



## CARTA AL EDITOR

### Rondas multidisciplinarias en oncología y hematología: ¿son superiores a los equipos de respuesta rápida?

### Multidisciplinary rounds in oncology and hematology: Are they superior to rapid response teams?

Sr. Editor:

Durante los últimos años el incremento de las posibilidades terapéuticas frente a las neoplasias se asocia a un creciente (y exponencial) número de pacientes que requieren terapias avanzadas, incluido el soporte vital, por infecciones-sepsis, insuficiencia respiratoria, alteraciones neurológicas y/o complicaciones relacionadas con la quimioterapia, y debemos mentalizarnos que es un proceso que seguirá en aumento<sup>1</sup>.

El 15% de los pacientes hematológicos requieren ingreso en el servicio de medicina intensiva (SMI), secundario a su situación clínica y asociado a criterios de isogravedad siendo relativamente bajo el número de pacientes con enfermedad tumoral sólida que ingresan por motivos médicos en comparación con los que ingresan en los postoperatorios de cirugía<sup>2</sup>. Azoulay et al.<sup>3</sup> objetivan un aumento en los pacientes oncológicos y hematológicos que ingresan en el SMI —lo que representa una ocupación de hasta el 15%— y destaca un aumento en la supervivencia tanto en el SMI (mortalidad inferior al 30%), como en el hospital (mortalidad inferior al 40%). Por otra parte, y en lo que respecta a los pacientes hematológicos, los ingresados en el SMI tienen mayor número de remisiones y mejora de la calidad de vida que los no ingresados.

Nuestros datos previos (2000-11) y posteriores (2012-16) a la implementación de rondas multidisciplinarias diarias en el servicio de onco-hematología muestran un aumento del 8% en el número de ingresos en el SMI; reducción de la mortalidad intra-SMI, a los 90 días y post-90 días (44, 54 y 62%) en comparación con el periodo de pre-implantación (53, 61 y 66%)<sup>4</sup>. Las rondas multidisciplinarias, que —desde nuestro punto de vista— podrían superar a los equipos de respuesta rápida, incluyen: valoración diaria en planta; monitorización e instauración de tratamientos avanzados (alto flujo, fluidos, antibióticos, vasopresores, . . .); decisión de ingreso o



no y su precocidad, así como los niveles terapéuticos a alcanzar (ventilación no-invasiva e invasiva, ECMO, HDFVVC, . . .), aunque también pueden ser motivo de ingreso en el SMI los pacientes estables sin compromiso vital que van a recibir algún tipo de terapia que pueda comprometer la vida (CAR T: SDRA, *shock*, . . .).

Finalmente debemos destacar los puntos clave de los acuerdos inter-servicios<sup>5</sup>:

- Disponer de guías específicas para ingreso en el SMI y protocolos terapéuticos tanto para el pre-ingreso como tras el ingreso (disponibles en el 79% en los SMI monográficos y solo el 27% en los SMI polivalentes)
- Reunión diaria entre intensivistas y especialistas de oncología y de hematología (documentada en el 90% de centros monográficos y solo en el 53% de los hospitales generales)
- Asumir que los predictores clásicos de mortalidad han ido perdiendo su valor
- Documentar la seguridad de los tratamientos intensivos en planta de hospitalización
- Asumir que la quimioterapia en el SMI es segura y que su administración no empeora el pronóstico
- Optimizar el paso desde el SMI a cuidados paliativos
- Profundizar en el conocimiento y tratamiento de la toxicidad de la terapia dirigida, de la inmunoterapia y de la bioterapia
- Implementar la evaluación QALY (años de vida ajustados a la calidad)
- Considerar las necesidades específicas de los familiares
- Potenciar la investigación conjunta
- Evaluar los costes
- Considerar el valor añadido de un SMI-oncológico

## Bibliografía

1. Carmona A, Gordo F, Beato C, Castaño J, Jiménez P, Virizuela, et al. Intensive care in cancer patients in the age of immunotherapy and molecular therapies: Commitment of the SEOM-SEMICYUC. *Med Intensiva*. 2018;42:363–9.
2. Vincent F, Soares M, Mokart D, Lemiale V, Bruneel F, Boubaya M, et al. In-hospital and day-120 survival of critically ill solid cancer patients after discharge of the intensive care units: Results of a retrospective multicenter study-A Groupe de recherche respiratoire en réanimation en Onco-Hématologie (Grrr-OH) study. *Ann Intensive Care*. 2018;8:40.
3. Azoulay E, Schellongowski P, Damon M, Bauer PR, Benoit D, Depuydt P, et al. The Intensive Care Medicine research agenda

on critically ill oncology and hematology patients. *Intensive Care Med.* 2017;43:1366–82.

4. Civantos B, Añón JM, Yus S, Asensio MJ, García-de-Lorenzo A. Outcomes of hospitalized hematologic oncology patients receiving rapid response system activation for acute deterioration: another time, another way. *Crit Care.* 2019;23:419.
5. Kiehl MG, Beutel G, Boll B, Buchheidt D, Forkert R, Furrman V, et al. Consensus statement for cancer patients requiring intensive care support. *Ann Hematol.* 2018;97:1271–82.

A. García-de-Lorenzo<sup>a,b,\*</sup>, V. Jiménez<sup>c</sup>, J. Feliu<sup>d</sup>,  
M.J. Asensio<sup>a</sup>, B. Civantos<sup>a</sup> y J.M. Añón<sup>a,e</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España*

<sup>c</sup> *Servicio de Hematología, Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, Madrid, España*

<sup>d</sup> *Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, Madrid, España*

<sup>e</sup> *CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [agdl@telefonica.net](mailto:agdl@telefonica.net)

(A. García-de-Lorenzo).