

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

Tabla 1 Mediana de supervivencia estimada en pacientes con glioblastoma multiforme y con metástasis cerebrales en función del perfil de los factores pronósticos y del tratamiento

	Glioblastoma multiforme	Metástasis cerebrales
Karnofsky $\geq$ 60-70%, edad $\leq$ 65-70 años, tratamiento completo	12-16 meses	12-14 meses ^a
Karnofsky < 60-70% y/o edad > 65-70 años, radioterapia $\pm$ quimioterapia	6-8 meses	4-6 meses
No tratamiento	2 meses	2 meses

^a : tumor primario controlado.

central. Los pacientes candidatos a tratamientos potencialmente curativos, porque razonablemente se puede aspirar a tener controlado el tumor, tanto dentro como fuera del cerebro, llegan a medianas de supervivencia superiores a los 12 meses, e incluso por encima de 2 años en cáncer de mama⁶, con una probabilidad de supervivencia a largo plazo cercana al 10% a 5 años⁷. En conjunto, no obstante, la mediana de supervivencia de los pacientes con metástasis cerebrales se acerca a los 6 meses, y se limita a 2 meses en los que no reciben radioterapia⁸.

En la [tabla 1](#) se presenta una estimación del pronóstico de varios subgrupos de pacientes con GM y con metástasis cerebrales. La impresión es que las diferencias, si las hay, son de pocos meses. Con todo el margen de duda que se deriva de que se trata de estimaciones muy generales, estos resultados sugieren que si los factores pronósticos son similares, la expectativa de vida de enfermos con GM y con metástasis cerebrales es también similar, incluso con la diferencia que supone la presencia de enfermedad extracerebral. Esto respalda la idea de que la actitud inicial ante el paciente con GM, al igual que en pacientes con metástasis cerebrales, debería ser más paliativa, lo que supondría limitar los tratamientos más agresivos, emplear pautas más breves, pero igualmente eficaces de radioterapia^{9,10}, e integrar de manera temprana la atención paliativa. Sin olvidar que hay que seguir seleccionando aquellos pacientes que, por su perfil, pudieran obtener mayor beneficio de tratamientos más intervencionistas y sofisticados.

Bibliografía

- Lin X, DeAngelis LM. Treatment of brain metastases. *J Clin Oncol*. 2015;33:3475-84.
- Curran WJ, Scott JB, Horton J, Nelson JS, Weinstein AS, Fischbach AJ, et al. Recursive partitioning analysis of prognostic factors in three Radiation Therapy Oncology Group malignant glioma trials. *J Natl Cancer Inst*. 1993;85:690-1.
- Stupp R, Hegi ME, Mason WP, van den Bent MJ, Taphoorn MJ, Janzer RC, et al. Effects of radiotherapy with concomitant and adjuvant temozolomide versus radiotherapy alone on survival in glioblastoma in a randomised phase III study: 5-year analysis of the EORTC-NCIC trial. *Lancet Oncol*. 2009;10:459-66.
- Brodbeck A, Greenberg D, Winters T, Williams M, Vernon S, Collins VP. Glioblastoma in England: 2007-2011. *Eur J Cancer*. 2015;51:533-42.
- Graus F, Bruna J, Pardo J, Escudero D, Vilas D, Barceló I, et al. Patterns of care and outcome for patients with glioblastoma diagnosed during 2008-2010 in Spain. *Neuro Oncol*. 2013;15:797-805.
- Sperduto PW, Kased N, Roberge D, Xu Z, Shanley R, Luo X, et al. Summary report on the graded prognostic assessment: An accurate and facile diagnosis-specific tool to estimate survival for patients with brain metastases. *J Clin Oncol*. 2012;30:419-25.
- Kocher M, Soffietti R, Abacioglu U, Villà S, Fauchon F, Baumert BG, et al. Adjuvant whole-brain radiotherapy versus observation after radiosurgery or surgical resection of one to three cerebral metastases: Results of the EORTC 22952-26001 study. *J Clin Oncol*. 2010;29:134-41.
- Tsao MN, Sultanem K, Chiu D, Copps F, Dixon P, Easton D, et al., National Cancer Institute of Canada Workshop on Symptom Control in Radiation Oncology. Supportive care management of brain metastases: What is known and what we need to know. Conference Proceedings of the National Cancer Institute of Canada (NCIC) Workshop on Symptom Control in Radiation Oncology. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2003;15:429-34.
- Roa W, Kepka L, Kumar N, Sinaika V, Matiello J, Lomidze D, et al. An International Atomic Energy Agency randomized phase III study of radiation therapy in elderly and/or frail patients with newly diagnosed glioblastoma multiforme. *J Clin Oncol*. 2015;33:4145-50.
- Knisely JP. One and done: A week of radiotherapy for glioblastoma. *J Clin Oncol*. 2015;33:4129-30.

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

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

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

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: asrubiales@hotmail.com,
asrubiales@gmail.com (Á. Sanz Rubiales).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2015.12.002>
1134-248X/

© 2016 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.