

telephone intervention for fatigue in patients with advanced cancer: A randomized, placebo-controlled, phase II trial. *J Clin Oncol.* 2013;31:2421–7.

6. Sanz A, Zudaire M, Morejón B, de la Cruz V, Gardeazabal I, López-Picazo JM, et al. Cómo responder al paciente con cáncer avanzado que nos plantea el uso de *cannabis* como tratamiento sintomático. *Med Paliat.* 2014;21:79–88.
7. Spoon AS, Centeno C, Rodríguez J, Ros W. What keeps a palliative medicine physician so busy with patients? Time expenditure in palliative care. *Palliat Med.* 2009;23:181.

Álvaro Sanz Rubiales^{a,*}, María Luisa del Valle^b, Aldo Bruno Fiorini^a y Virginia de la Cruz^a

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

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asrubiales@hotmail.com (Á. Sanz Rubiales).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2014.10.005>

1134-248X/ © 2014 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Respuesta a la carta «La intensidad de la atención y el alivio de síntomas»



Response to the letter “Intensity of patient care and symptom relief”

Sr. Director:

La carta «La intensidad de la atención y el alivio de síntomas» suscita numerosas reflexiones.

Efectivamente empiezan a generarse evidencias inequívocas sobre lo que siempre hemos sabido: la atención centrada en la persona contribuye a aumentar el bienestar de los pacientes con cáncer tanto en fases muy avanzadas y terminales como en etapas más tempranas^{1,2}.

En el estudio de Temel et al.¹, los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón no microcítico que recibieron atención paliativa junto a quimioterapia de primera línea, además de referir una mejor calidad de vida, tenían una mediana de supervivencia significativamente superior (2,7 meses). Debe tenerse en cuenta que estas diferencias de supervivencia son habitualmente consideradas como relevantes a la hora de plantear líneas sucesivas de quimioterapia en pacientes con cáncer de pulmón³. A partir de este estudio la Asociación Americana de Oncología Clínica (ASCO) recomendó ofrecer de forma concurrente cuidados paliativos junto a la atención oncológica estándar⁴.

Las investigaciones de Bruera et al.^{5,6} sobre el tratamiento sintomático de la astenia, muestran también como la cercanía con el paciente, incluso telefónica, puede igualar la eficacia de algunos fármacos.

Creo que estas investigaciones entran por distintos caminos en la esencia de los cuidados paliativos. En el contexto de una medicina altamente tecnologizada y con frecuente tendencia a la obstinación terapéutica, la presencia⁷ aporta importantes efectos terapéuticos. El tratamiento individualizado del cáncer no se refiere únicamente a los mecanismos moleculares sino también a la comprensión de los valores, preferencias y objetivos de cada persona. Es importante el tiempo dedicado a la atención, pero incluso con los tiempos cronometrados de nuestra ajetreada medicina, es fundamental la calidad de ese tiempo, la calidad de la presencia del cuidador. Como indicaba Cicely Saunders «la forma de cuidar puede llegar a los lugares más escondidos y dar espacio a desarrollos inesperados».

Me gustaría añadir que afortunadamente no es necesario elegir de forma dicotómica entre «la técnica o el trato». La aplicación rigurosa y científica de los mejores tratamientos farmacológicos disponibles para aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida es totalmente compatible con una actitud cercana y compasiva, que se está mostrando además como una potente arma terapéutica.

Bibliografía

1. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Adamane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Eng J Med.* 2010;363:733–42.
2. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leigh N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2014;383:1721–30.
3. Pelayo Álvarez M, Westeel V, Cortés-Jofré M, Bonfill Cosp X. Chemotherapy versus best supportive care for extensive small cell lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 11:CD001990.
4. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy A, Balboni TA, Basch EM, et al. American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol.* 2012;30:880–7.
5. Bruera E, Valero V, Driver L, Shen L, Willey J, Zhang T, et al. Patient controlled methylphenidate for cancer fatigue: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Oncol.* 2006;24:2073–8.
6. Bruera E, Yennurajalingam S, Palmer JL, Perez-Cruz PE, Frisbee-Hume S, Allo JA, et al. Methylphenidate and/or a nursing telephone intervention for fatigue in patients with advanced cancer: A randomized, placebo-controlled, phase II trial. *J Clin Oncol.* 2013;31:2421–7.
7. Schapira L. The essential elements of therapeutic presence. *Cancer.* 2013;119:1609–10.

Antonio Pascual López

Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital de Sant Pau, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España
Correo electrónico: apascual@santpau.cat

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2014.10.003>

1134-248X/ © 2014 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.