

cáncer avanzado recibe estatinas y se proyecta a los más de 100.000 enfermos oncológicos que entran cada año en situación terminal, el ahorro global anual estimado se situaría entre 237.000€ y 4.281.000€.

La experiencia es que en el paciente oncológico lo normal es *añadir fármacos* en paralelo a la progresión de síntomas, la aparición de otros nuevos y la necesidad de tratar efectos secundarios de otros medicamentos... Tal vez sea el momento de cambiar esta tendencia y plantearse *¿qué fármacos se pueden retirar en el enfermo avanzado?*

Bibliografía

1. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: The process of deprescribing. *JAMA Intern Med.* 2015;175:827-34, <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0324>.
2. Bayliss EA, Bronsert MR, Reifler LM, Ellis JL, Steiner JF, McQuillen DB, et al. Statin prescribing patterns in a cohort of cancer patients with poor prognosis. *J Palliat Med.* 2013;16:412-8.
3. Gomez Sandoval YH, Braganza MV, Daskalopoulou SS. Statin discontinuation in high-risk patients: A systematic review of the evidence. *Curr Pharm Des.* 2011;17:3669-89.
4. Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH, Ritchie CS, Bull JH, Fairclough DL, et al. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness: A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2015;175:691-700, <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0289>.
5. Sanz Rubiales A, del Valle ML, Fiorini AB, Fernández M. La paradoja de las interacciones medicamentosas en cuidados paliativos. *Med Paliat.* 2015, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2014.12.001>.
6. Sussman JB, Vijan S, Choi HJ, Hayward RA. Individual and population benefits of daily aspirin therapy. A proposal for personalizing national guidelines. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2011;4:268-75.
7. Singer DE, Chang Y, Fang MC, Borowsky LH, Pomernacki NK, Udaltsova N, et al. The net clinical benefit of warfarin anticoagulation in atrial fibrillation. *Ann Intern Med.* 2009;151:297-305.
8. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004816.pub5>. Art. No.: CD004816.
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 27 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/nomenclator.do>.
10. Servicio Murciano de Salud [consultado 27 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/gftb.php?idsec=474&opt=ficha1&cod=C10AA08&area=1>.

Álvaro Sanz Rubiales^{a,*}, María Luisa del Valle^b,
María Fernández^a y Raquel Ferreira^a

^a Oncología Médica, Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España

^b Oncología Radioterápica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asrubiales@gmail.com

(Á. Sanz Rubiales).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2015.05.002>
1134-248X/

© 2015 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Compasión: una de las tres «C»



Compassion: One of three «Cs»

Sr. Director:

Leo la editorial de Emilio Herrera¹, que nos anima a «torcer el cuello al cisne»:

... «nuestra actitud debe retomar la rebeldía, la garra de los valores puros que inspiran la empatía y la entrega por aliviar a cada persona que sufre. Retomar el espíritu de pertenecer a una tribu que lucha por unos principios compartidos. Hemos de empoderar adecuadamente a la nueva generación».

Inicié mi convivencia con enfermos, con el sufrimiento y con la muerte, 30 años atrás al comenzar mi residencia de medicina interna en un hospital universitario de Buenos Aires.

Nuestro entrenamiento era eminentemente técnico, y pronto comprendí que ese no era el espacio para sostener las tormentas emocionales que vivía como médica novata. Nos transmitían que lo importante era diagnosticar y tratar las enfermedades, obtener habilidades diagnósticas y

un manejo clínico eficiente. La empatía, la compasión y la humildad eran términos que rara vez se formulaban.

Eso implicaba que los jóvenes médicos pasábamos los días con personas que sufrían y morían y, sin embargo, no recibíamos ninguna formación para hacerle frente.

¿Qué reacciones defensivas se veían con frecuencia en el ámbito hospitalario frente a sensaciones dolorosas abrumadoras?

La más frecuente de las reacciones era el «síndrome tóxico del residente» caracterizado por el cinismo y la insensibilidad².

Un ejemplo famoso es el de Samuel Shem, médico psiquiatra que publicó «La casa de Dios» en el año 1974. Allí narra lo que descubrió en sus años de residente, y recrea de forma cruel y cínica el funcionamiento de uno de los mejores hospitales norteamericanos. La presión, el miedo, la muerte, los fracasos, que se mezclan con el placer y la vida diaria. Habla de que «si quieres permanecer en el sistema, no puedes mostrar tu corazón» y de «lo duro que es ser auténtico y compasivo a la vez»^{2,3}.

Compasión es una de las 3C, junto con competencia y comunicación; 3C que piden los pacientes a sus médicos⁴.

Poner énfasis en un modelo que fomente los valores humanitarios es el paradigma a cambiar en la formación del pre y posgrado. Es evidente que se le debe asegurar al médico en formación un conocimiento técnico óptimo, porque uno sin lo otro, no es de utilidad para el paciente ni para la sociedad. Pero siempre con la visión de que los enfermos quieren ser tratados como personas, no como enfermedades y quieren estar seguros de que su médico comprende los aspectos no médicos de su condición.

Hay muchas razones que explican ese declinar de la compasión a lo largo de la formación y de la práctica de un profesional de la medicina, y una de las razones principales es la educación que promueve la objetividad clínica, dándole todo el protagonismo a los aspectos técnicos y defensivos en desmedro de los aspectos humanísticos⁵.

Otra razón de dicho declinar es el sistema sanitario *per se*: si el sistema de salud es agobiante, es más fácil focalizar el cuidado médico en el aspecto técnico, que dejarse atrapar por la angustia que rodean a las situaciones límites de los pacientes.

La compasión se define como «un sentimiento de profunda simpatía y pesar por otro que es afectado por un sufrimiento, acompañado por un deseo de aliviar el dolor o eliminar su causa» (Webster 1989) La construcción de una alianza terapéutica incluye confianza del paciente hacia su médico y estos sentimientos están relacionados con el grado en que el médico utiliza y expresa empatía y compasión. Compasión no es sentir lástima, es una forma de sensibilidad acompañada de consciencia, atención y motivación. Hacer algo requiere «compromiso, coraje y sabiduría»⁶.

El pasado año, recibí una carta de la hija de Ramón, un enfermo que murió en la unidad de cuidados paliativos. En ella explicaba lo que su padre pedía de un médico: «Si tuviera que describirlo en una frase, diría que quiero que mi médico sea un buen médico y un médico bueno».

Bibliografía

1. Herrera E. Ojos grandes y compasivos. Regresemos al futuro. *Med Paliat.* 2015;22:81–3.
2. Dyer KA. Toxic intern syndrome. *West J Med.* 1994;160:378–9.
3. Shem S. La casa de Dios. Barcelona: Ed. Anagrama. 2002.
4. Jain M. Doctors often struggle to show compassion while dealing with patients. [consultado 5 May 2015]. Disponible en: http://www.washingtonpost.com/national/health/doctors-often-struggle-to-show-compassion-while-dealing-with-patients/2011/05/02/AFiR8A5G_story.html
5. Whitehead C, Kuper A, Freeman R, Grundland B, Webster F. Compassionate care? A critical discourse analysis of accreditation standards. *Med Educ.* 2014;48:632–43.
6. Dossey L. Bedside Manner The Case For Compassion. [consultado 12 Abr 2015]. Disponible en: http://www.huffingtonpost.com/dr-larry-dossey/bedside-manner_b.881851.html

Gabriela Picco

Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios, Pamplona, Navarra, España
Correo electrónico: gabpicco@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2015.07.002>
1134-248X/

© 2015 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Es diferente el pronóstico del glioblastoma multiforme y de las metástasis cerebrales?



Are there differences in the prognosis of glioblastoma multiforme and brain metastases?

Sr. Director:

La afectación tumoral en el cerebro puede ser primaria (tumores cerebrales) o metastásica. Llama la atención la diferente actitud terapéutica con los tumores cerebrales primarios, específicamente el glioblastoma multiforme (GM) y las metástasis cerebrales. El esquema terapéutico en enfermos con GM (cirugía cerebral, mes y medio de radioterapia –casi urgente– con quimioterapia, y luego más quimioterapia durante 6 meses) cuadra con una intención curativa. Sin embargo, con las metástasis cerebrales, el tratamiento más frecuente es la radioterapia holocraneal administrada en una o 2 semanas, con un efecto paliativo que se traduce en alivio de síntomas y en cierta mejoría (meses) de la supervivencia¹. Solo algunos pacientes con metástasis cerebrales, como los que tienen un número

reducido de metástasis y el tumor primario controlado, son subsidiarios de tratamientos más complejos, potencialmente curativos. Nos planteamos conocer si estas diferentes actitudes ante el GM y las metástasis cerebrales se reflejan en el pronóstico de estos procesos.

Los factores pronósticos más relevantes en GM son el estado general y mental, la edad y la calidad de la cirugía². Los enfermos por debajo de 70 años y buen estado general que reciben todos los tratamientos, sobre todo si entran en un ensayo clínico, alcanzan medianas de supervivencia por encima del año, con una probabilidad de supervivencia a 5 años de hasta el 10%³. Sin embargo, la mediana de supervivencia del conjunto de los pacientes oscila entre 6 y 8 meses⁴, con una probabilidad de curación prácticamente anecdótica. Más del 20% de los enfermos con GM, por la edad, el deterioro, etc., no recibe tratamiento tras el diagnóstico, y esto se asocia a una mediana de supervivencia de 2 meses⁵. Y la mitad de los que sí se tratan reciben un tratamiento incompleto, muchas veces porque la progresión tumoral exige suspenderlo de manera prematura⁴.

Hasta 10 veces más frecuentes que los tumores cerebrales primarios son las metástasis cerebrales¹. Los factores pronósticos de más peso son el estado general, el número de metástasis y el control del tumor fuera del sistema nervioso