta Oncol* 2001; 40(1): 88-91.
- 3.- Loblaw A, Lapierre NJ. Emergency Treatment of Malignant Extradural Spinal Cord Compresión: An Evidence-Based Guideline. *J Clin Oncol* 1998; 16(4): 1613-1624.

COMPLICACIONES TROMBÓTICAS ASOCIADAS A CATÉTERES PERMANENTES EN ONCOLOGÍA: RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Sánchez-Escribano R., Erustes M y Aramburo P.

Unidad de Oncología Médica, Hospital Ruber Internacional Madrid

Resumen

El empleo de catéteres permanentes, ampliamente difundido en oncología, comporta un riesgo no desdeñable, de presentar complicaciones, siendo la más frecuentes la diátesis trombótica que puede ocasionar desde problemas en el funcionamiento del dispositivo hasta patologías severas con alto riesgo vital como el tromboembolismo pulmonar. El riesgo de presentación de estas complicaciones puede variar por factores dependientes del paciente, del tipo de dispositivo, del trauma en su implantación, del tratamiento administrado, etc. La clínica no suele ser muy expresiva en etapas iniciales por lo que el empleo de técnicas diagnósticas (venografía isotópica, eco-doppler) será básico para apoyar el diagnóstico e instaurar tratamiento anticoagulante precozmente, evitando complicaciones mayores y alargando la vida útil del catéter, mejorando de ese modo la calidad de vida de los pacientes.

Introducción

El uso de catéteres de larga duración en pacientes oncológicos es una medida frecuente y probablemente en ascenso. Se estima que 500.000 de estos dispositivos se implantan cada año en el ámbito mundial (1) sin embargo la profilaxis y el tratamiento de muchas de sus complicaciones y especialmente de las trombóticas no está claramente establecida sobre la base de estudios aleatorizados, siendo la mayoría de las recomendaciones de carácter empírico o fundamentadas en ensayos retrospectivos o prospectivos no controlados. La validez de los resultados y de posibles recomendaciones se ven además comprometidas por la gran heterogeneidad de los estudios disponibles (distintos tipos de catéter, diferencias entre grupos de pacientes, en la definición de las complicaciones).

Existen diversos tipos de dispositivos, los más extendidos en nuestro medio son los catéteres internos con reservorio o puerto subcutáneo, implantados habitualmente en vena subclavia. Las ventajas de estos catéteres frente a los dispositivos externos son la mayor comodidad para el paciente, permitiendo libre movilidad del brazo y la posibilidad de inmersión y menor riesgo de complicaciones infecciosas (2).

Aspectos epidemiológicos.

Podemos dividir los eventos trombóticos relacionados con el catéter en tres tipos de complicaciones (3):

1. Oclusión de la punta del catéter por trombo que impide su funcionamiento.
2. Trombosis venosa sintomática
3. Trombosis venosa asintomática

Las complicaciones tromboticas son los acontecimientos adversos más frecuentemente asociados al empleo de catéteres de larga duración (25-40%). La incidencia de trombosis asociada a catéter que cursa con alguna de éstas complicaciones se ha evaluado en diferentes estudios (ver tabla 1). Schwartz et al (4) en un trabajo prospectivo sobre 687 pacientes con dispositivos de puerto subcutáneo implantados en diversos centros, comunicaron una incidencia del 5.7%. Sin embargo la diátesis trombotica asociada al catéter puede ser un hecho mucho más habitual, así en un estudio con flebografía sobre 57 pacientes oncológicos portadores de catéteres (5), se evidenciaron diferentes grados de trombosis en 26 de ellos (45.5%).

La situación clínica más frecuente es la dificultad de aspiración por el catéter, aunque el depósito de trombos es una causa habitual de ésta, hasta en un 57% de los catéteres de larga duración (6), también lo son las complicaciones mecánicas, como la adherencia de la punta del catéter a pared vascular (efecto válvula de origen mecánico), torsiones o inversiones del puerto, etc. (ver tabla 1).

Etiopatogenia.

La obstrucción del catéter con efecto válvula (definido como imposibilidad para aspiración por catéter manteniendo capacidad de infusión por el mismo) es la disfunción más frecuente de los dispositivos centrales, cuando es por causa trombotica tiende a ser recurrente y además constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de una trombosis venosa profunda (7). La trombosis del catéter suele aparecer tempranamente respecto al momento de inserción, 60% en la primera semana y el 70% en el primer mes (8). Diversas condiciones inherentes al paciente y al dispositivo favorecen el desarrollo de ésta hasta hacerse clínicamente evidente:

- **Dependientes del dispositivo y su inserción.** Si la inserción ha sido traumática con repetidos intentos, probablemente, el riesgo de complicación trombotica sea mayor. La colocación en subclavia izquierda con la punta en tercio bajo de cava superior (2,3), la longitud del catéter (más largo mayor riesgo), el material del catéter (el sylastic tiene una menor incidencia de trombosis (3)), también influyen en el riesgo de trombosis
- **Dependientes del paciente.** La propia enfermedad de base, como la hipercoagulabilidad asociada a muchas neoplasias (los tumores pulmonares

presentan trombosis con mayor frecuencia que otras patologías oncológicas), antecedente de episodios de trombosis venosas previas, recuentos elevados de glóbulos rojos y plaquetas, diversas enfermedades que favorecen la hipercoagulación (déficit de antitrombina III, de proteína C, proteína S, plasminógeno, anticuerpos antifosfolípido).

Clínica.

La clínica aparece en el contexto de la trombosis venosa / tromboflebitis y la obstrucción del catéter (aunque no siempre van ligadas), ésta, en los catéteres implantados en subclavia, consiste en la aparición de edema y dolor en zona lateral del cuello, o en el brazo, también son habituales los cambios en la coloración y temperatura cutánea y la aparición de fiebre. La coexistencia de bacteriemia e incluso sepsis no es infrecuente (9,10), de hecho las alteraciones en el flujo sanguíneo derivadas de la trombosis venosa constituyen un factor que favorece el desarrollo de sepsis asociada al catéter. La presentación por un síndrome de vena cava superior si bien no es habitual, puede aparecer, por lo que habrá de tenerse en cuenta la etiología trombótica en pacientes portadores de catéter.

Diagnóstico.

La prueba radiológica considerada “patrón de oro” para el diagnóstico de trombosis venosa es la **venografía con contraste**, que nos aporta imágenes fiables de la localización y extensión de los trombos además de la existencia de circulación colateral. Las desventajas de ésta prueba son la exposición radiológica y la necesidad de un acceso venoso por una vía periférica principal. Aunque no existen estudios aleatorizados en diagnóstico de trombosis asociada a catéter de la venografía frente a otros métodos, los datos existentes en otras indicaciones, validan el empleo en la práctica de técnicas menos agresivas como la **flebografía isotópica** o la **ecografía con doppler**.

Probablemente la medida inicial más recomendable sea la ecografía con compresión vascular, seguida del doppler-color que presentan un 100% de sensibilidad y un 93% de especificidad según un estudio que empleo venografía como referencia (11). La realización de una radiografía simple de tórax complementaria, nos puede informar acerca de complicaciones mecánicas como rotaciones o desconexiones del catéter. Si el resultado ecográfico fuera negativo, se podría plantear la realización de venografía o flebografía isotópica. La RMN y la TAC con contraste aportan también imágenes fiables del árbol vascular.

TRATAMIENTO:

- Oclusión del catéter

Existen escasos estudios aleatorizados sobre el tratamiento de la obstrucción de catéter, las recomendaciones se basan pues principalmente en estudios retrospectivos sobre una base empírica.

Inicialmente, ante la imposibilidad de aspiración por el reservorio, (ver figura 1) la primera medida es colocar al paciente en Trendelemburg e indicarle que realice maniobra de Valsalva (2), lo cual puede resolver una causa habitual de disfunción, el “efecto válvula” que se produce al adherirse la punta del catéter a la pared venosa. Si estas medidas iniciales no resuelven el problema el diagnóstico diferencial se planteará entre tres grupos de causas: la **precipitación de fármacos** en la luz del catéter, las **mecánicas** y las de origen **trombótico** (ver tabla 2).

Las complicaciones mecánicas en algunos casos pueden requerir la reintervención con sustitución del catéter o su recolocación.

En caso de precipitación, la colocación de paños calientes sobre la zona y el lavado con salino 0.1N puede revertir la cristalización. Si la obstrucción es por sustancias lipídicas, se recomienda administrar una solución de etanol en agua estéril al 70% (2,3).

Ante una oclusión del catéter por causa trombótica, la medida más habitualmente recomendada es la administración de fibrinolíticos, concretamente urokinasa. Se ha comprobado que la inyección en bolus de uroquinasa a dosis de 5.000U/ml hasta rellenar el volumen del catéter (aproximadamente 2ml) puede solucionar más del 90% de las obstrucciones trombóticas (12), se dejará en reposo durante unos cinco minutos y después se aspirará el contenido comprobando también la restauración del flujo. Estos pulsos pueden repetirse cada 5 minutos durante una hora si el primer pulso no resultó efectivo. Si la obstrucción es refractaria a esta medida, el siguiente paso sería instaurar una perfusión continua de hasta 12hs, de urokinasa a dosis de 40.000U/h, hasta un 92% de casos pueden solucionarse de este modo (13).. Estas dosis relativamente bajas de urokinasa tanto en pulsos como en infusión continua se han considerado seguras tanto en pacientes pediátricos como en adultos (13,14). Es importante destacar que la asociación de heparina al fibrinolítico no mejora los resultados . Utilizando estas pautas de urokinasa más de la mitad de las oclusiones se resolverán entre 1-3 horas de iniciada la terapia, pero el tratamiento ha de iniciarse lo antes posible, ya que se ha comprobado que las oclusiones de más de una semana de evolución tienen menores probabilidades de resolverse (15).

El empleo de t-PA recombinante a dosis baja (2 mg en bolus) ha demostrado gran efectividad en resolución de oclusión trombótica con escasas complicaciones (16,17) siendo su principal desventaja el alto coste frente a urokinasa, su empleo se ha evaluado

en un ensayo aleatorizado frente a bolus de urokinasa (17), este ensayo incluyó 50 casos de obstrucción trombótica, de los 22 asignados al brazo de urokinasa 13 recuperaron la función completamente (59.1%) frente a 25 de los 28 asignados a t-PA (89.3%), además sólo 4 casos de los 13 éxitos del brazo de urokinasa (30.7%) se resolvieron con una sola dosis, frente a 13 de los 25 del brazo de t-PA (52%).

Si tras una fibrinólisis adecuada no se resuelve la obstrucción el siguiente paso es la retirada y sustitución del catéter.

- Trombosis venosa sintomática.

El principal riesgo de la trombosis venosa yugular, subclavia o braquial asociada a catéter es la migración de trombos y producción de tromboembolismo pulmonar (TEP), el riesgo de éste probablemente se ha subestimado, ante la escasez de estudios al respecto. Un trabajo prospectivo canadiense (18) sobre 362 niños portadores de catéteres centrales permanentes, presentó 172 casos (48%) con eventos tromboembólicos, de ellos se diagnosticó TEP en 10 casos (uno post-mortem).

El tratamiento de la trombosis venosa profunda sintomática (TVP) relacionada con catéter en esencia no difiere del de las TVP de otro origen, sin embargo existen ciertas consideraciones específicas de la TVP secundaria a catéter:

- Uno de los factores de riesgo principales para el desarrollo de TVP asociada a catéter es una historia previa de oclusiones trombóticas, por tanto la adecuada prevención de estos procesos y su tratamiento es esencial (véase más adelante),
- Cuando la TVP queda establecida, el principal factor favorecedor es la presencia del catéter, por lo que las medidas terapéuticas y profilácticas habrán de mantenerse hasta su retirada
- La TVP aumenta el riesgo de infecciones del catéter, con lo cual la aparición concomitante de bacteriemia/sepsis ha de tenerse en cuenta, tomando cultivos de sangre periférica y catéter así como instaurando tratamiento antimicrobiano ante la menor sospecha clínica.
- En pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico, el empleo de heparina como mantenimiento puede hacer más profunda y persistente la plaquetopenia secundaria al empleo de citostáticos con el consiguiente aumento en el riesgo de sangrado grave (19).

Existen diversas opciones terapéuticas para el manejo de las trombosis venosas incluyendo el empleo de fibrinolíticos y anticoagulantes, en el caso que nos ocupa, el abordaje más seguro, práctico y barato probablemente sea comenzar con infusión de heparina sódica por el propio catéter primero con un bolus de 7.500 a 10.000 UI y

posteriormente en perfusión continua (1000-1500UI/h) hasta conseguir un TTPa (tiempo de tromboplastina parcial activada) doble al valor control, paralelamente se iniciará el paso a anticoagulación por vía oral con warfarina o cumarínicos ajustando dosis hasta conseguir un INR (international normalized ratio) de entre 2 y 3, pasados 4-5 días el efecto será pleno y se podrá retirar la heparina (20). Este tratamiento fue evaluado por Gould et al (21) para catéteres tipo Groshong, consiguiendo prolongar la vida útil de éstos tras trombosis, con una mediana de 169 días. Una alternativa válida sería el empleo de heparinas de bajo peso molecular (22)(p.e. enoxaparina 1mg/kg cada 12 horas), si bien el riesgo de trombocitopenia como citábamos antes, habrá de tenerse en cuenta en el mantenimiento. En pacientes con trombocitopenia secundaria a heparina (reacción cruzada por anticuerpos) se puede emplear el análogo r-hirudin (23).

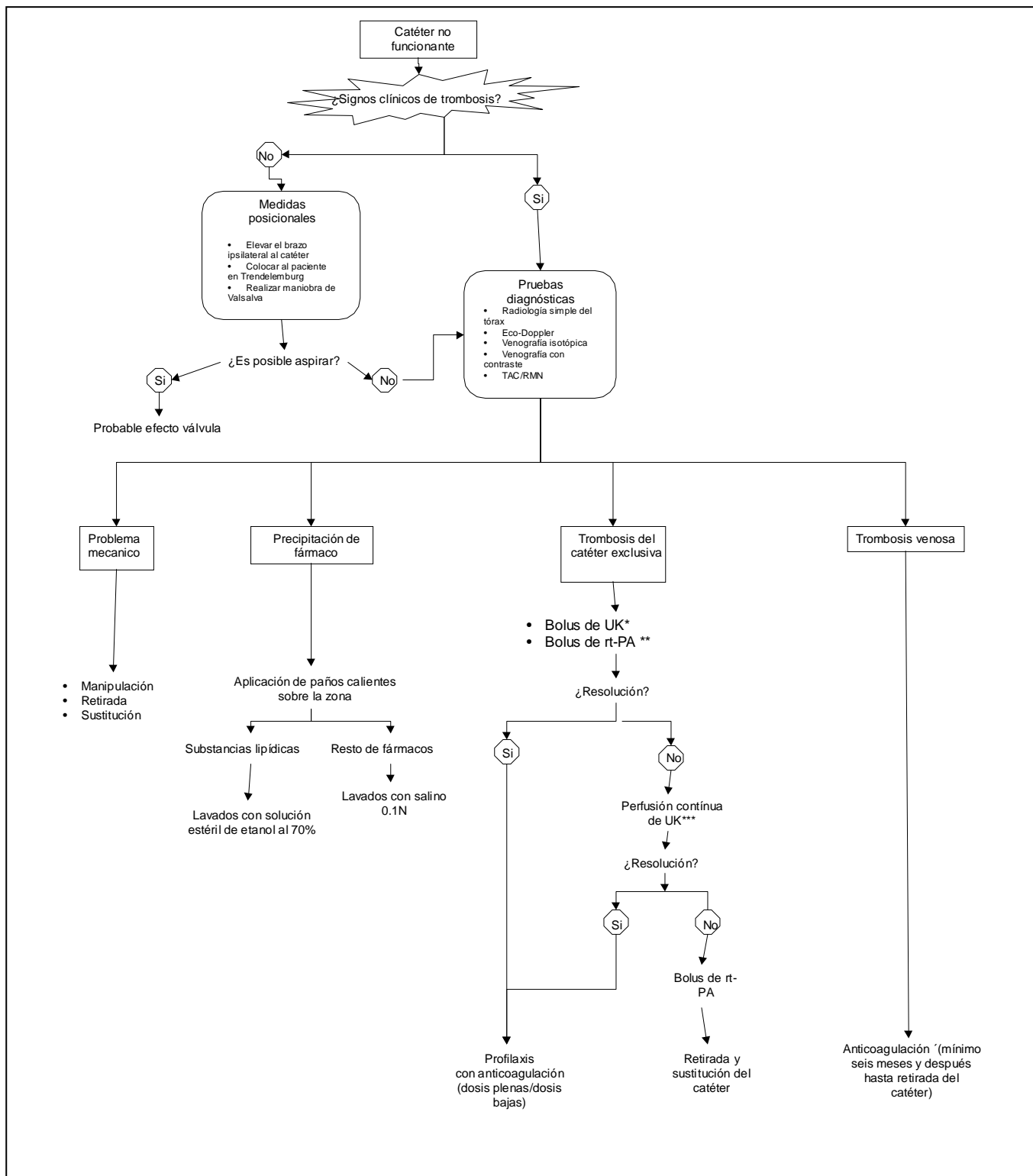
Autor	Año	Nº de casos	Mediana de duración del catéter (días)	Incidencia (%)		
				Efecto válvula	Trombosis	Infección
Young y Gould (7)	1997	119	271	64	12	7
Biffi et al (27)	1997	178	180	-	1.1	2.2
Schwartz et al (4)	1997	680	1191	-	5.7	4.4
Kock et al (28)	1996	1000	284	-	3.2	4.9
Alastrue et al (29)	1992	150	251	-	7	5

Tabla 1. Estudios prospectivos sobre incidencia de complicaciones con catéteres de puerto subcutáneo.

<p>Oclusión del catéter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Migración de la punta del catéter • Fijación deficiente que permite torsión • Oclusión de la luz por coágulo • Precipitación de fármacos • Depósito de fibrina • Adhesión de punta de catéter a pared vascular (efecto válvula) • Pinzamiento del catéter <p>Complicaciones trombóticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trombosis de la subclavia • Trombosis de venas axilar y braquial • Tromboembolismo pulmonar.
--

Tabla 2. Complicaciones oclusivas y trombóticas de los catéteres venosos centrales.

Fig 1. Protocolo de actuación en caso de obstrucción del catéter



* Urokinasa 5000U/ml hasta llenar catéter (unos 2ml), dejando reposar durante 5 minutos y repitiendo hasta resolución (máximo durante una hora).

**rt-PA (alteplase, en bolus de 2mg).

***Urokinasa 40.000U/h durante máximo de 12hs hasta resolución

Prevención.

El primer paso para la prevención de la trombosis del catéter está en la colocación del mismo, sobre la base de lo referido en el apartado de etiopatogenia, se pueden realizar las siguientes recomendaciones:

- La experiencia del cirujano probablemente hará menos traumática su inserción y por ende reducirá la diátesis trombótica secundaria (24).
- Ajustar la longitud del catéter para que no llegue a aurícula.
- Evitar el uso del árbol subclavio izquierdo siempre que sea posible.
- Empleo del material adecuado (sylastic).

Los regímenes de mantenimiento, se basan en la infusión de una solución anticoagulante periódicamente, habitualmente heparina, a través del catéter, la utilidad de éstos no ha sido demostrada en ensayos clínicos aleatorizados y su empleo se fundamenta en directrices absolutamente empíricas. En catéteres permanentes con puerto subcutáneo la recomendación habitual es la instilación por el mismo de 5ml de una solución de heparina sódica de 100U/ml tras cada uso del catéter y una administración mensual a la misma dosis cuando no se esté utilizando. Hay que tener en cuenta que incluso con estas dosis relativamente bajas de heparina, existe riesgo de trombocitopenia secundaria que puede ser importante en pacientes sometidos a tratamiento citostático (19). Un estudio al azar (25) evaluó la utilidad de una dosis baja de warfarina (1mg diario) frente a un brazo control sin ningún tipo de tratamiento como régimen de mantenimiento en pacientes oncológicos portadores de catéteres permanentes, un 38% de los pacientes del brazo "control" presentaron complicaciones trombóticas frente a sólo un 9.5% del brazo de warfarina. Es destacable además que a la dosis de 1mg diario, no se precisa monitorización de INR debido a que no se alteran significativamente los tiempos de coagulación. Queda por determinar si con dosis habituales de warfarina se pueden mejorar éstos resultados y cuales serían los factores de riesgo fundamentales para indicar una anticoagulación plena, pero en cualquier caso los resultados de éste estudio demuestran que la warfarina a dosis baja puede ser una alternativa razonable como mantenimiento (25,26).

Bibliografía

1. Raaf JH. "Administration of chemotherapeutic agents". *Support Care Cancer*.1994;2:335-346
2. Gould JR. "Line maintenance" en Armitage JO, Antman KH (Eds) "High-dose cancer therapy, Pharmacology, Hematopoietins, Stem cells" .3rd ed, 1999, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
3. Cobos E, Dixon S y Keong YK. Prevention and management of central venous catéter thrombosis. *Curr Op Hematol.*;5: 355-359.
4. Schwarz RE, Groeger JS, Colt DG. Subcutaneously implanted central venous acces devices in cancer patients, a prospective analysis. *Cancer* 1997;79:1635-1640.
5. Ballestri L, De Cicco M, Matovic M, Coran F, Morassaut S. Central venous catéter-related thrombosis in clinically asymptomatic oncologic patients: a phlebographic study. *Eur.J.Radiol.* 1995;20:108-111.
6. CassaidyPP Jr, Jajko AB, Bron KM, Reilly JJ, Peitzman AB, Steed DI. Non-fectious complications of long-term venous catheters: radiologic evaluation and management. *AJR Am.J.Radiol* 1987;149:671-675.
7. Yg C, Gould JR. The timig and sequence of multiple device-related complications in pats with indwelling subcutaneous ports. *Am J Surg.* 1997;174:417-421.
8. Haire WD. Hickman catheter-induced thoracic vein thrombosis. *Cancer* 1990;66:900-905.
9. Rupar DG, Herzog KD, Fisher MC et al. Prolonged bacteriemia with catheter –related central venous thrombosis. *Am J Dis Child.* 1990;144:879-882.
10. Freytes CO. Indications and complications of intravenous devices for chemotherapy. *Curr Op Oncol.* 2000;12:303-307.
11. Prandoni P, Polistena P, Bernardi E.,Cogo A, Casana D, Venato F et al.Upper extremi deep vein trombosis. *Arch Intern Med* 1997;157:57-62.
12. Lawson M, Bottino J, Hurtibise MR et al. The use of urokinase to restore the patency of occluded central venous catheters. *Am J Intaven Ther Clin Nutr.* 1982;9:29-32.
13. Horne MK, Mayo DJ. Low-dose urokinase infusions to treat fibrinous obstruction of venous acces devices in cancer patients. *J Clin Oncol.*1997;15:2709-2714.
14. Ball HA, Gomperts E, Atkinson JB. Continuous infusion of low-dose urokinase in the treatment of central venous catheter thrombosis in infants and children . *Pediatrics* 1989;83:963-966.
15. Fraschini G, Jadeja J, Lawson M, Holmes HA, Carrasco HC, Wallace S. Local infusión of urokinase for the lysis of trombosis associated with permanent central venous catheters in cancer patients. *J. Clin.Oncol* 1987;5:672-678.
16. Ponec D, Irwin D, Haire WD, Hill PA, Li X, McCluskey ER. Recombinant tissue plasminogen activator (alteplase) for restoration of flow in occluded central venous acces devices: a double-blind placebo-controlled trial-the Cardiovascular Thrombotic to Open Occluded Lines (COOL) efficacy trial. *J. Vasc.Interv.Radiol.*2001;12(8):951-955
17. Haire WD, Atkinson JB, Stephens LC,Kotulak GD. Urokinase versus recombinant tissue plasminogen activator in thrombosed central venous catheters: a double blinded, randomized trial. *Thromb. Haemost* 1994;72:543-547.
18. Massicotte MP, Adam M, Andrew M and the directors of the Canadian Children´s Thrombophilia Program. Central venous line (CVL) related thromboembolic events (cVLT) in childrens with cancer. Abstracts from the 4th International Conference on Long Term Complications of Treatment of Children and Adolescents for Cancer. Buffalo NY;1996.
19. Mayo DJ, Cullinane AM, Merryman PK, Horne NK. Serologic evidence of heparine sensitization in cancer patients receiving heparin flushes of venous acces devices. *Support Care Cancer* 1999;7:425-427.

20. Creager MA, Dzau VJ. Vascular diseases of the extremities: Deep venous thrombosis. En Braunwald E, Fauci AS, Isselbacher KJ, Kasper DL, Hauser SL Longo DI y Jameson JL. Harrison's Principles of Internal Medicine 15th ed, Mc Graw Hill. 2001.
21. Gould JR, Carlsson HW, Skinner WS. Groshong catheter associated subclavian venous thrombosis. *Am.J.Med* 1993;95:419-427.
22. Ruíz-Valverde MP, Barbera JR, Segarra A, Capdevila JA, Evangelista A, Piera L. Successful treatment of catheter-related sepsis and extraluminal catheter thrombosis with vancomycin and fraxiparin without catheter removal. *Nephron* 1997;75(3):354-355.
23. Paret VD, Snyder J, Shopnick RJ. Successful use of low-dose r-hirudin (Refludan) for recurrent dialysis catheter thrombosis in a patient with heparin induced thrombocytopenia. *Thromb Haemost* 1999;82(3):1205-1206.
24. Haire WD, Lieberman RP. Defining the risk of subclavian vein catheterization. *N.Engl J Med.* 1994;331(26):1769-1770.
25. Bern MM, Lokich JJ, Wallach SR. Very low doses of warfarin can prevent thrombosis in central venous catheters. *Ann Int Med* 1990;112:423-428.
26. Hirsch RL Catheter related venous thrombosis (letter). *Am J Med* 1995;98:99-100.
27. Biffi R, Corrado F, De Braud F. Long-term totally implantable central venous access ports connected to a Groshong catheter for chemotherapy of solid tumors: experience for 178 cases using a single type of device. *Eur J Cancer* 1997;33:1190-1194.
28. Kock HJ, Krause U, Pietsch M, Rasfeld S, Waltz MK. Implantable catheter systems: experiences with 1000 patients with central venous ports. *Dtsch Med Wochenschr* 1996;121:47-51.
29. Alastrue A, Rull M, Escudero LE. Experience with 150 subcutaneous venous reservoirs for venous access and infusion for the treatment of adult patients with oncologic and hematologic disorders and the acquired immunodeficiency syndrome. *Med Clin (Barc)* 1992;99:444-449.

ESPECIAL EXCLUSIVO PARA ARCHIVOS

INFORMACIÓN Y CÁNCER: DEBATE INTERDISCIPLINAR. ENCUENTRO EN SAN SEBASTIÁN. Coordinado por Ramón Ferrer. Aula de Medicina . Iniciativa patrocinada por AMGEM

P RESENTACIÓN

Este documento constituye un informe preliminar elaborado por el Aula de Medicina y Conocimiento como aportación al desarrollo de los I Encuentros Oncología y Comunicación que tendrán lugar en Donostia-San Sebastián el viernes 4 de octubre de 2002. Para su redacción el Aula ha tenido en cuenta las informaciones aparecidas en los más importantes medios de prensa españoles (El País, El Mundo, ABC, La Vanguardia, El Periódico y El Correo), atendiendo asimismo a las noticias radiadas y a las transmitidas a través de distintas cadenas de televisión. El período contemplado por dicho análisis es el comprendido entre el 1 de enero de 2001 y el 1 de septiembre de 2002, puesto que se ha considerado que, para el propósito de los Encuentros, podía ser más relevante la actualidad en la reflexión sobre el tratamiento informativo del cáncer que la perspectiva que nos hubiera brindado un estudio que comprendiera un ciclo más extenso. El único límite que los autores han hallado a la hora de analizar las informaciones relativas al cáncer aparecidas en la prensa española durante los dos últimos años ha dependido de la disposición de los archivos por parte de

los distintos medios de comunicación. De ahí que se hayan podido estudiar todas las noticias publicadas en los citados periódicos, mientras que tan solo se ha contado con algunos retazos de las informaciones de radio y televisión. También se han realizado consultas puntuales a profesionales de distintos medios de comunicación para informar el presente documento de los criterios existentes y de los hábitos comunes en el tratamiento informativo del cáncer. Vaya por delante nuestro agradecimiento a la disposición abierta y de colaboración que han mostrado todos los medios de comunicación y los profesionales a los que el Aula ha solicitado su ayuda para elaborar este informe. Asimismo, conviene precisar que para la redacción del mismo no han sido tenidos en cuenta ni las publicaciones especializadas o profesionales, por un lado, ni los documentales temáticos, ni los talk-show o fórmulas informativas análogas que, en todo caso, requerirían una aproximación específica. La cuestión central a la que hemos querido responder con este informe se refiere a la posición que el tratamiento informativo del cáncer ocuparía dentro de un eje cuyos extremos los representarían la

fatalidad que suscita una enfermedad con tan importantes índices de mortandad y la esperanza que inducen las noticias tanto respecto a los avances científicos como en relación a las actitudes personales que implica toda mención a la lucha contra dicha enfermedad. Siendo ésta la preocupación central del informe, el mismo se adentra en una casuística que, tanto desde el punto de vista de la naturaleza diversa de la enfermedad o su distinta evolución, como desde el punto de vista de las diferentes formas o géneros que inciden en su tratamiento informativo, permite aportar – siempre desde una reflexión general y sin incurrir en un juicio directo sobre tal o cual información o sobre la conducta informativa de tal o cual medio- toda una serie de consideraciones que abarcan cuantos aspectos afectan a la relación entre la oncología y la comunicación.

De forma deliberada, y en tanto que el objeto del presente documento es propiciar un debate en torno al tratamiento informativo del cáncer, se ha prescindido de ofrecer una panorámica meramente descriptiva de las noticias que han circulado a través de los distintos medios sobre el tema, optando por una aproximación más reflexiva o crítica a la cuestión. Desde consideraciones de orden social, ético o meramente periodístico que ni mucho menos pretenden sentar cátedra, se trata de propiciar la concurrencia de responsabilidades entre las distintas profesiones implicadas en la relación de la oncología con la comunicación. La lectura de

lo que sigue ofrecería una visión engañosa e incluso injusta del tratamiento informativo del cáncer en los medios de comunicación españoles si no tuviéramos en cuenta que su contenido se detiene especialmente en aquellos aspectos más preocupantes o criticables. Durante los últimos años el número de informaciones publicadas sobre temas relacionados con la salud han experimentado un crecimiento más que apreciable, tal y como ha quedado señalado en distintas ediciones del Informe Quiral. Así ha ocurrido también con las noticias referidas al cáncer. El aumento de las esperanzas de vida y la demanda creciente de una mayor calidad de vida constituye la explicación más evidente de este fenómeno. Incide también en ello el hecho de que tanto por medios convencionales como a través de Internet la circulación de publicaciones especializadas, científicas o profesionales ha experimentado un auge apreciable. La calidad de las informaciones ofrecidas en los medios generalistas no ha avanzado a la par del incremento de su cantidad. Ello se debe en buena medida al hecho de que los medios tienden a recoger sobre todo aquellas noticias que pueden ofrecer rasgos sensacionalistas o enraizar en las preocupaciones o expectativas más primarias de la sociedad. Todas las demás informaciones, aun siendo importantes pero poco llamativas, en contadas ocasiones alcanzan la categoría de noticias publicadas. Pero la aproximación de nuestros informadores al tema ofrece, en muchos casos, reportajes, noticias o entrevistas en

las que se percibe el esfuerzo realizado para cumplimentar los criterios de veracidad y correcta exposición de las informaciones. Por último, conviene señalar que la mayor parte de las apreciaciones que contiene este informe preliminar podrían ser aplicables al tratamiento general de la enfermedad y la salud por parte de los medios de comunicación españoles.

* Aula de Medicina y Conocimiento es una empresa de servicios especializada en el sector salud, que mantiene acuerdos de colaboración con diferentes fundaciones, entes académicos y agencias del sector.



CONSIDERACIONES DE PARTIDA

1 El tratamiento informativo del cáncer está condicionado por un hecho insoslayable: toda mención a dicha enfermedad presupone la existencia de un mal de naturaleza enigmática y de consecuencias fatales en más o menos largo plazo. Es esto algo que incide tanto en la actitud profesional del informador como en la disposición de la opinión pública. De ahí que a menudo las buenas noticias primen sobre las malas en las informaciones referidas al cáncer, hasta el punto de que en ocasiones estas últimas parecen haber sido relegadas del ámbito de lo informativo. Es de suponer que no se trata de una conducta deliberada, por la que ante el hecho noticiable del cáncer y sus soluciones los profesionales optaran -siguiendo un criterio preestablecido- por realzar las informaciones esperanzadoras respecto a las que se refieren a la incidencia estadística o a la extensa casuística que presentan las distintas formas de la enfermedad. Probablemente nos encontramos ante una disposición común a los seres humanos; a una opinión pública que demanda noticias positivas. El Libro Blanco de la Oncología en España, publicado por la FESEO en 2002, señala que *“durante las últimas décadas, la mortalidad por cáncer ha mantenido un aumento progresivo”* pasando de 80 muertes por 100.000 habitantes en 1951 a 228 por 100.000 habitantes en 1998. Parece evidente que el compendio de informaciones que han circulado en torno al cáncer durante los dos últimos años se inclina más a dar la sensación de que éste es un problema que

tiende a remitir que una enfermedad cuya incidencia está aumentando con el envejecimiento de la población y el cambio de hábitos experimentado especialmente a lo largo de la segunda mitad del pasado siglo.

2 La consideración anterior nos lleva a reconocer, también, un hecho incontrovertible. En las sociedades occidentales y avanzadas, en las sociedades del bienestar, la existencia de enfermedades graves o irreversibles constituye el único factor de incertidumbre que angustia o puede llegar a angustiar realmente a sus ciudadanos. Si bien el público está dispuesto a demandar para su consumo informativo las malas noticias que se producen en las áreas geográficas o sociales que no llegan a afectarle, en aquellos riesgos vitales que pudieran afectarle directamente prefiere recibir noticias esperanzadoras que realcen el progreso o la propia naturaleza humana como la esperanza que despeja el horizonte de negros nubarrones. En mayor o menor medida, cada persona lleva un hipocondríaco dentro. La inquietud ante la enfermedad se acrecienta a medida que su proximidad física y social, la eventualidad de su incidencia directa, se aproxima. Mientras en las sociedades occidentales la pandemia del SIDA puede llegar a percibirse como un riesgo potencial suficientemente acotado dentro del círculo de determinados comportamientos sociales o de determinadas áreas geográficas –algo que se percibe claramente en la proyección informativa de dicha enfermedad- el cáncer constituye la

fatalidad más democrática puesto que resulta prácticamente imposible que alguien pueda sentirse absolutamente seguro de que nunca será afectado por alguna de sus manifestaciones.

3 Corresponde a los oncólogos, a los investigadores y terapeutas, valorar desde el rigor científico en qué medida las informaciones publicadas sobre el cáncer responden a la verdad sobre su conocimiento real y sobre la eficacia de los tratamientos disponibles. Corresponde a ellos, junto a los sociólogos y psico-terapeutas, valorar en qué medida la disyuntiva entre fatalidad y esperanza en el tratamiento informativo del cáncer puede afectar a la actitud vital tanto de la ciudadanía en general como, en especial, de las personas diagnosticadas. Pero tanto los profesionales de la información como las empresas de comunicación no pueden rehuir su primera obligación: aproximarse al máximo a la verdad de los hechos. Ante la incomodidad mostrada por algunos lectores por la publicación de un reportaje que recogía el testimonio de cinco mujeres afectadas de cáncer de mama, el “defensor del lector” de un diario explicaba la posición de su periódico definiendo el concepto de necesidades informativas objetivas del público como *“lo que el público debe o debería saber o conocer”* frente a una de las tendencias del periodismo contemporáneo, que es la de ofrecer al público únicamente lo que este *“desea saber”*.

4 El tratamiento informativo del cáncer aborda muy a menudo situaciones que se encuentran en el límite de la resistencia humana, en el límite de la propia vida. En ese sentido, cada información sobre la

enfermedad –en especial cuando se destacan casos individualizados- sugiere valores de orden moral. El periodista no sólo maneja un producto informativo sensible por tratarse de un enfermedad grave y de difícil pronóstico. Maneja también claves informativas que sugieren explícita o implícitamente valores morales, especialmente en torno al poder de decisión que el ser humano dispone sobre su propia vida cuando ésta resulta dolorosa o tiende a su fin. En ocasiones se percibe que el informador –sobre todo cuando desliza supuestos, opiniones o comentarios propios u orienta una determinada entrevista- transmite inconscientemente su propia escala de valores sin apercebirse que al hablar de la enfermedad está refiriéndose en realidad a personas enfermas cuya libertad de conciencia no puede resultar afectada por un tumor o por una metástasis sino que, al contrario, se ve realzada por la propia gravedad de la afección que padecen. Probablemente no haya nada más intransferible que la vivencia personal de una situación límite. Conviene que el informador propicie el relato en primera persona de una determinada experiencia vital incluso como una aportación eficaz para desterrar malsanos pudores en torno a lo innombrable. Pero en ningún caso puede convertirse él, ni siquiera sutilmente, en el moralista que sugiera cómo ha de afrontar el enfermo la enfermedad.

Los medios de comunicación se hacen eco y, a su vez, amplifican una de las referencias que, entre la fatalidad y la esperanza, acompañan al cáncer: la palabra lucha. Tanto las campañas de recaudación de fondos como los esfuerzos en el terreno de la investigación y los testimonios de personas

que padecen la enfermedad son descritas por ese término o por alguno de sus sinónimos. La lucha contra el cáncer evoca, al mismo tiempo, un esfuerzo colectivo, una fe en el progreso y el ánimo voluntarioso que cada enfermo precisa para superar el mal o para soportar su compañía. El uso del término tiende a conceder un sentido épico a cuantas noticias positivas surgen en relación con el cáncer. De tal suerte que el término lucha confiere valor moral e incluso sugiere una obligación para el paciente. En este punto, tanto las líneas informativas como las líneas editoriales de los medios se enfrentan de una forma sutil -pero no por ello menos importante- a la disyuntiva entre fatalidad y esperanza. Al realzar el valor moral de la lucha que ha podido librar un determinado personaje público para superar el cáncer o para convivir con él se tiende a proyectar la imagen de modelos óptimos sin precisar en la mayoría de las ocasiones la tipología concreta o la fase de desarrollo de la enfermedad. La disposición personal del enfermo puede incidir tanto en el desarrollo de la enfermedad como, sobre todo, en su

calidad de vida. Pero siendo relevante el espíritu de lucha incluso desde el punto de vista terapéutico, su conversión en valor moral absoluto presenta sin duda serios riesgos porque inducen, también, angustia y desazón; e incluso puede terminar situando la barrera de lo irreversible o de lo terminal más allá de los límites de la dignidad humana, de la propia razón y de la libertad de conciencia del afectado. El lenguaje periodístico es un gran consumidor de metáforas.

Pero la utilización de la lucha y la superación constante como recomendaciones que, sin duda, pueden contribuir a mejorar la situación del paciente tampoco puede convertirse en manos del informador en un relato moralizante que presente el éxito como consecuencia directa de haber superado (¿?) el cáncer. Una información fechada en marzo de 2001 y publicada en un diario era titulada así: *“Tras vencer al cáncer, el cantante británico Rod Stewart edita “Human”, un disco baladista y cibernético”*.

EMISORES Y RECEPTORES

5 Si nos ceñimos a las informaciones publicadas en la prensa escrita -que en lo sustancial parecen coincidir con las radiadas o televisadas- las noticias que se refieren a avances en la investigación o a nuevas terapias contra el cáncer parten generalmente de un foco emisor. Este puede ser un artículo científico, un laboratorio, un equipo de investigación, un centro sanitario, etc. Su trascendencia global hace que su transmisión sea extraordinariamente rápida y circule por las agencias de noticias hasta plasmarse en titulares y textos muy similares si comparamos su presencia en los distintos periódicos. En algunos casos, esa “información de agencia” es acompañada, a modo de contraste o ratificación, por el parecer de especialistas. Pero por lo general, y en especial en un primer momento, la solvencia de la fuente original de la noticia y la cautela básica de la mención expresa de dicha fuente parecen asumirse como garantía del rigor informativo en materia tan delicada. En muy pocos casos la información publicada diferencia la noticia de un hallazgo en el terreno de la investigación oncológica de su aplicabilidad real, y en muchos menos es capaz de ofrecer alguna opinión que establezca una referencia temporal entre el descubrimiento y su traducción terapéutica. En las ocasiones en las que un especialista valora las noticias ofrecidas por otros en el terreno de la investigación o de la terapia, la cautela profesional y el respeto hacia la labor de los colegas resultan visibles pero, a veces, parecen excesivamente gremialistas.

6 En el tratamiento informativo de cada hecho noticiable, los medios de comunicación se dirigen a tres públicos que en realidad constituyen tres círculos concéntricos definidos por lo que el propio hecho les afecta. En un primer círculo se encuentran las personas o entidades que, en realidad, son objeto de la propia noticia y aparecen en el relato de los acontecimientos. En un segundo círculo aquellas otras personas que sin ser protagonistas directos de la noticia se hallan o se sienten concernidos por la misma. Un tercer círculo acogería al público en general. En el caso del tratamiento informativo del cáncer, es indudable que cada noticia impacta de forma desigual en función de la proximidad objetiva o subjetiva del receptor respecto a la noticia. Rara vez las noticias sobre los avances en torno al cáncer relatan casos específicos que pudiéramos limitar en su alcance al primero de los círculos mencionados. Probablemente el respeto a la intimidad, a la dignidad personal y el secreto profesional de los investigadores y terapeutas disuaden al informador de deslizarse por la descripción individualizada del desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, es habitual que la mención con sustantivo -y en todo caso con un único adjetivo- al mal ocupe el lugar que, más generalmente, corresponde al recurso de “*una larga enfermedad*” en uno de estos dos casos: cuando la enfermedad ha remitido o parece haberse superado y en el texto de los obituarios. Es indudable que cada mención que los medios hacen a noticias relacionadas con el cáncer, con un

determinado tipo de cáncer o en torno a datos estadísticos de carácter general, en primer lugar llamará la atención de los directamente afectados, enfermos y familiares. Estos formarían el segundo círculo mencionado más arriba. Pero no sería aventurado afirmar que tanto la generalidad de los textos redactados para dar cuenta de noticias relacionadas con el cáncer como los titulares de dichos artículos y reportajes están pensados para el público en general. Ello no quiere decir que en las distintas secciones de un periódico que hacen mención a temas relacionados con la oncología –salud, ciencia y sociedad fundamentalmente- no se perciba un extraordinario cuidado cuando se explicitan referencias personales.

El periodista y el medio han de dirigirse al público en general, pero resulta conveniente que cuando existe un grupo social afectado directamente por la noticia ésta sea tratada con especial cuidado tanto desde el punto de vista de su contenido como desde el punto de vista de las expresiones y calificativos que se utilicen. Sin duda, es éste un terreno en el que el profesional de la información puede sentirse huérfano; en el que de forma más imperiosa requiere la colaboración de los especialistas. Dicho de otra forma: toda información sobre el cáncer se refiere a un hecho noticiable complejo, sensible e incluso controvertido en el que ni la fuente emisora de la noticia puede pronunciarse con grandes certezas ni, mucho menos, el informador actuar con seguridad. De esa interacción surgen mensajes con un sesgo más o menos optimista, con un contenido más o menos preciso. La veracidad de la información puede resultar, en principio, incuestionable. Pero si cualquier desviación informativa, por

mínima que fuera, respecto a la realidad de los hechos incurriría en desinformación hacia el público en general, esa misma “mínima desviación” puede resultar atroz para los directamente afectados por la enfermedad.

Lógicamente, el informador no puede terminar paralizado por cuantas cautelas de orden ético, científico, procedimental o periodístico tendría que adoptar para alcanzar la perfección en un oficio que cada día está sujeto a una mayor celeridad en la transmisión de las noticias. Bastaría con que tuviera en cuenta que en muchas ocasiones son las aristas de una noticia las que pueden transmitir o un pesimismo exagerado o un optimismo sin base real al grupo social más sensible a la hora de recibirlas.

7 Las menciones al cáncer aparecen generalmente en tres secciones de los periódicos o de las programaciones de radio y televisión: salud, ciencia y sociedad. Aunque también se da la circunstancia de que dichos apartados formen parte de una única sección o aparezcan correlativos. En los periódicos de mayor tirada y con redacciones más amplias, alguna de dichas secciones llega a conformar auténticos suplementos o da lugar a páginas que denominaríamos como “periodismo de servicio”. De tal suerte que las menciones al cáncer pueden ser publicadas en una infinidad de contextos y sentidos. Datos estadísticos, programas sanitarios, campañas de prevención, comercialización de nuevos fármacos, hallazgos científicos, derivaciones de investigaciones genéticas, accidentes, recomendaciones de consumo, alimentación, y hábitos, obituarios, etc., la diversidad temática y de enfoques informativos resulta inabarcable. Pero, junto

a ella, también destaca el hecho de que su tratamiento es distinto dependiendo de la sección o apartado en el que aparece la mención al cáncer. En ocasiones, las diferencias de tratamiento pueden resultar lógicas y adecuadas al objeto central de la información; resultaría absurdo tratar la cuestión de la misma forma o con el mismo lenguaje si se trata de un nuevo fármaco, de

una campaña, o de un testimonio personal. Pero conviene que ese tratamiento diverso se atenga a unos mínimos criterios de veracidad, rigor y respeto a la intimidad y dignidad de las personas, dado que en todos los casos la mención al cáncer –sea como noticia central o como dato añadido– constituye materia especialmente sensible.

EL RIGOR Y LA VERACIDAD INFORMATIVA

8 Desde el punto de vista del análisis cualitativo del tratamiento informativo del cáncer hay un aspecto importante que en buena medida tiene que ver con el recuento cuantitativo de las noticias publicadas: el de la proporcionalidad de la proyección mediática con, por un lado, la incidencia de los distintos tipos de cáncer en la población y, por el otro, con la mayor o menor gravedad potencial de esos distintos tipos de cáncer. Es indudable que la presencia diferenciada de diversos tipos de cáncer en los medios de comunicación no obedece a una planificación informativa, pero es cierto que en términos generales esa presencia mantiene una cierta proporción respecto a la incidencia estadística de las distintas versiones de cáncer sobre la población. De igual forma, cabría concluir que el reflejo de los distintos tipos de cáncer en las informaciones publicadas tiende a ser inversamente proporcional a su potencial gravedad, estando más presentes aquellos casos que bien desde el punto de vista de las investigaciones en curso, de los tratamientos hoy disponibles o por su gravedad relativa suscitan más esperanzas de superación que otros. Esta última inclinación requeriría una reflexión particular, en tanto que deriva del hecho de que es la curación lo que se convierte en noticia y no la enfermedad. Es la curación, la esperanza, lo que el público demanda como noticia a consumir; y no la enfermedad, la fatalidad. Pero, al mismo tiempo, es la curación, la esperanza, la fuente de novedades noticiables y no la enfermedad, la desesperanza, que las sociedades modernas se empeñan en dejar

atrás. En este caso, no se trata de que los informadores corrijan las tendencias bien soslayando las buenas nuevas bien incorporando a las noticias la reiteración compensadora de las malas. Bastaría con que sus informaciones fueran tratadas desde el rigor y la veracidad, de tal suerte que las esperanzas que despierte cada noticia sean previamente confrontadas con la realidad que exponen los especialistas, con datos estadísticos y con precisiones que eviten magnificar las esperanzas por encima de los hechos o las previsiones razonables. Los medios de comunicación contribuyen a construir la realidad. En este caso, contribuyen a determinar la percepción subjetiva de la enfermedad, su gravedad, su padecimiento y sus posibilidades de superación.

9 Sea por desconocimiento o por cautela, muchas informaciones incurren en un exceso de imprecisión, de generalización o –lo que resulta más preocupante– ofrecen titulares que exageran e incluso contradicen el contenido estricto del texto de la noticia que encabezan. Esto último es, sin duda, uno de los males de los que el periodismo se resiste a desprenderse. Una información periodística fechada en enero de 2001 lo reflejaba: *“Un equipo de investigadores norteamericanos ha desarrollado una vacuna experimental, segura y efectiva que permite frenar el crecimiento de tumores pancreáticos, uno de los cánceres más letales y más difíciles de tratar”*. Probablemente el lector se sentiría confuso,

porque el término “*experimental*” sugiere contradicción con los calificativos “*segura y efectiva*”, y ello en relación con lo que se presenta como “*uno de los cánceres más letales y más difíciles de tratar*”. Probablemente, el tratamiento informativo del cáncer resulta vago o inexacto en muchas ocasiones porque la redacción considera que los datos más precisos y rigurosos son ininteligibles para el público no especialista o no directamente afectado por la enfermedad. Pero al podar la noticia de elementos que le dan aridez pero contienen precisamente el rigor sin el cual el texto puede inducir a errores serios, el informador sacrifica su obligación de aproximarse lo más posible a la transmisión veraz del hecho en cuestión en aras de una mal entendida transparencia. Una información sobre materia tan sensible despojada de datos y precisiones se desliza fácilmente hacia la simplificación e incluso la desinformación. Uno de los aspectos en los que esta inclinación se hace más patente es en la utilización del término cáncer sin especificar el tipo de cáncer del que se trata. Desde el punto de vista del público en general, una mención sucinta al tipo de cáncer de que se trate, a las pautas de su diagnóstico o a su incidencia estadística o histórica contribuye a acotar el hecho. Pero si ello resulta conveniente desde el punto de vista del rigor informativo, lo es especialmente en la medida en que existe un público específico que son los propios enfermos y las personas próximas a ellos que requiere esa precisión para hacer más soportable su propia situación y no verse zarandeado por los vaivenes de informaciones que, por su vaguedad, terminan siendo al final contradictorias. En ocasiones, tanto la tipificación del cáncer como su descripción acompañan a la noticia

como una tarea que, a todas luces, ha sido asumida por la redacción que ha recibido el flash informativo por agencia. Ello demuestra que también en este caso la obligación del informador de clarificar al máximo las informaciones sensibles ha de contar con la colaboración de los oncólogos. Además, y en la medida de lo posible, sería conveniente que el lenguaje, las clasificaciones y las descripciones utilizadas periodísticamente tuvieran en cuenta el lenguaje, las clasificaciones y las descripciones que los propios médicos emplean para comunicarse con sus pacientes o con los familiares de estos.

En un informativo de televisión, el padre de una joven que según sus palabras había superado una leucemia trataba de dar ánimos a los progenitores de niños con cáncer afirmando: “*El 70% de casos de cáncer infantil se acaban curando*”. Este tipo de situaciones presenta un problema para el informador, que debería preguntarse: si ha de dar pábulo a un dato estadístico impreciso -¿qué significa clínicamente el concepto cáncer infantil?- en boca de una persona que da a suponer estar informada pero no necesariamente autorizada para ofrecer con tanta rotundidad una referencia estadística. El enfermo o las personas más próximas a él aparecen habitualmente dando cuenta de su experiencia vital. Pero en las contadas ocasiones en las que se refieren a la enfermedad con apreciaciones no necesariamente fundamentadas, su testimonio debería ser contrastado por el informador con el parecer de los especialistas.

10 Si este problema resulta visible en la lectura de la prensa, las propias

características de los informativos de radio y televisión tienden a agudizarlo. La necesaria concisión obliga a resumir en muy pocas palabras temas noticiables en áreas de las que el público no tiene un conocimiento preciso en formatos tan breves que pueden suscitar confusión. La concisión propicia a menudo una mayor precisión en el mensaje informativo. Pero en ocasiones afecta negativamente al contenido que se pretende transmitir. Esto plantea una cuestión delicada para el ámbito mediático, siempre en concurrencia y competencia: el hecho de que no todos los medios de transmisión informativa (prensa escrita, radio, televisión e internet) resultan igualmente adecuados para brindar al público las mismas informaciones. La inmediatez de la radio, el poder de penetración de la televisión y el tiempo de reflexión que permite la elaboración de la prensa escrita no solo posibilita una cierta especialización informativa, sino que ésta resulta obligada. Tanto la fuente de la información como el informador que ha de

transmitir una determinada noticia han de ser conscientes en todo momento del espacio físico o temporal con que contarán para hacer llegar la información al público. Como en cualquier otro tema, el periodista ha de ser capaz de discernir si el texto de una noticia orillada por otros acontecimientos informativos al espacio de un breve en un tema tan delicado como el cáncer ha de mantenerse ahí o si su propio contenido ha quedado tan devaluado que es mejor no publicarlo. La radio cuenta con espacios más adecuados para tratar muchas de las noticias relativas al cáncer que sus espacios informativos horarios. Pero quizá sea en la televisión donde, dado su poder de penetración e influencia, temas tan delicados como el del cáncer encuentran más dificultades de ubicación, tanto en los propios informativos como en el resto de la programación. En este sentido, la importancia de los espacios divulgativos o, en todo caso, de los magazines resulta especialmente relevante.

INFORMACIÓN, CIENCIA E INCERTIDUMBRE

11 Toda información transmitida como noticia presupone la existencia de un grado alto de certeza. La información relata un acontecimiento u ofrece unas opiniones, en las que el sujeto, el verbo y el predicado han de aparecer nítidamente para que adquiera carácter de noticia, reportaje, etc. El público – el ser humano- demanda además certezas; incluso su predisposición es la de convertir en algo cierto aquello que pueda circular como mero rumor o elucubración. Por su parte, la medicina no es una ciencia exacta; no está en condiciones de ofrecer certezas, sino de aproximarse de forma probabilística al diagnóstico de lo que sucede y a la previsión de lo que pudiera ocurrir después. Ello resulta más evidente, si cabe, en la oncología. A la amplia parcela del saber científico que queda aún pendiente de explorar se le suma la gravedad del cáncer y su imagen apocalíptica en la población. Las certezas se demandan como necesidad humana especialmente cuando se está más lejos de ellas. En torno al cáncer las preguntas que se hace el informador –sobre todo el informador no especializado- reflejan las interrogantes que la enfermedad suscita entre sus afectados y entre el público en general. Por ejemplo, cuál será su evolución y qué tiempo de vida le resta al enfermo. Aunque también es verdad que en muy pocas ocasiones se reflejan de forma tan descarnada, esas preguntas se encuentran en el entrelineado de muchas informaciones. El problema se presenta cuando la obligación profesional del informador de ofrecer noticias ciertas al público termina retorciendo la

información probabilística o especulativa para convertir la hipótesis, la sintomatología aparente o el diagnóstico preliminar en una certeza categórica que, habitualmente, se ve realizada en los titulares. La dificultad de reflejar informativamente la tarea desarrollada por una ciencia no exacta obliga tanto al profesional de la oncología como al informador a reconocer cuál es la responsabilidad de cada uno. El oncólogo ha de saber que, como tendencia general, el informador tratará de convertir en certeza incluso aquello que él le transmita como conjetura. Dando por supuesto que las certezas de la oncología no son noticia sino evidencias suficientemente conocidas o verdades de sentido común, el periodista tenderá a escudriñar precisamente en todo lo que el investigador o el médico transmitan a título de ensayo, de línea de trabajo, de hipótesis de partida, etc. Esto no representa un juicio moral sobre la disposición del informador, sino la descripción desapasionada de lo que constituye uno de los fundamentos de su servicio a la sociedad: ofrecer certezas. De ahí que el oncólogo no pueda sacudirse su responsabilidad respecto a la transmisión de su parecer científico o médico en el caso de que deje en manos del informador la tarea imposible de catalogar por su grado de certidumbre las afirmaciones o comentarios que el oncólogo le transmita. Por su parte, el informador –sobre todo cuando es consciente de no estar especializado en el tema- está obligado a atender con detenimiento las informaciones que le aporta el oncólogo a través de una

entrevista personal, en una conferencia pública o en la redacción de un artículo científico para sopesar con responsabilidad si esas informaciones contienen la dosis suficiente de certeza como para convertirse en informaciones a publicar. El informador o los responsables del medio de que se trate deben estar siempre dispuestos a prescindir de la publicación de unas informaciones de carácter científico si consideran que no ofrecen suficientes certezas para convertirse en noticiables o, por expresarlo con otras palabras, si temen que su publicación pueda generar más confusión que información.

12 El tratamiento informativo de los avances científicos en el terreno de la salud, más que a generar desconfianza respecto a los intereses o voluntades de quienes ostentan el enorme poder de orientar las líneas de investigación y establecer sus tiempos, contribuye a inducir una enorme confianza en los logros de la investigación y en la obtención de nuevos fármacos. Como ha quedado indicado más arriba,

habitualmente las noticias negativas relacionadas con el cáncer –al margen de los obituarios- están relacionados con accidentes, crisis o, en todo caso, estadísticas. Por el contrario, las páginas de los periódicos y los informativos de radio y televisión se hacen continuamente eco de hallazgos científicos presentados como trascendentales. Posiblemente esta relación dada entre noticias negativas y positivas no pueda ni deba ser corregida por parte de los medios. Pero en la medida en que los informadores tienen la obligación de extender los valores de la razón, nada resulta menos razonable que la promoción de un clima de confianza ilimitada en la capacidad inmediata de la ciencia. Especialmente porque sus logros no sólo indican la posibilidad de soluciones a un plazo largo, sino porque la investigación más avanzada está suscitando problemáticas que el ser humano, el ser humano informado, tiene enormes dificultades para resolver desde el punto de vista ético.

CÓDIGO DEONTOLÓGICO

13 La analogía respecto a los códigos de conducta profesional, las pautas periodísticas generales y su propio sentido común son las referencias con que cuenta el informador para afrontar la tarea de transmitir noticias relativas al cáncer. Probablemente, de partida, no precise otras. Hasta ahora, quizá se haya considerado superfluo contemplar tanto en los códigos como en los libros de estilo o en los criterios explícitos de las redacciones lo referente a la salud y, en concreto, a las enfermedades más graves. Sin embargo, el progresivo envejecimiento de la población, los propios avances científicos y las nuevas inquietudes de orden social y ético no sólo están situando el tema de la salud y la enfermedad en un primerísimo plano del interés público, sino que además están obligando a un tratamiento cada vez más cuidadoso y especializado del mismo. Por otra parte, la propia experiencia de aquellos periodistas que han logrado forjar una apreciable trayectoria informando sobre estos temas y el debate suscitado en torno a la labor desarrollada por los defensores del lector o, en general, en la comunicación directa entre medios y público no solo permiten sino que invitan a explicitar poco a poco pautas para el tratamiento informativo de las enfermedades, sus terapias, o las perspectivas que abre la investigación. En la medida en que estas pautas sean incorporadas a los códigos profesionales o de empresa, el tratamiento informativo de la

enfermedad podrá sostenerse sobre bases compartidas en el oficio periodístico.

14 El *Código de ética y deontología médica* de la Organización Médica Colegial establece, en su artículo 10, las obligaciones informativas de dichos profesionales de la salud respecto a sus pacientes. Resulta de interés hacerse eco del mencionado artículo en sus distintos apartados:

“1.- Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y el médico debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que pueda comprenderla. Respetará la decisión del paciente de no ser informado y comunicará entonces los extremos oportunos al familiar o allegado que haya designado para tal fin.

2.- Un elemento esencial de la información debida al paciente es darle a conocer la identidad del médico que en cada momento le está atendiendo.

3.- El trabajo en equipo no impedirá que el paciente conozca cual es el médico responsable de la atención que se le presta y que será su interlocutor principal ante el equipo asistencial.

4.- Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo el médico le proporcionará información suficiente y ponderada a fin de obtener, preferentemente por escrito, el

consentimiento específico imprescindible

5.- *Si el enfermo no estuviese en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional”.*

En su artículo 14, el mismo Código expresa:

“El secreto médico es inherente al ejercicio de la profesión y se establece como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad ante terceros”.

El contenido de estas u otras citas deontológicas propias de la profesión médica constituye, en lo que afecta a la comunicación entre la medicina y la sociedad, una referencia ineludible para la profesión periodística. Los informadores no solo han de tener en cuenta cuáles son los fundamentos éticos y profesionales de aquellos oficios objeto de su tarea informativa. Especialmente la ausencia de un bagaje de pautas expresas para el tratamiento informativo de las enfermedades hace recomendable que los medios de comunicación asuman como propios los límites dentro de los cuales han de ejercer su profesión los médicos o, en su caso, los investigadores. Ello resulta especialmente relevante en casos como el del cáncer. Por poner un ejemplo, la obligación ética de los informadores no debería reducirse al respeto con que han de tratar el celo médico en la defensa de su secreto profesional. El secreto médico no es una cláusula que hayan de aplicar exclusivamente los profesionales de la salud. Porque el derecho del paciente a *“salvaguardar su intimidad ante terceros”*

para practicarlas.

compete preservarlo también al informador. Sin embargo, del seguimiento de los medios de comunicación se extraería la conclusión de que para los informadores ese derecho parece prescribir con el fallecimiento de una persona conocida, cuando su convalecencia entra en una fase límite, cuando se produce una recaída repentina o cuando el mal parece remitir. Es decir, se diría que cuando el enfermo se convierte en noticia la mención a su enfermedad aparece de forma más o menos vaga o diáfana. Basta repasar los obituarios o numerosos artículos de sociedad para percatarse de ello. Es posible que en algunas ocasiones sea el propio enfermo o, en su ausencia, la familia quienes den cuenta precisa del hecho de la enfermedad y de su naturaleza. Pero no sería aventurado pensar que en la generalidad de las ocasiones la mención expresa al cáncer como causa del óbito o como circunstancia que explica la situación que atraviesa una personalidad pública o popular es el resultado de una decisión que adopta el informador sin solicitar autorización alguna a quienes son depositarios del secreto médico. Ello es especialmente preocupante cuando la mención al cáncer no aporta ningún dato esencial que contribuya a informar mejor al público. En este punto, conviene reseñar que los informadores cuentan con pautas deontológicas análogas, como la establecida por el Código del Col.legi de Periodistes de Catalunya cuando consigna entre las obligaciones de la profesión:

“9.- Respetar el derecho de las personas a su propia intimidad e imagen, especialmente en casos o acontecimientos que generen situaciones de aflicción o dolor, evitando la intromisión gratuita y las especulaciones

innecesarias sobre sus sentimientos y circunstancias, especialmente cuando las personas afectadas lo expliciten”.

Pero el código deontológico de los médicos no sólo ha de servir de referencia para establecer los límites éticos de los informadores en torno al “secreto médico”. Los apartados citados del código de la Organización Médica Colegial pueden determinar perfectamente las bases profesionales sobre las que conviene tratar informativamente las enfermedades y, en concreto, el cáncer. El derecho a la información sobre su propia enfermedad de la que son titulares los diagnosticados de cáncer se convierte en una obligación directa de su médico, al tiempo que constituye también un punto de referencia para que el informador realice su trabajo, de tal suerte que siendo su tarea informar al público en general tenga siempre en cuenta que primordialmente ha de responder a las necesidades informativas de los afectados. La obligación médica de comunicarse con el paciente con delicadeza y con un mensaje que éste comprenda representa también un deber de primer orden para el informador. Incluso, entrando en un terreno más delicado, cuando el informador aborda la tarea de describir la sintomatología de la enfermedad y su desarrollo habitual, ha de tener en cuenta que esa información puede llegar a quienes, aun siendo más o menos conscientes de que padecen un mal grave, tratan de hacer, siquiera por momentos, uso de su derecho a no ser informados o a no serlo de forma minuciosa o descarnada.

Abundando en la cuestión, desde el punto de vista de las obligaciones que el médico contrae respecto a su comunicación con el

paciente, podríamos añadir que la información sobre el diagnóstico debería ser tan comprensible como concisa; que el médico ha de evaluar el impacto que el conocimiento de su situación genera en el paciente; que el paciente ha de ser informado de cuantas opciones terapéuticas se le brindan con sus efectos secundarios; que no conviene explicitar pronósticos que señalen o sugieran el tiempo de vida que resta al enfermo en los casos irreversibles, etc. Todas estas pautas pueden ser traducidas como criterios básicos para el tratamiento informativo del cáncer. La concisión en los textos informativos favorece a menudo su precisión y comprensión. Sería de todo punto conveniente que los medios de comunicación fueran capaces de evaluar el impacto que sus noticias producen en el público. Conviene que cada vez que el informador trate sobre una determinada terapia aplicable a un determinado tipo de cáncer acompañe dicha información con menciones precisas a otras terapias o alternativas con sus correspondientes efectos secundarios o la efectividad estimada de su respectiva aplicación. Como la mención genérica al tiempo de vida medio que permite cada tipo de cáncer debería ser tratado informativamente con un rigor y cuidado extremos.

15 Existe un aspecto importante y controvertido, en el que podrían colisionar derechos y deberes, cual es el de la identidad del médico. La pregunta sería la siguiente: ¿hasta qué punto el derecho que asiste al paciente para conocer en todo momento la identidad de la persona o personas responsables del diagnóstico de su enfermedad y de su tratamiento se convierte, cuando la enfermedad y el enfermo centran

el foco informativo, en un derecho transferible a la opinión pública? La identidad del médico aparece consignada como parte de la noticia generalmente en uno de estos tres supuestos: cuando se produce una imputación de error médico, cuando la relevancia pública del enfermo parece demandar la comparecencia del médico para informar sobre su estado de salud, cuando se produce un hecho noticiable de signo positivo o que alienta el optimismo. La aparición pública del médico para informar puntualmente sobre un hecho noticiable que requiera precisiones de rigor científico y profesional constituye no solo un elemento enormemente positivo en la aproximación de la oncología a la sociedad, sino que ha de constituir una situación que los informadores han de recabar en todo momento. Sin embargo, la revelación pública de la identidad de un profesional de la salud sin su consentimiento tan solo debería producirse en los casos en los que las evidencias de su responsabilidad en torno a un error de diagnóstico o tratamiento fuesen abrumadoras o estuviera incurso en una investigación interna dentro del servicio de salud y siempre que esa identidad no esté sujeta al secreto sumarial ordenado en un eventual procedimiento judicial. Los profesionales que se mueven en torno a la enfermedad, y especialmente aquellos que habitualmente han de actuar en las fronteras que separan la vida de la muerte, asumen una responsabilidad sin parangón en la generalidad de las demás profesiones. Pero precisamente por ello el daño causado por la transmisión pública de conjeturas, rumores o imputaciones infundadas puede comportar consecuencias irreversibles no solo para un profesional dado, sino también para la profesión en general e, indirectamente, para

ese mínimo de confianza con que los afectados por la enfermedad objeto de la noticia infundada han de acudir a la medicina.

16 La pública exposición del ejercicio de la profesión médica, con sus supuestos aciertos y errores, contribuye a desacralizar un oficio al que parecía exigírsele en nuestra sociedad una infalibilidad limitada únicamente por una voluntad divina adversa. La democratización y la transparencia que hoy envuelve al ejercicio de la medicina - incluso en una especialidad tan reservada como la oncología- comporta efectos ambivalentes, en la medida en que además de propiciar un mayor conocimiento general y una mayor participación de los afectados en las decisiones que más directamente les incumben, suscita también una cierta equiparación entre las distintas opiniones que puedan circular sobre cada tipo de cáncer, cada caso o cada terapia. Si la divulgación de la información que hace apenas unos años parecía vedada al público genera un caudal de conocimiento compartido y constituye un eficaz remedio contra la persistencia de supercherías respecto al cáncer, tanto el oncólogo como el informador han de ser conscientes de que en un panorama de apreciable transparencia el parecer científico puede recibir la réplica de cualquier opinión con apariencia de estar informada. Es ésta una situación que se presenta de forma habitual en los talk-shows televisivos. Pero su remisión a dicho género no exime de responsabilidad ni al oncólogo ni, mucho menos, al informador que pertenece teóricamente al mismo ámbito profesional de quienes determinan el contenido de los citados espacios de televisión.

17 Es cierto que al preservar el secreto médico y la intimidad y dignidad del enfermo se alimenta, de forma inevitable, el aura enigmática y fatal que rodea al cáncer. La obligada discreción trasluce o proyecta en muchas ocasiones una concepción de la enfermedad grave como tabú; un tratamiento público de la enfermedad que enlaza con la sublimación de lo desconocido y el oscurantismo. Con el transcurso del tiempo, la enfermedad padecida en primera persona está cada vez más presente en los medios de comunicación por decisión de los propios enfermos o de sus familiares. En la labor informativa de los periodistas y de los medios ha de estar presente su obligación respecto a la intimidad de las personas afectadas por tan grave enfermedad. Pero, asimismo, su tarea ha de encaminarse a ensanchar los espacios que la razón y la ciencia han de ocupar también frente a la ignorancia, el miedo infundado o el pudor coactivo desde el que en nuestra sociedad se da tantas veces la espalda a las evidencias de la enfermedad. La tarea informativa en ningún caso puede vulnerar los derechos del enfermo a preservar su intimidad y mantener fuera de los canales de transmisión pública su circunstancia personal. Pero el progreso, la salud y el bienestar seguirán dependiendo del conocimiento, de la abierta transmisión de experiencias personales por desgarradoras que éstas sean y de que la sociedad en general y los afectados en particular se enfrenten al mal sin ocultarlo. Se trata de un terreno siempre resbaladizo para la labor informativa. El equilibrio entre privacidad y transparencia es siempre difícil de lograr. Pero, además, la proyección pública de casos personalizados de cáncer puede alentar tanto la esperanza como la fatalidad. En este sentido el informador, que

está obligado a tratar con escrupuloso cuidado material informativo tan sensible, en ningún caso puede proceder a la poda de aquellos aspectos de la realidad que muestran su lado más doloroso para que trasciendan únicamente las noticias que induzcan optimismo y esperanza. La consideración que merecen los afectados ha de llevar al informador a cuidar al máximo las noticias que aporta al público; pero ese cuidado en ningún caso puede convertirse en una deliberada censura de aspectos ineludibles de la realidad. Uno de los tipos de cáncer que más espacio ocupan en los medios de comunicación es el cáncer de mama. No solo por su incidencia. Especialmente porque son las propias mujeres mastectomizadas las que se convierten en portavoces de las campañas de prevención y pronto diagnóstico y las que dan testimonio de la asunción de sus propios cuerpos tras la operación. Este tipo de cáncer está acompañado de connotaciones que difícilmente podrían propiciar la emulación de su exposición pública por parte de las personas afectadas por otros tipos de cáncer. Pero en cualquier caso constituye un ejemplo en el que los valores de la persona, su libertad, la razón y la ruptura de los tabúes ha alcanzado niveles más notables en los medios de comunicación. En otro orden de cosas, un breve reportaje aparecido en un periódico en febrero de 2001 bajo el título *“Las 24 últimas horas en la vida del enfermo de cáncer”* la informadora señalaba, entre otros extremos, que *“las personas que saben cómo será la agonía del ser querido afrontan con menos miedos su pérdida”*. Al abordar el tema de la muerte, aunque no fuera la muerte propia, el reportaje permitía volver la vista del lector hacia una realidad que en la sociedad actual parece eludirse con cierta

facilidad y, en su redacción, las menciones al cáncer evocan con toda su crudeza y proximidad las consecuencias últimas de las manifestaciones más graves de dicha enfermedad.

ONCÓLOGOS E INFORMADORES

18 La capacidad del informador especializado para ofrecer un producto veraz, riguroso y actualizado al público depende en buena medida de aquellas publicaciones profesionales o científicas que puedan aportarle un caudal constante de referencias y un contraste permanente entre ellas. En estos momentos muy pocas redacciones cuentan con equipos o profesionales que desempeñen su tarea en áreas tan específicas como las relacionadas con el cáncer. Por lo que para un periodista no especializado resulta dificultoso distinguir las fuentes fidedignas de aquellas que no lo son tanto, interpretar los datos precisos de una determinada información o tratar el tema del cáncer con el debido cuidado. Junto a la responsabilidad del informador respecto a un tratamiento informativo riguroso del cáncer resulta necesario contar con la implicación del periodismo más especializado. Depende de la conjunción entre el esfuerzo de la prensa generalista para aportar especialización y rigor a su tarea informativa y el esfuerzo que por su parte desarrollen las publicaciones y webs especializadas para ofrecer contenidos más asequibles a los propios informadores. En ocasiones el periodista –más o menos especializado– descubre la publicación de un artículo en alguna revista profesional o científica y decide trasladar su contenido a la prensa generalista. Es en ese tránsito donde lo que podía ser objeto de la lectura crítica de los

especialistas pasa a manos de un público más acrítico, mucho menos informado y proclive a admitir como verdad absoluta aquello que en el marco de una revista especializada se admite como una aportación sujeta a prueba o discusión.

19 Especial relevancia reviste el tratamiento de aquellos hechos informativos que pueden suscitar alarma o preocupación, relacionados generalmente con accidentes o catástrofes. Durante el período comprendido entre 2001 y 2002, dos acontecimientos han acaparado la atención informativa tanto en España como fuera de aquí: las posibles secuelas del uso de uranio enriquecido en proyectiles lanzados en los Balcanes y los supuestos efectos cancerígenos de las antenas para telefonía móvil con su incidencia directa en los núcleos urbanos. De la lectura y seguimiento de las informaciones aparecidas en relación a estos dos temas cabría extraer algunas conclusiones de carácter general. En primer lugar, cabe destacar que el tratamiento informativo de ambos describe en prácticamente todos los medios analizados una secuencia que comienza por unas primeras noticias que en ocasiones adquieren los visos del rumor o, cuando menos, de la casualidad; a esta primera etapa le sigue una segunda de una información más precisa y contrastada; todo desemboca –antes o después, según los medios– en un declinar informativo que

subraya el hecho de que, uno más que otro, ambos temas han quedado inconclusos. El público no sabría precisar hoy qué es lo que en realidad ocurrió. Baste recordar el caso del colegio de Valladolid entre cuyos alumnos se había dado un número de casos de cáncer manifiestamente superior al que ofrecían las estadísticas para el conjunto de la población de esa edad. En aquel caso, al descartarse la incidencia de las antenas instaladas en sus cercanías como factor cancerígeno, las autoridades sanitarias se dispusieron a abrir una investigación sobre aquellos otros factores que en el entorno del centro escolar pudieran ser considerados como potencialmente cancerígenos.

Sin duda, la concurrencia de medios enfocando hacia el mismo tema, la existencia de informaciones fragmentarias o de opacidad en sectores interesados, la conversión de las evidencias en pruebas por parte de afectados directos o potenciales, la discreción y cautela de la comunidad científica y la progresiva pérdida del propio interés informativo que en cada momento tiende a desplazarse hacia aquellos acontecimientos más novedosos e impactantes permiten ofrecer un cuadro bastante completo de lo que tan a menudo lastra la obligación de los informadores o dificulta su tarea. A menor escala, algo semejante se produce cada vez que los medios de comunicación se hacen eco de alguna denuncia en torno a la supuesta incidencia de un determinado producto, del ejercicio de una determinada profesión o de las condiciones de trabajo en una empresa dada en la aparición de casos de cáncer. La secuencia descrita más arriba resulta similar en muchos de estos casos puntuales. De tal suerte que el tratamiento informativo de

muchos de esos hechos termina sin conclusión definitiva. Bien porque los indicios no son demostrables desde el punto de vista de la ciencia. Bien porque se haya producido una denuncia sin fundamento e irresponsable. Bien porque los medios de comunicación no supieron contrastar desde el primer momento las informaciones que les llegaban.

Aun asumiendo los límites que afectan a su labor, los informadores –profesionales o medios- no pueden sacudirse la responsabilidad de “cerrar”, siquiera provisionalmente o aportando alguna conclusión, sus informaciones o series informativas. El recurso de desplazar el foco informativo orillando materias tan sensibles constituye siempre una muestra de irresponsabilidad. En muchos casos el informador, atraído por un determinado hecho de apariencia real, debido habitualmente a una denuncia de parte, redacta una información. Esa es su obligación. Pero no lo es proceder sin contraste alguno o descuidar su tarea hasta el punto de que el propio texto informativo presente o sugiera como reales suposiciones, casualidades o especulaciones. También en estos casos se detectan diferencias más o menos notables entre el titular que encabeza la noticia y el contenido del texto que desarrolla la información. El informador ha de ser siempre consciente de que aquello que es percibido como real por el público conforma siempre una realidad; de que una información en torno a una crisis o un accidente que supuestamente pueda tener consecuencias en la salud de los ciudadanos constituye uno de los materiales más delicados que puede manejar un medio de comunicación. El afán

por contar con una primicia informativa no puede llevar, sin más, al informador a hacer pública la revelación privada de algo que pudiera resultar una denuncia; toda denuncia publicada requiere que alguien asuma la responsabilidad de hacerla pública y que el informador se refiera a ese alguien para sostener la noticia y, en su caso, limitar su alcance.

20 En muchas ocasiones, el informador se enfrenta con problemas ante los cuales la propia ciencia parece no haber logrado ofrecer respuestas inequívocas o con situaciones que, también al parecer, no han podido ser evaluadas de forma empírica. Entre estas, cabe destacar por su profusa presencia en los medios durante los dos últimos años las menciones al uso de los teléfonos móviles como posible factor de riesgo. Tanto los programas de actuación de los sistemas públicos de salud como los programas de investigación básica o desarrollo de fármacos en campos como la oncología responden a criterios y prioridades no siempre diáfanos u objetivables. De ahí que en muchas ocasiones, cuando el informador se encuentra sin respuestas por parte de la investigación más avanzada o de la ciencia médica, se produce un vacío que suscita interpretaciones encontradas e incluso desconfianza respecto a los pasos que se dan en la investigación y la búsqueda de nuevos medicamentos o a la hora de descubrir la verdad que subyace a la aparición de noticias más o menos inquietantes. Es obligación de los científicos evitar, en la medida de lo posible, que surja ese vacío en cuanto a las respuestas que las preguntas hechas públicamente requieren siempre. Cuando menos es su obligación explicitar el porqué de ese vacío de forma

razonada y comprensible. Mientras tanto la labor periodística debería describir la situación con el máximo detalle, debería consignar cuáles son las preguntas y cuáles de ellas carecen de respuestas explícitas por parte de los científicos, de las instituciones o de las empresas. En ocasiones esta tarea es abordada de forma abrupta o, en otras, da la sensación de que, llegado a un punto, el informador ha optado por el silencio y desiste de continuar desarrollando un determinado tema. Probablemente ello se debe tanto a una deliberada dejación de una responsabilidad contraída al principio, cuando la noticia resulta ineludible por caliente. Pero también refleja las carencias de especialización en la profesión. Ello se hace especialmente evidente cuando el informador se encuentra con dos o más opiniones distintas o abiertamente enfrentadas entre los científicos y opta por reproducir esos pareceres como si la verdad científica pudiera extraerse del juego democrático propio para dirimir los pareceres en cualquier otro orden de la vida social.

Es habitual ver que las informaciones periodísticas se presentan avaladas por la opinión de un profesional de la salud o de un investigador cuya solvencia no se garantiza expresamente ante el público con referencias precisas a su trayectoria profesional. Sería conveniente que siempre que una información esté sostenida en la opinión de uno o varios especialistas, se haga constar brevemente su currículo. Más preocupante resulta la abusiva mención a “la opinión de los expertos” como referencia de autoridad sin que el informador identifique a los mismos. En algunas ocasiones la mención a “la opinión de los expertos” responde a la existencia de un amplio consenso médico o

científico. Éste sería el único caso que puede justificar semejante imprecisión. Pero en otras ocasiones tal mención revela una suposición no suficientemente fundada o la publicación de una información contrastada superficialmente.

En este punto, el rigor y la veracidad informativa requieren de un ejercicio responsable de su oficio por parte de los informadores. Pero, asimismo, apela a la responsabilidad de los investigadores y médicos oncólogos a la hora de comunicar sus hallazgos o pareceres a la opinión pública teniendo en cuenta que sus intermediarios –los profesionales de la comunicación- no cuentan siempre con la especialización necesaria para discernir o traducir a términos inequívocos y fieles con la versión dada por la fuente informativa el mensaje de los investigadores y oncólogos.

21 En los casos en los que el informador procede a contrastar el contenido de una determinada noticia o indicio con un especialista, a menudo opta por un profesional que conoce de forma casual, por indicaciones de otros compañeros de profesión o porque dicho profesional se haya prodigado en sus apariciones públicas. Tanto las asociaciones de oncólogos, los servicios hospitalarios como las cátedras de la especialidad aparecen de forma muy esporádica como informadores de contraste de aquellas noticias que circulan en torno al cáncer. Ésta es una cuestión compleja, puesto que no sólo sería imposible contar con una única voz y con una única opinión oncológica colegiada cada vez que el informador precisa alguna aclaración o contraste de informaciones, sino que semejante pretensión alteraría los propios

principios sobre los que ha de desarrollarse la investigación y perjudicaría al necesario flujo de pareceres que la oncología precisa. Pero sería conveniente que, a través de los institutos de investigación, las cátedras, los servicios hospitalarios y especialmente las sociedades científicas la profesión oncológica ofreciera a los medios de comunicación versiones lo más consensuadas y contrastadas posible entre los propios oncólogos. Resulta especialmente significativo que tanto las publicaciones y conclusiones de las sociedades oncológicas como los planes institucionales en el área no contemplan siquiera brevemente las necesidades y obligaciones que el tratamiento informativo del cáncer comporta para los profesionales y para el sistema de salud pública. Los oncólogos han de ser conscientes que todo avance en la divulgación pública de cuanto concierne a su profesión no solo constituye un bien general para la sociedad, sino que favorece la comunicación que los médicos deben mantener con sus pacientes en tanto que estos sean partícipes de una cultura de salud mejor informada.

22 El informador tiende a aproximarse a la profesión oncológica -a la investigación, al desarrollo de fármacos y al tratamiento del cáncer- con no pocas profesiones debido fundamentalmente a dos factores. En primer lugar, al hecho de que el oncólogo representa uno de los oficios que por la complejidad de su ciencia permanece menos al alcance del conocimiento general y del conocimiento del propio informador. En segundo lugar, porque junto a esa inaccesibilidad objetiva el informador sabe que existen intereses de orden económico e incluso político que determinan el curso de

los acontecimiento más allá de los intereses de la ciencia o de la salud, y cuya discusión resulta también difícil. Esta doble barrera constituye, a la vez, un acicate y un argumento disuasorio para la actuación del informador. El primero de los factores de inaccesibilidad requieren una disposición más abierta por parte de la profesión, atenta a los riesgos que supone la divulgación en áreas tan complejas y tan sensibles, pero dispuesta a atender –como obligación y como necesidad propia- los requerimientos de los medios de comunicación. El segundo factor de inaccesibilidad constituye un ámbito más difícil de afrontar. En ocasiones, el informador se deja llevar por un prejuicio inexplicable que el propio ejercicio de su oficio debería ayudarle a disipar. La veladas

menciones a intereses de institutos de investigación o laboratorios que en ocasiones aparecen tanto en la prensa escrita como en programas de radio y televisión requieren en todo momento una descripción más precisa que contribuya a informar sin generar infundios. El informador no puede convertirse en un ser ingenuo que considere que las decisiones de la oncología responden siempre al interés colectivo o a los desafíos que el cáncer plantea a la sociedad. Pero la propia existencia de prioridades en el marco de las acciones públicas o en el desarrollo de los proyectos empresariales, por discutibles que en cada caso sean estas, no puede dar lugar a mensajes prejuicios o sin fundamento.

VISIBILIDAD Y TRANSPARENCIA

23 La televisión y, en menor medida, el periodismo gráfico penetra en el problema del cáncer haciéndolo visible. Por una parte, las imágenes que muestran el movimiento celular o las metástasis llegan al gran público ofreciendo a personas que no cuentan con especiales conocimientos sobre la materia una cierta idea sobre la naturaleza de la enfermedad. Probablemente ésta es una de las aportaciones más racionalizadoras de la cuestión. La imagen del movimiento celular brinda una aproximación, siquiera intuitiva, al propio origen de la vida, de los seres vivos, del cuerpo humano. Esa accidental y aleatoria anomalía en la armonía celular llamado cáncer no se despoja del todo de su halo de fatalidad porque a través de imágenes microscópicas o de diagramas de representación el público pueda visualizarlo. Pero se vuelve algo más palpable aunque, al mismo tiempo, adquiera toda una apariencia de levedad: como si la visión de esas formas tan nimias volviera más incomprensible la gravedad del cáncer. También probablemente es esa la racionalidad a la que los seres humanos pueden aspirar en la comprensión de los males físicos que les aquejan: una racionalidad no exenta de paradojas.

Pero la visibilidad del cáncer ofrece otra dimensión: la visibilidad del enfermo. En nuestra vida cotidiana convivimos o nos encontramos con personas que por su aspecto externo reconocemos como enfermos de cáncer. Bien sea por la pérdida de cabello, bien en el caso de los laringectomizados, en ocasiones el cáncer se refleja en los enfermos. Ello implica un peso añadido para el enfermo, e incluso puede representar un estigma difícil de sobrellevar cuando el tratamiento del cáncer afecta al aspecto externo de niños o jóvenes. La visibilidad del cáncer a través de los medios de comunicación cuando estos nos muestran a los enfermos con esa misma apariencia exterior que identificamos en la vida ordinaria contribuye a la normalidad.

La visibilidad de determinados tipos de cáncer en el aspecto de las personas que los padecen en ocasiones parece constituir un atractivo para los medios de comunicación rayano con lo morboso. La presencia de niños o laringectomizados es superior a otros casos probablemente porque resultan más visibles o impactantes. También es éste el caso de las mujeres masectomizadas y de las campañas de prevención del cáncer de mama. La imagen de una mujer sometándose a una mamografía constituye uno de los recursos más insistentes en las televisiones. El hecho de que los efectos de esta imagen reiterada sean positivos como llamada eficaz a la prevención no significa que los informadores y editores renuncien a preguntarse por la razón de ese recurso constante a la misma imagen.

24 Requieren una mención específica aquellos trabajos periodísticos o secciones que, deliberadamente, tienen como objetivo la promoción de la salud, la prevención a través de la propuesta de hábitos sanos de vida, el diagnóstico precoz, etc. Es lo que, de forma genérica, podríamos denominar “periodismo de servicio”, y que bien en forma de apartados o espacios

específicos, bien en columnas informativas o en la propia redacción de las noticias trata de ir más allá de los mínimos informativos para aportar al público conocimiento y recomendaciones que contribuyan a la satisfacción de sus necesidades y a la mejora de su bienestar. Es en este terreno donde el tratamiento informativo del cáncer resulta más cuidadoso, riguroso e incluso didáctico. En él ocupa un lugar especialmente destacado la información referente a la alimentación, y en concreto las menciones a aquellos alimentos que pueden prevenir la aparición de uno u otro tipo de cáncer. De igual forma, en los últimos años se ha podido percibir –especialmente en torno a los meses de verano- una amplia presencia de artículos y reportajes que hacen mencionado a los riesgos inherentes a la exposición de la piel a la acción de los rayos solares. Ahora bien, en ambos casos puede echarse en falta una mayor precisión en las informaciones. En el caso de los alimentos, en ocasiones, las recomendaciones de ingesta de determinados productos confieren poco menos que propiedades demiúrgicas a los mismos, como si su mero consumo –sin especificar las cantidades periódicas idóneas o aspectos relativos a su valor nutritivo- fuera suficiente para asegurar una larga y sana vida a sus consumidores. Por su parte, parece evidente que las recomendaciones de cuidado de la piel se contradicen abiertamente en los medios de comunicación con la sublimación que en sus páginas o imágenes se sigue realizando -bien en reportajes periodísticos o en anuncios publicitarios- de los cuerpos bronceados. El tremendismo que expresan muchos titulares en las páginas dedicadas a la salud contrasta con el hecho de que el bronceado como cualidad de belleza no recibe un solo apunte crítico en otras páginas. Algunos espacios o artículos que podríamos calificar de “periodismo de servicio” ofrecen –como lo hacen con otras enfermedades- descripciones de distintos tipos de cáncer e incluso cuadros ofreciendo la secuencia de síntomas que podría favorecer su pronto diagnóstico. Por lo general se trata de una información de interés que, también por lo general, tiene como fuente el parecer bien informado de un especialista. Pero en ocasiones tanto las descripciones generales como la descripción de los síntomas parecen demasiado poco específicos y pudieran suscitar confusión en un público en el que la sugestión ante los riesgos de enfermedad está siempre presente. La divulgación más amplia posible de pautas de conducta y recomendaciones básicas para prevenir o diagnosticar a tiempo el cáncer no exime a los informadores de tratar de añadir precisiones a esos consejos para ampliar la información en manos del público. No fumar, moderar la ingesta de alcohol, no tomar demasiado el sol, respetar las prescripciones en el manejo de productos potencialmente cancerígenos, consumir fruta, verdura y cereales ricos en fibra, reducir el consumo de grasas, acudir al médico ante la modificaciones en las manchas de la piel y en caso de determinados síntomas de malestar aparentemente inexplicable, y el consejo tan reiterado de la necesidad de exploraciones periódicas en el caso de las mujeres, constituyen las indicaciones que aparecen una y otra vez en los medios, pero que requieren tanta insistencia como precisión en su significado e importancia. Baste como ejemplo que un estudio realizado por un equipo de la Universidad de La Rioja llegó en 2001 a la conclusión de que resulta más efectivo informar de los riesgos exactos derivados del tabaco que mencionarlos de forma genérica aunque insistente. Por otra parte, los propios oncólogos reconocen que la relación entre la dieta y el cáncer no está suficientemente delimitada. De ahí que determinadas recomendaciones de consumo o abstinencia tienden a aparecer como auténticos seguros de vida, más que como hábitos de prevención cuya eficacia nunca depende únicamente de sí mismos.

En cuanto al riesgo sobre la salud de la ingesta de alimentos modificados genéticamente, parece evidente que en tanto la ciencia no expresa un parecer tajante, los medios de comunicación tienden a tratar la cuestión de forma inevitablemente vaga, exponiendo distintas posiciones o induciendo la aprehensión o la prevención que siempre suscita lo desconocido. Sin embargo - también por lo general- se echa en falta una información complementaria que ofrezca referencias sobre la presencia concreta de esos productos genéticamente modificados en nuestro entorno, su uso habitual, etc.

Dentro de este capítulo dedicado al “periodismo de servicio” cabe mencionar como ejemplo recomendable la información adjunta que acompañaba a una noticia relacionada con el cáncer de próstata, publicada por un diario en julio de 2002, y que sucintamente respondía, bajo el título de “*Dudas frecuentes*”, a estas cinco preguntas: ¿A cuántas personas afecta? ¿Quién lo padece? ¿Cómo se detecta? ¿Qué tratamientos hay? ¿Es grave? Quizá ni las preguntas ni las respuestas que dicha información aportaba fuesen las más precisas; pero sin duda es en el ámbito del “periodismo de servicio” donde el encuentro entre oncólogos e informadores resulta más necesaria y también más fácil.

Dentro de este capítulo conviene resaltar las posibilidades que ofrece internet para la conversión directa de los oncólogos en informadores y para compatibilizar dentro de un mismo dominio la divulgación de los avances científicos con la relación directa con cuantas personas se ven afectadas por la enfermedad. La experiencia desarrollada por el portal www.fefoc.org representa un modelo estimulante en la que el “periodismo de servicio” podría inspirarse para desarrollar precisamente las posibilidades que las ediciones digitales de los periódicos ofrecen para establecer un contacto permanente con el público.

25 Al inicio del presente informe se daba cuenta del indiscutible dato de que en los últimos años el número de informaciones disponibles por el gran público respecto a temas relacionados con la enfermedad y la salud y, en concreto, con el cáncer ha experimentado un apreciable crecimiento. Ello no necesariamente resulta bueno o conveniente. Por un lado, porque paralelamente las redacciones no están incorporando criterios de especialización periodística que permitan acompasar el aumento de la cantidad con una mejora acorde en cuanto a la calidad de las informaciones ofertadas. Pero además porque es probable que el aumento del número de informaciones que circulan diariamente en torno al cáncer genere en la opinión pública un cierto efecto anestésico. El público recibe mensajes inequívocos como los referidos al riesgo cierto que el consumo de tabaco supone como factor cancerígeno. Pero también recibe informaciones que resultan contradictorias, que apuntan a la existencia de peligros al tiempo que los minimizan. Esta acumulación desordenada de noticias dificulta enormemente la eficacia de determinadas campañas de sensibilización que, con mensajes institucionalizados, son a menuda incapaces de penetrar en el ruido ambiente hasta hacerse oír. La reciente noticia de la aparición en el mercado de un pantalón con un bolsillo capaz de aislar el teléfono móvil para que su radiación no afecte a la salud de su usuario constituye un buen ejemplo de la confusión reinante. Porque dicha información sugiere claramente que el uso de teléfono móvil y su mero porte implican un riesgo directo para la salud, mientras los mismos medios que se han hecho eco de la aparición de tan peculiar bolsillo

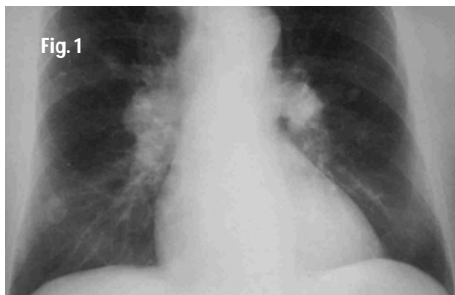
han informado durante meses e incluso años sobre la inexistencia de estudios fiables que pudieran llevar a la consideración de los teléfonos móviles como factores tumorales. La cantidad de informaciones relacionadas con el cáncer no solo puede inducir una merma más o menos seria en la calidad de las mismas, sino que produce un efecto acumulativo propicio a la contradicción y a la confusión informativas.

REGRESIÓN ESPONTÁNEA DE METASTASIS PULMONARES DE ADENOCARCINOMA RENAL. RELACIÓN CON LOS FACTORES PRONÓSTICOS DESCRITOS EN LA LITERATURA.

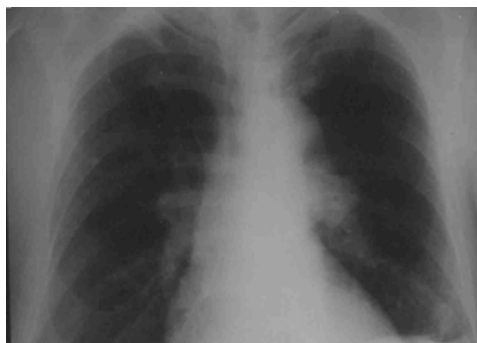
J. Valdivia Bautista, C. Martínez Ballesteros *, J. A. Ortega Domínguez, M. Chaves Conde, E. González Flores, P. J. Ballesteros, J. Belón Carrión. Servicio de Oncología Médica. S Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.
Correspondencia: javaldi@yahoo.com

CASO CLÍNICO

Varón de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial sin repercusión sistémica y fumador de 1 paquete al día que consulta en nuestro centro en Junio de 1994 por un cuadro de hematuria macroscópica sin otra sintomatología acompañante. Es diagnosticado, mediante ecografía abdominal y urografía, de masa en polo superior de riñón izquierdo de 5,9 por 6,2 cm junto a tumoración paraaórtica de 2 cm siendo la radiología simple de tórax normal. Ante la sospecha de neoplasia renal se le practica nefrectomía radical y linfadenectomía paraaórtica mediante laparotomía subcostal izquierda, con el diagnóstico patológico de adenocarcinoma renal de celularidad mixta con patrón de crecimiento sólido y grado histológico 3. El tumor mide 9 centímetros en su diámetro mayor extendiéndose hasta la grasa perirrenal sin invasión de la fascia de Gerota y con ausencia de trombos tumorales. Una de las adenopatías aisladas se encuentra invadida por elementos tumorales y tiene un tamaño de 5 centímetros. Al tratarse de un estadio III (pT3a pN1 M0) es incluido en un protocolo de tratamiento



adyuvante, vigente en nuestro Centro en ese momento, con Vinblastina 0.2 mg/Kg día 1 cada 21 días junto con Interferón alfa 3.000.000 UI tres días en semana completando entre Agosto y Noviembre 6 ciclos del citado esquema sin demoras ni reducciones, manteniendo el interferón alfa hasta completar 12 meses de tratamiento. Tras un intervalo libre de enfermedad de 10 meses se detecta en radiología simple de tórax adenopatías hiliares bilaterales y 3 nódulos pulmonares de tamaño inferior al centímetro, situados en lóbulo superior derecho, superior izquierdo e inferior izquierdo (Figura 1) y en TAC abdominal una masa suprarrenal derecha con 2,1 cm de eje mayor, con densidad de partes blandas y que capta contraste. Se decide mantener una actitud expectante dada la ausencia de síntomas. Tras un intervalo libre de progresión de 17 meses se objetiva crecimiento de la masa suprarrenal con aparición de masas renales derechas y pancreáticas no sintomáticas y estabilización a nivel pulmonar por lo que se mantiene la actitud expectante. En la actualidad, el paciente persiste sin síntomas con estabilización de las lesiones abdominales y regresión de las imágenes pulmonares hiliares (Foto 2).



DISCUSIÓN

Se considera remisión espontánea la desaparición parcial o completa del tumor primitivo o sus metástasis en ausencia de tratamiento o con tratamiento inadecuado. Aunque este fenómeno está bien documentado su incidencia es difícil de estimar ya que no en todos

los casos existe confirmación histopatológica de las metástasis o se trata en realidad de respuestas tardías al tratamiento empleado.

El cáncer renal presenta con frecuencia remisiones espontáneas, cuya duración es variable. Como en nuestro caso, ocurren habitualmente en pulmón. Se desconoce su fisiopatología, aunque en su etiología se han involucrado factores hormonales e inmunes (Tabla 1). Los factores pronósticos clínicos y patológicos actuales son incapaces de predecir este fenómeno mostrándose insuficientes para determinar la historia natural de estos tumores. Los factores pronósticos más estudiados del cáncer renal son el tamaño tumoral, la afectación ganglionar, la existencia de metástasis, la presencia de trombos intravasculares, el subtipo y grado histológico y el tipo de tratamiento empleado. El subtipo histológico más frecuente es el de células claras, seguido del papilar y otros más raros como el transicional, linfoma y sarcoma. El cáncer renal de tipo sarcomatoide, de peor pronóstico, se asocia a una sobreexpresión de p53. Skinner y Fuhrman definieron el grado histológico basándose en la prominencia de los nucleolos y su forma irregular. Muchos autores coinciden en que los tumores bien diferenciados con enfermedad metastásica consiguen supervivencias prolongadas.

En los estudios analizados, no existen diferencias entre la determinación radiológica o patológica del tamaño tumoral. Se admite que a partir de 10 cm tiene peor pronóstico. El tamaño se asocia con la afectación ganglionar, invasión vascular y aparición de metástasis. El cáncer renal derecho drena en los ganglios interaortocavos y retrocavos y el izquierdo en los paraaórticos. La linfadenectomía puede mejorar el pronóstico e incluso ser curativa en la enfermedad localizada. La localización y accesibilidad ganglionar son determinantes a la hora de planear la cirugía. Para algunos autores el tamaño mayor de 5 cm implica mal pronóstico.

Las metástasis pulmonares se caracterizan por tener mejor pronóstico que las extrapulmonares (ósea, hepática y cerebral) dada la posibilidad de diagnóstico precoz, menor compromiso de parénquima sano y menor agresividad biológica. La existencia de más de una localización metastásica y un intervalo libre de enfermedad inferior a 24 meses se asocian a peor pronóstico.

Parecería lógico pensar que la existencia de enfermedad micro o macroscópica vascular deterioraría el pronóstico del cáncer renal por el paso al torrente circulatorio de células tumorales, sin embargo, los estudios al respecto son contradictorios. Se han comunicado largas supervivencias tras trombectomía en pacientes con invasión vascular sin enfermedad diseminada.

La nefrectomía radical se considera la técnica quirúrgica estándar, aunque no existe un ensayo clínico aleatorizado que sustente esta afirmación. La cirugía de las metástasis es un tratamiento razonable en pacientes menores de 60 años, con metástasis pulmonares únicas y cuando el intervalo libre de enfermedad es superior a los 12 meses. No existen estudios sobre el beneficio de la resección quirúrgica de metástasis tras quimioterapia, inmunoterapia ó remisiones espontáneas.

El papel de la quimioterapia en cáncer renal metastásico, se encuentra en estudio. La inmunoterapia presenta mejores tasas de supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global cuando se compara con controles históricos en pacientes con factores pronósticos favorables.

La remisión espontánea continua siendo motivo de estudio. Su aparición no es infrecuente y está bien documentada en el cáncer renal metastásico. Los factores pronósticos clínicos y biológicos actuales son insuficientes para predecir su aparición. En nuestro caso se entremezclan factores pronósticos adversos y favorables: afectación ganglionar de 5 centímetros, afectación extrapulmonar, intervalo libre de enfermedad de 10 meses, grado histológico alto, tamaño de 9 centímetros, ausencia de trombos

vasculares y tratamiento quirúrgico adecuado. Se han intentado definir nuevos factores pronósticos más precisos en cáncer renal que nos permitan conocer la historia natural de estos tumores para el empleo adecuado de los tratamientos de los que disponemos en la actualidad pero la estadificación TNM continúa siendo fundamental en los estudios de supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brian I, Rini and Nicholas J. Voegelzang. Prognostic Factors in Renal Carcinoma. *Seminars in Oncology*, Vol 27, No 2 (April), 2000; pp 213-220.
2. Stuart E. Katz and Hanz E Schapira. Spontaneous regression of genitourinary cancer- an update. *The Journal of Urology*. Vol 128, July 1982.
3. Sheila D. Davis, June H. Kouizumi, W Reid Pitts. Spontaneous regression of pulmonary metastases from renal cell carcinoma. *Urology*, February 1989, Volume XXXIII, number

Zona de Exploración

Un Servicio para n@vegantes de salón

Patente de Corso

Eufemismo usado en las guerras del XVI al XIX, se refiere a que se permitía ejercer la piratería a honestos empresarios siempre que atacaran a enemigos y neutrales, y que dejaran un porcentaje a las arcas gubernamentales. (vamos, casi igual que ahora). Algo similar ocurre en Internet con la venta a distancia de todo tipo de productos farmacéuticos, algunos de potencial peligro sin asesoramiento médico. En Oncología, con unos pacientes especialmente sensibles, empieza a notarse la tentación de usar “remedios milagro”. Es preciso un control riguroso de las autoridades sanitarias y sobre todo, que vuelva la tradicional confianza en el médico.

Todo sobre juegos: PC, Play,
demos, trucos, etc en
<http://www.gamespy.com/>

La Guía en Internet: Todos los
números de teléfono en:
<http://www.guiatelefonica.com>

¿Cuándo fue el último terremoto?
Vaya a:

<http://neis.usgs.gov/neis/current/europe.html>

y se sorprenderá de cuantos hay

Portal recomendado: Sin duda, Medscape ofrece una información actualizada y relevante en oncología y otras disciplinas médicas que hace que destaquemos su página: <http://www.medscape.com/> Debe registrarse, pero es gratis.

Datos: En ocasiones se precisan datos estadísticos de población o actividad, para elaborar una memoria, aportar bibliografía, etc.

El I. de Estadística de Andalucía está en: <http://www.iea.junta-andalucia.es/>. Si deseamos una consulta al I. Nacional de Estadística: <http://www.ine.es/>

Sea solidario. Con un “clic” alivie el hambre. No deje de ir a: www.tehungersite.com

Viaje al espacio. En la página de la NASA, claro: <http://www.nasa.gov/>

Ocultismo: ¿ Estás preocupado por el futuro?. Se lo resolverán (eso dicen) en <http://www.astroworld.de/esp/>. La conocida revista *Mundo Misterioso* tiene su página en <http://www.mundomisterioso.com/>. Desde aquí hay enlaces a muchos sitios.

Todo sobre coches, con lista de radares, incluido: lo encontrará en <http://www.autocity.com>

¿Podría incluir un paciente en un ensayo?. Lo puede saber en <http://www.clinicaltrials.gov>

¡ Como ya se sabe, hay para todos los gustos en la Red de Redes ¡



Fumar Mata

NOTICIAS

<p>ONCOLOGIA EN LA COMUNIDAD</p>  <p>Actividades en Andalucía: En febrero, se celebró una nueva edición de las <i>Jornadas Invernales de Sierra Nevada</i>. (ver en este número)</p> <p>El proximo Congreso de la Sociedad Andaluza de Cancerología se celebrará en Carmona (Sevilla) posiblemente en Octubre, el tema elegido es: "Avances en Oncología" Coincidiendo con el Congreso se celebrarán elecciones parciales a la Junta Directiva. En Diciembre se prepara un nuevo Curso para Residentes de Oncología. Lugar: Granada</p>	<p>Becas y Ayudas:</p> <p>Becas FISS: Los modelos de petición pueden obtenerse por Internet, en la pagina del <i>Instituto Carlos III</i>. (http://www.isciii.es/)</p> <p>Programa Sócrates/Erasmus: http://europa.eu.int/comm/education/erasmus.html</p> <p>Un "Master" para todas las disciplinas: http://www.tumaster.com/</p> <p>Trabajo en Gran Bretaña: www.jenrickmedical.co.uk</p> <p>Pensamientos:</p>  <p>"El hombre está dispuesto incluso a sufrir a condición de que este sufrimiento tenga un sentido". (Victor Frankl) "Más puede negar un asno que probar un filósofo." (Adagio Escolástico) "Cuando una batalla está perdida, sólo los que han huido pueden combatir en otra." (Demóstenes)</p>
<p>Correo del Lector: Invitamos de nuevo a escribir a todos aquellos que quieran comentar algo sobre los temas aparecidos en <i>Archivos</i>.</p> <p>Current Opinion in Oncology: Esta conocida publicación se distribuye gratis "on line" en http://www.co-oncology.com/</p>	<p>Holland & Frei ¡Gratis! En la dirección http://www.hollandandfrei.com/ tiene acceso gratis a este prestigioso texto.</p> <p>24 Conferencia de San Antonio: Medscape ofrece un resumen muy completo en su página de CME: http://www.medscape.com/viewprogram/116</p>

Archivos A. de Cancerología. - Normas de Publicación

Se prefieren originales en formato electrónico, preferiblemente Word (extensión .doc) Se aceptan otros formatos compatibles, aunque es mejor consultar. Se recomienda enviar también una copia en papel. La extensión de cada artículo no debe ser superior a 5 páginas a doble espacio con tipo de letra a 11 o 12 puntos, excluyendo tablas y gráficos, que se adjuntarán en un archivo distinto, en formato asimismo compatible. Todos los discos o manuscritos deben ir debidamente identificados. Se enviarán preferentemente por correo electrónico al Redactor-Jefe (*breton@redcsa.com*) o a cualquier miembro del Equipo de Redacción. Se efectuará acuse de recibo de los mismos.

Es aconsejable atenerse a las normas usuales de publicación en Medicina, aunque se admite cualquier otra que sea habitual en otras disciplinas, con la excepción de que la bibliografía se citará siempre al final del artículo.

Los originales y revisiones pueden incluir un resumen inicial, y palabras clave. Los autores deben indicar el modo de contacto con ellos (correo ordinario o electrónico, fax, ff.), etc.) Por el momento el equipo de redacción no puede enviar galeradas de prueba a los autores, y se reserva el derecho de modificar la ortografía o gramática de los originales, respetando siempre escrupulosamente el sentido y contexto de los artículos. Se procurará remitir al primer autor, o al mencionado como corresponsal, ejemplares del número en que se publique su artículo.

CORREO ELECTRONICO DE NUESTROS COLABORADORES Y AMIGOS

Nombre y Cargo	E-mail	Dirección, Tf
Barnadas Molins, Agustí	barnadas@ns.hugtip.scs.es	S. Oncología. H. German Trias i Pujol. Badalona
Die Trill, María Psicóloga Clínica	psionc@radonc.hggm.es	U. de Psico-Oncología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. 91- 586 6736
Irastorza Aldasoro, Arantxa Programa Detección Precoz Cáncer de Mama	airastorza@sc.sas.junta_andalucia.es	Servicios Centrales del SAS.
Martínez García, Carmen Registro de Tumores. Granada	carmen@easp.es	E. A. De Salud Pública. Campus de Cartuja 958 – 16 10 44
de Ramón Garrido, Enrique Colaborador de “Archivos”	ederamon@teleline.es	S. Medicina Interna, Hospital Carlos Haya, M
Virizuela, J. Antonio Consejo Editorial	Med006776@nacom.es	S. Oncología Hospital de Jerez. 956 - 358047
Contreras Martínez, Jorge Colaborador “Archivos”	Contrer@hch.junta_andalucia.es	Radioterapia. H. Carlos Haya, Málaga.
Contreras Ibáñez. J. Antonio Colaborador de “Archivos”	joseacontreras@supercable.es	Oncología Médica, Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. 956-002949.
Monroy Antón, Jose Luis Colaborador de “Archivos”	becquer13@latinmail.com	Radioterapia. Fundación J. Díaz, Madrid- 91 – 639 28 96 41
Bretón García, Juan J. Redactor Jefe de “Archivos”	breton@redsac.com	S. Oncología. H. Carlos Haya, Málaga 952 - 645833
Soler Tortosa, Miguel Colaborador de “Archivos”	msoler@fjd.es	Radioterapia. Fundación J. Díaz, Madrid- 91 – 639 28 96 41
Pastor Gaitan, Pedro	ppastorg@ene.es	S. Oncología. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla
López López, Rafael, Colaborador de “Archivos”	rlopez@ene.es	Oncología Médica. C. Hospitalario Universitario. Hospital de Conxo Santiago de Compostela 981 540500
Trujillo Vilchez. Rafael Socio de la SAC	rafaeltruj@yahoo.com rafaeltrujillo@airtel.net	S. Oncología. Hospital de Algeciras.
Sánchez-Escribano. Ricardo. Colaborador de “Archivos”	ricarsan@ene.es	H. Virgen Macarena, Sevilla

Si observa algún dato erróneo, por favor, avísenos.