

2. Martín-Sánchez F, González-Armengol JJ. La atención en los servicios de urgencias al paciente terminal, ¿una circunstancia de fracaso o una oportunidad. *Med Paliat*. 2015;22:117-8.
 3. Iranmanesh S, Razban F, Tirgari B, Zahra G. Nurses' knowledge about palliative care in Southeast Iran. *Palliat Support Care Internet*. 2014;12:203-10.
 4. Schmidt-RioValle J, Montoya-Juárez R, Campos-Calderon CP, García-Caro MP, Prados-Peña D, Cruz-Quintana F. Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. *Med Paliat*. 2012;19:113-20.
 5. De Oliveira Furtado AM, Silvia de Souza SR de O, da Silva Ramos J, A Ferreira M de C.A. El enfermero frente al paciente sin posibilidad terapéutica: dignidad y calidad en el proceso de la muerte. *Enferm Glob Internet*. 2011;10:1-8.
 6. Saldaña M, Vegas F, Cebollero N. Asistencia domiciliaria de urgencia a enfermos paliativos por unidades de extra-hospitalaria: factores asociados a la resolución de la consulta en el domicilio. *Emergencias*. 2010;22:441-4.
 7. Campaña Castillo F, Candalija Madueño M, Puig Sal L, Segura Munera M. La satisfacción del paciente oncológico avanzado hospitalizado en centros con y sin servicio de paliativos: estudio multicéntrico. *NURE Investig*. 2013;10:1-16.
 8. Shipman C, Gysles M, White P, Worth A, Murray SA, Barclay S, et al. Improving generalist end-of-life care: National consultation with practitioners, commissioners, academics and service user groups. *BMJ*. 2008;337:848-51.
 9. Centeno C, Ballesteros M, Carrasco JM, Arantzamendi M. Does palliative care education matter to medical students? The experience of attending an undergraduate course in palliative care. *BMJ Support Palliat Care*. 2014. pii: bmjpspcare-2014-000646. doi: 10.1136/bmjpspcare-2014-000646. [Epub ahead of print].
 10. Ballesteros M, Centeno C, Arantzamendi M. A qualitative exploratory study of nursing students' assessment of the contribution of palliative care learning. *Nurse Educ Today*. 2014;34:e1-6.
- Paula Iribarren Albisu-Irribé^{a,*}, Claudio Calvo Espinós^b y Estefanía Ruiz de Gaona Lana^c
- ^a Unidad de Reanimación Postanestésica, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España
^b Servicio de Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios, Pamplona, Navarra, España
^c Servicio de Hematología y Hemoterapia, Fundación Hospital Calahorra Calahorra, La Rioja, España
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: p85vt@hotmail.com
 (P. Iribarren Albisu-Irribé).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2015.11.001>
 1134-248X/
 © 2016 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Qué fármacos se pueden retirar en el enfermo avanzado?



What drugs can be withdrawn in advanced patients?

Sr. Director:

No es fácil retirarle tratamientos al enfermo crónico, incluso cuando hay dudas sobre su eficacia¹. En concreto, es frecuente que en enfermos con cáncer avanzado se mantengan fármacos, como las estatinas², dirigidos a prevenir problemas cardiovasculares a medio y largo plazo³. Un ensayo reciente con distribución aleatoria compara el efecto de mantener y de retirar estas estatinas en enfermos avanzados (cerca del 50%, oncológicos) con expectativa de supervivencia inferior al año⁴. Llama la atención que casi uno de cada 4 pacientes elegibles rechazó participar en el estudio, tal vez por miedo a tener que dejar las estatinas... De los 381 que entraron, 221 (58%) habían padecido algún problema cardiovascular. No se encontraron diferencias relevantes en eventos cardiovasculares (11 en 192 pacientes con estatinas, 13 en 189 sin estatinas; $p=0,64$), fallecimientos en los 2 primeros meses (39 con estatinas, 45 sin estatinas; $p=0,36$) ni en supervivencia (mediana: 190 días con estatinas, 229 días sin estatinas; $p=0,60$). La puntuación media en calidad de vida (cuestionario de McGill; rango: 0-10), fue discretamente mejor sin estatinas (7,11 vs. 6,85; $p=0,04$), sobre todo en los perfiles de apoyo y bienestar. Además, en los enfermos sin estatinas se redujo discretamente (de 11 a 10; $p=0,03$) la ingesta media diaria de

otros fármacos. Los autores estiman que retirar las estatinas supone un ahorro por paciente cercano a 600\$ (más de 500€).

Este estudio aporta evidencia para afirmar que hay fármacos (indicados para prevenir problemas a largo plazo) que se pueden retirar en enfermos con pronóstico limitado⁵, que esta retirada es segura y que puede mejorar la calidad de vida. En resumen, sugiere que no tiene sentido crear molestias, iatrogenia y gasto para prevenir complicaciones que se proyectan en el tiempo en pacientes en quienes se prevé que este tiempo va a ser muy limitado. Y genera, además, nuevas hipótesis: ¿se podrían extrapolar los resultados a otros fármacos, como la aspirina⁶ o los dicumarínicos (Sintrom®)⁷, que previenen también problemas a largo plazo pero con un impacto estimado en supervivencia inferior al 1% anual⁸?, ¿es conveniente buscar un control estricto de problemas crónicos, como hipertensión o diabetes, para reducir la incidencia de complicaciones a medio y largo plazo? o, también, ¿tendría esta actitud un impacto real en la racionalización del gasto sanitario? En relación con el gasto, el precio por mes de tratamiento con estatinas oscila entre 1,58€ (simvastatina 20 mg)⁹ y 28,54€ (pitavastatina 2 mg)¹⁰. Si este gasto se proyecta a una expectativa media de supervivencia de unos 6 meses, el ahorro que supondría la retirada de estatinas en cada paciente con cáncer avanzado se situaría entre 9,48€ y 171,24€ (menor del que presenta el estudio). Nuestra experiencia es que 12 (24%) de los últimos 50 pacientes con cáncer avanzado (no curables) atendidos en nuestra consulta estaban en tratamiento con estatinas y, si nos ceñimos a los 32 con pronóstico inferior al año, fueron 9 (28%) los que las recibían. Si se acepta esta estimación de que uno de cada 4 enfermos con

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.