



CARTA CIENTÍFICA

Concordancia entre el oncólogo y el intensivista en las decisiones de instauración de medidas agresivas en el paciente oncológico



Concordance between the oncologist and the intensivist in the decisions of aggressive measures in cancer patients

Sr. Editor:

Recientemente las Sociedades Españolas de Oncología Médica (SEOM) y de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) han firmado un convenio marco de colaboración con la intención de mejorar la calidad de los pacientes oncológicos con complicaciones críticas¹.

En este contexto, hemos querido analizar, a través de un estudio comparativo, la concordancia entre la valoración realizada por el oncólogo de los enfermos ingresados en la planta de oncología y la valoración realizada por los intensivistas de tercer nivel.

Para ello, se realizó periódicamente un corte trasversal todos los lunes, durante un periodo de 6 semanas consecutivas, buscando aquellos pacientes de nuevo ingreso en el servicio de oncología en los que figurase la valoración de instauración de medidas agresivas en caso de empeoramiento clínico del enfermo. Los enfermos reclutados fueron presentados como casos clínicos a 3 intensivistas de diferente edad, antigüedad en el servicio y condición laboral. De la valoración de los 3 intensivistas se formó una decisión de consenso en los casos valorados que se enfrentó a la decisión tomada por el oncólogo. Para valorar la concordancia inter-observadores se utilizó el coeficiente kappa de Cohen estableciendo la significación estadística en un valor de $p < 0,05$.

Durante el periodo de estudio fueron reclutados 66 enfermos ingresados en la planta de oncología. Se había reflejado en la historia clínica la decisión de considerar al enfermo subsidiario de medidas agresivas en 19 casos (28,78%). El oncólogo consideró a 16 de estos enfermos (84%) candidatos a aumentar la agresividad en el tratamiento si fuera necesario. En el 68,4% de las ocasiones existía acuerdo entre la decisión tomada por el oncólogo y la consensuada por los intensivistas. El coeficiente kappa estableció un valor de concordancia débil de 0,34 (IC 95%: 0,18-0,67; $p = 0,047$).

El presente trabajo, aunque presenta las limitaciones evidentes del pequeño valor muestral, evidencia un nivel discreto de concordancia a la hora de valorar el aumento de las medidas de tratamiento entre el oncólogo y el

intensivista. Por otro lado, también presenta como importantes debilidades el hecho de establecer una valoración de instauración de medidas agresivas, sin haber establecido previamente que se consideraba «medida agresiva», ni el contexto en el que esta hubiese de realizarse. Es decir, si la complicación en estudio fuese derivada de la actividad oncológica en sí o fuese derivada de complicación no oncológica.

Sin embargo, la singularidad y la originalidad del trabajo que se presenta nos permite afianzar la necesidad de colaboraciones entre oncólogos e intensivistas con la intención de mejorar la calidad de los pacientes oncológicos con complicaciones críticas, no solo en los aspectos meramente técnicos, sino también en las consideraciones éticas de dichas situaciones.

Una reciente revisión sistemática de la literatura, en el campo que nos ocupa, que excluyó aquellos trabajos realizados con anterioridad al año 2000, evidenció que realmente parece haber una gran incongruencia entre el lugar de preferido para morir y el real en este tipo de pacientes². Los ingresos en la UCI al final de la vida en pacientes con cáncer pueden estar justificadas para tratar trastornos potencialmente reversibles en algunos casos. Sin embargo, un número significativo de estos ingresos pueden considerarse potencialmente inapropiadas, si atendemos que aproximadamente la mitad de los ingresos en la UCI para pacientes oncológicos dan como resultado el fallecimiento de los mismos³. No obstante, es importante recordar que actualmente en nuestro entorno solo un tercio de los pacientes con enfermedad oncológica grave que requieren ingreso en la UCI fallecen durante el ingreso hospitalario, y más de la mitad de los supervivientes presentan una situación de independencia al alta hospitalaria⁴.

Por lo tanto, la dificultad estriba en decidir qué pacientes con cáncer son más susceptibles de beneficiarse del cuidado en la UCI. Nuestros resultados, con las limitaciones planteadas, abren con rotundidad la necesidad de trabajar en la elaboración de recomendaciones y protocolos que faciliten la toma de decisiones en este ámbito. Dichas herramientas han demostrado que son capaces de prevenir hasta casi el 40% de los ingresos inapropiados de estos enfermos en la UCI⁵. Del mismo modo, consideramos de vital importancia el trabajo conjunto en el desarrollo de decisiones anticipadas en los pacientes de estas características. Aunque en otros medios dichas decisiones anticipadas no han demostrado después de controlar el tipo de malignidad, el motivo de ingreso en la UCI, la gravedad de la enfermedad y la edad, la decisión de iniciar intervenciones de soporte vital entre los pacientes con y sin directivas anticipadas. Sin embargo, la presencia de una decisión anticipada pudo

haber ayudado a guiar las decisiones anteriores con respecto a la duración de la terapia y el estado de reanimación⁶.

En este marco, en 2017 se firmó un acuerdo entre la SEOM y la SEMICYUC con el objetivo de mejorar la calidad de la atención de pacientes oncológicos con complicaciones críticas. Esta iniciativa busca ayudar en la toma de decisiones, estandarizar criterios, disminuir la subjetividad, generar canales de comunicación y profundizar en los aspectos éticos y científicos de estas situaciones. Puesto que el campo de las terapias oncológicas, los tumores quimio-sensibles, la presencia de mutaciones predictivas de respuesta con terapias dirigidas, la posibilidad del control tumoral a largo plazo con inmunoterapia y otras situaciones específicas deben hacerlos considerar elegibles para el ingreso en la UCI, de manera concertada, en función de las características distintivas de los enfermos⁷.

Financiación

El presente manuscrito no ha recibido financiación alguna.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Convenio de colaboración SEMICYUC y SEOM. [consultado 5 Jul 2019]. Disponible en: <https://semicyuc.org/convenios-de-colaboracion/>.
2. Nilsson J, Blomberg C, Holgersson G, Carlsson T, Bergqvist M, Bergström S. End-of-life care: Where do cancer patients want to die? A systematic review. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2017;13:356–64.
3. Thieffy G, Azoulay E, Darmon M, Ciroldi M, De Miranda S, Lévy V, et al. Outcome of cancer patients considered for intensive care

unit admission: a hospital-wide prospective study. *J Clin Oncol*. 2005;23:4406–13.

4. Díaz-Díaz D, Villanova Martínez M, Palencia Herrejón E. Oncological patients admitted to an intensive care unit. Analysis of predictors of in-hospital mortality [Article in English, Spanish]. *Med Intensiva*. 2018;42:346–53.
5. Nasir S, Muthiah M, Ryder K, Clark K, Niell H, Weir A. ICU Deaths in Patients With Advanced Cancer: Reasonable Criteria to Decrease Potentially Inappropriate Admissions and Lack of Benefit of Advance Planning Discussions. *Am J Hosp Palliat Care*. 2017;34:173–9.
6. Kish Wallace S, Martin CG, Shaw AD, Price KJ. Influence of an advance directive on the initiation of life support technology in critically ill cancer patients. *Crit Care Med*. 2001;29:2294–8.
7. Carmona-Bayonas A, Gordo F, Beato C, Castaño Pérez J, Jiménez-Fonseca P, Virizuela Echaburu J, et al. Intensive care in cancer patients in the age of immunotherapy and molecular therapies: Commitment of the SEOM-SEMICYUC [Article in English, Spanish]. *Med Intensiva*. 2018;42:363–9.

P. Escudero-Acha^a, Y. Peñasco^{a,b},
J.C. Rodríguez-Borregan^{a,b}, E. Cuenca Fito^a,
L. Ferreira Freire^b y A. González-Castro^{a,*}

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España

^b Servicio de Oncología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: e409@humv.es (A. González-Castro).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.08.001>

0210-5691/ © 2019 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Análisis de SARS-CoV-2 en el aire de una UCI dedicada a pacientes covid-19



Analysis of SARS-CoV-2 in the air of an ICU dedicated to covid-19 patients

La infección producida por el SARS-CoV-2, provoca neumonía y síndrome de distrés respiratorio agudo siendo denominada covid-19¹. En pocos meses, la enfermedad se expandió por todo el mundo infectando a millones de personas y causando cientos de miles de muertes². La ruta de contagio es a través de gotas respiratorias (> 5 µm) y por contacto con los fómites contaminados^{3,4}. Recientemente, la OMS, ha reconocido que la transmisión aérea a través de aerosoles (< 5 µm) que permanecen en el aire durante horas es una posible ruta de contagio al inhalar partículas virales que se depositan en las vías aéreas distales^{5–7}. La transmisión aérea tiene gran importancia en salud pública y en la protección de los profesionales sanitarios siendo necesario modificar las medidas de precaución para evitar el contagio, ampliando la distancia de seguridad de 2 m, sobre todo en espacios cerrados.

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) están equipadas con intercambio periódico de aire y durante la

pandemia, muchas disponían de presión negativa, pero otros lugares como el hogar, los restaurantes, el transporte público o incluso las plantas de hospitalización, no tienen sistemas tan seguros de ventilación. Algunos estudios han documentado que el SARS-CoV-2 puede permanecer en el aire generado por aerosoles hasta 3 h⁷ demostrándose la presencia de genoma viral en el aire y filtros de los hospitales.

En España, el porcentaje de profesionales sanitarios contagiados por el SARS-CoV-2 es el más alto del mundo seguido de Italia (10%) y China (3,8%)⁸. Según el Ministerio de Sanidad español, el 9 de julio del 2020, los contagios entre el colectivo sanitario ascendían a 52.643, lo que supone más del 22% de todos los casos⁹. Los trabajadores de la UCI tienen un alto riesgo de contagio por una elevada exposición ambiental al SARS-CoV-2 y realizar técnicas que generan aerosoles^{5,10,11}, por lo que una de las grandes preocupaciones en nuestro caso fue mejorar las prácticas de seguridad, y minimizar el riesgo de contagio a los profesionales sanitarios. Por esta razón, nos planteamos analizar la presencia de SARS-CoV-2 en el aire de 2 unidades de la UCI y la planta de neumología dedicadas a tratar pacientes covid-19. El estudio se realizó a finales de mayo del 2020 en 5 boxes diferentes de la UCI (tabla 1), colocando los equipos de extracción en el suelo, cerca de la cabeza del paciente y lo más alejado posible de la salida de aire, recogiendo las muestras de aire durante