

El cuidado crítico para pacientes con cáncer: un desafío global y una necesidad de colaboración interdisciplinaria

Critical Care for Cancer Patients: A Global Challenge and a Need for Interdisciplinary Collaboration

Fernando Roosemberg Ordóñez 

SOLCA-Guayaquil, Ecuador. Universidad de Especialidades Espíritu Santo (UEES)

fernando.j.roosemberg@solca.med.ec

Recibido: 30/10/2024

Aceptado: 01/12/2024

Publicado: 30/12/2024

El cáncer representa un problema de salud pública a nivel global, y en países desarrollados se proyecta que pronto será la principal causa de muerte [1]. Los avances en oncología han llevado a que muchos pacientes, aunque no se curen por completo, vivan más tiempo; así, el número de personas que viven con esta condición aumentará, lo cual a su vez incrementará la cantidad de pacientes oncológicos que necesitarán atención en unidades de cuidados intensivos (UCI). A pesar de los avances, el cáncer sigue siendo visto como una “enfermedad fatal” y, en algunas regiones, el ingreso de pacientes oncológicos a la UCI es aún limitado o cuestionado, aunque muchos pueden ser manejados como enfermos crónicos y en ocasiones pueden ser curados. De hecho, muchas enfermedades no malignas presentan un pronóstico igual o más desfavorable que ciertos tipos graves de cáncer [2]. Las características únicas de los pacientes críticos con cáncer subrayan la necesidad de enfoques y áreas de especialización dedicados a esta población.

Desde los años cincuenta, el campo de los cuidados críticos ha evolucionado considerablemente. Las innovaciones tecnológicas, como los sistemas de soporte orgánico (ventilación mecánica, diálisis y oxigenación por membrana extracorpórea), ahora permiten reemplazar funciones vitales temporalmente, y complementan los avances en la comprensión de la fisiopatología de la enfermedad crítica. Históricamente, a los pacientes oncológicos, especialmente con tumores sólidos, se les ha restringido el acceso a UCI. Los intensivistas a menudo dudan en admitir a estos pacientes debido a un conocimiento limitado sobre el pronóstico y las opciones de tratamiento en esta población. Estudios en cuidados intensivos muestran que un diagnóstico de cáncer aumenta casi seis veces la probabilidad de rechazo de ingreso a UCI o de limitar el tratamiento agresivo [3]. Sin embargo, los avances recientes en terapias contra el cáncer y en cuidados intensivos han mejorado las expectativas de estos pacientes.

Hoy en día, los índices de supervivencia están en ascenso gracias a un diagnóstico temprano, tratamientos más específicos y efectivos con menores efectos adversos. Esta evolución se debe en gran parte a la “medicina de precisión”, que ha permitido el desarrollo de tratamientos anticancerígenos que ofrecen una amplia gama de opciones terapéuticas a los oncólogos [4]. Entre el 5 y el 10 % de los pacientes oncológicos desarrollan condiciones que ponen en riesgo su vida y requieren ingreso a UCI [5-7]. Un estudio en Francia mostró que el porcentaje de ingresos a UCI en pacientes oncológicos varía entre el 0,7 y el 12 %, con mayores tasas en casos de cáncer de esófago, leucemias agudas y trasplantes alogénicos de médula ósea [8,9]. Actualmente, los pacientes oncológicos

Cómo citar: Roosemberg Ordóñez F. El cuidado crítico para pacientes con cáncer: un desafío global y una necesidad de colaboración interdisciplinaria. *Oncología (Ecuador)*. 2024;34(3): 89-91. <https://doi.org/10.33821/767>

representan entre el 13,5 y el 21,5 % de todos los ingresos a UCI [10,11]. A finales del siglo XX, las tasas de supervivencia para pacientes oncológicos críticamente enfermos variaban entre un 20 y un 30 %; hoy, estas tasas han alcanzado entre el 50 y el 60 % [12,13]. En nuestra unidad especializada de oncología, la supervivencia es de aproximadamente el 70 %, lo que se acerca a la de pacientes críticos sin cáncer y sugiere que el cáncer en sí mismo ya no es una contraindicación universal para el ingreso a UCI. Esta decisión debe basarse en factores como el tipo y estadio del cáncer, la respuesta a tratamientos previos, el estado funcional y nutricional, así como en las preferencias del paciente y su familia.

Una revisión en nuestra unidad reveló que los pacientes con una puntuación más alta del Estado Funcional del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) (funcionalidad limitada) tenían mayores tasas de mortalidad, independientemente del tipo de cáncer. Aunque muchas complicaciones que presentan los pacientes oncológicos críticos son comunes en pacientes sin cáncer, esta población tiene características específicas, como leucostasis, síndrome de vena cava superior y fenómenos autoinmunes paraneoplásicos, entre otras. Estos pacientes se benefician de un manejo conjunto entre oncólogos, hematólogos, cirujanos oncológicos, especialistas en cuidados paliativos e intensivistas, con el apoyo vital de expertos en nutrición y fisioterapia [14]. Actualmente, algunos hospitales han implementado equipos de respuesta rápida, compuestos por médicos o enfermeras de cuidados críticos que asisten al oncólogo en la identificación de pacientes que se beneficiarían de un traslado temprano a UCI o de un manejo más intensivo en sala. Este enfoque ha demostrado un impacto positivo en la disminución de la mortalidad, ya que permite la intervención antes de la falla orgánica irreversible [15,16]. La integración de cuidados paliativos en la UCI es otro aspecto clave, ya que reduce el uso de tratamientos agresivos en la fase final de la vida y mejora la experiencia de los pacientes y sus familias; esto facilita la transición de una intención curativa a la limitación del esfuerzo terapéutico [17,18].

Como conclusión, cabe señalar que, ante el rápido desarrollo de la medicina crítica y la oncología, la atención intensiva para pacientes oncológicos continuará evolucionando, y con ello la demanda de cuidados intensivos en esta población aumentará. La atención integral de los pacientes críticos con cáncer requiere una estrecha colaboración entre especialistas en oncohematología, cuidados paliativos y cuidados intensivos. Esta colaboración debería iniciarse desde la hospitalización, con el fin de prevenir fallos orgánicos irreversibles y evitar medidas agresivas en pacientes con pronóstico desfavorable. La decisión de ingreso a UCI debe basarse en un conjunto de criterios y tomarse en equipo, para ofrecer una atención intensiva de calidad adaptada a las necesidades y preferencias personales de cada paciente.

1. Abreviaturas

No aplica

2. Información administrativa

2.1 Archivos adicionales

Ninguno declarado por el autor.

2.2 Agradecimientos

No aplica

2.3 Contribuciones de los autores

Conceptualización, análisis formal, investigación y redacción del borrador original, xxx.

2.4 Financiamiento

Ninguno.

2.5 Declaraciones

2.5.1 Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2015;65: 87-108.
2. Tanvetayanon T, Leighton JC. Life-sustaining treatments in patients who died of chronic congestive heart failure compared with metastatic cancer. *Crit Care Med*. 2003; 31:60-4.
3. O'Brien JM, Aberegg SK, Ali NA, Diette GB, Lemeshow S. Results from the National Sepsis Practice Survey: Predictions about mortality and morbidity and recommendations for limitation of care orders [serial online]. *Crit Care*. 2009;13: R96.
4. Schwaederle M, Zhao M, Lee JJ, Eggermont AM, Schilsky RL, Mendelsohn J, et al. Impact of precision medicine in diverse cancers: A meta-analysis of phase II clinical trials. *J Clin Oncol*. 2015; 33:3817-25.
5. Azoulay E, Thiery G, Chevret S, Moreau D, Darmon M, Bergeron A, et al. The prognosis of acute respiratory failure in critically ill cancer patients. *Medicine (Baltimore)*. 2004; 83:360-70.
6. Puxty K, McLoone P, Quasim T, Sloan B, Kinsella J, Morrison DS. Risk of critical illness among patients with solid cancers: A population-based observational study. *JAMA Oncol*. 2015;1:1078-85.
7. Gordon AC, Oakervee HE, Kaya B, Mason N, Sizer B, Chopra R, et al. Incidence and outcome of critical illness amongst hospitalised patients with haematological malignancy: A prospective observational study of ward and intensive care unit based care. *Anaesthesia*. 2005; 60:340-47.
8. Bos MM, Verburg IW, Dumaij I, de Keizer NF, de Jonge E, de Vos R, et al. Intensive care admission of cancer patients: a comparative analysis. *Cancer Med*. 2015;4:966-76.
9. Benz R, Schanz U, Maggiorini M, Seebach JD, Stussi G. Risk factors for ICU admission and ICU survival after allogeneic hematopoietic SCT. *Bone Marrow Transplant*. 2014;49:62-65.
10. Taccone FS, Artigas AA, Sprung CL, Moreno R, Sakr Y, Vincent JL. Characteristics and outcomes of cancer patients in European ICUs [serial online]. *Crit Care*. 2009;13:R15.
11. Soares M, Caruso P, Silva E, Teles JM, Lobo SM, Friedman G, et al. Characteristics and outcomes of patients with cancer requiring admission to intensive care units: A prospective multicenter study. *Crit Care Med*. 2010;38:9-15.
12. Pene F, Percheron S, Lemiale V, Viallon V, Claessens YE, Marqué S, et al. Temporal changes in management and outcome of septic shock in patients with malignancies in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2008;36:690-96.
13. Benoit DD, Soares M, Azoulay E. Has survival increased in cancer patients admitted to the ICU? We are not sure. *Intensive Care Med*. 2014; 40:1576-79.
14. Kim MM, Barnato AE, Angus DC, Fleisher LF, Kahn JM. The effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. *Arch Intern Med*. 2010; 170:369-76.
15. Parmar A, Richardson H, McKinlay D, Gibney RT, Bagshaw SM. Medical emergency team involvement in patients hospitalized with acute myeloid leukemia. *Leuk Lymphoma*. 2013; 54:2236-42.
16. Tam B, Salib M, Fox-Robichaud A. The effect of rapid response teams on end-of-life care: A retrospective chart review. *Can Respir J*. 2014; 21:302-06.
17. Greer JA, Jackson VA, Meier DE, Temel JS. Early integration of palliative care services with standard oncology care for patients with advanced cancer. *CA Cancer J Clin*. 2013; 63:349-63.
18. Jang RW, Krzyzanowska MK, Zimmermann C, Taback N, Alibhai SM. Palliative care and the aggressiveness of end-of-life care in patients with advanced pancreatic cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2015;107(1):dju424.