

## ¿Debemos ingresar a los pacientes oncológicos en la Unidad de Cuidados Intensivos?

### Do we have to admitt cancer patients to the intensive care unit?

Sr. Director:

Cada día es mayor el número de pacientes con cáncer que ingresan en la UCI, bien sea por complicaciones relacionadas con el mismo o por efectos secundarios derivados del tratamiento. La decisión de ingresar este tipo de pacientes en UCI presenta, a veces, dilemas éticos al no conocerse muy bien el pronóstico de este tipo de pacientes en el marco de la UCI.

Para conocer el pronóstico de los pacientes con cáncer que ingresaron en UCI, en comparación con los pacientes sin cáncer, se llevó a cabo un estudio observacional de cohortes retrospectivo en una UCI polivalente de 20 camas perteneciente a un hospital terciario, durante un período de 33 meses. Se recogieron variables demográficas como la edad, el sexo, estancia, motivo de ingreso, tipo de tumor, necesidad de ventilación mecánica, neutropenia, haber recibido quimioterapia previa al ingreso y la mortalidad en la UCI. También se comparó la mortalidad y la estancia en la UCI con un grupo control de similares características, admitidos en UCI durante el mismo período, pero sin el diagnóstico de cáncer.

Durante el período de estudio fueron admitidos 2.118 pacientes en la UCI, de los cuales tenían cáncer 100 (4,7%). Estos enfermos oncológicos ingresaron por insuficiencia respiratoria aguda (37%), sepsis grave (28%), deterioro neurológico (13%), hemorragias (8%), parada cardiorrespiratoria recuperada (6%), y monitorización no posquirúrgica (6%). El 54% procedían de servicios médicos y el 46% de servicios quirúrgicos. El 61% eran varones con una edad media de  $58 \pm 15$  años. El 84% padecían un tumor sólido y el 16% hematológico. El 12% tenía neutropenia ( $< 1.000$  leucocitos/ $\text{mm}^3$ ) al ingreso, y el 23% había recibido quimioterapia en los tres meses anteriores. Al ingresar en la UCI el Apache II fue de  $17 \pm 7$ . El 74% requirió ventilación mecánica durante más de 24 h y el 29% traqueostomía. La estancia media fue de  $11 \pm 12$  días y la mortalidad del 46%. Presentaron un fracaso orgánico múltiple el 69%. No hallamos una relación significativa entre las variables recogidas y la mortalidad.

Al comparar este grupo de pacientes oncológicos con un grupo control de 772 pacientes similares sin cáncer, que requirieron ingreso en UCI no hallamos diferencias en la mortalidad (46 vs. 42%,  $p=0,44$ ). Los pacientes no oncológicos

tenían una edad y un Apache II similares a los enfermos con cáncer. Sin embargo, la estancia media en la UCI fue significativamente menor en los pacientes no oncológicos ( $11 \pm 12$  vs.  $5,6 \pm 7,6$  días;  $p < 0,05$ ).

En conclusión, esta serie de pacientes con cáncer admitidos en la UCI ingresan en su mayoría por problemas respiratorios y que, aunque requieren una mayor estancia hospitalaria, la mortalidad es comparable con la de los pacientes sin cáncer. Estos resultados son comparables a los obtenidos en estudios anteriores<sup>1,2</sup> y en un estudio reciente multicéntrico europeo<sup>3</sup>.

El hecho de que la mortalidad de los pacientes oncológicos en la UCI sea comparable a la de pacientes críticos sin cáncer es relevante porque puede modificar la conducta ante un paciente con cáncer que requiera ingreso en UCI. Así, no se justifica no ingresar a un paciente con estas características por el solo hecho de padecer cáncer. Tampoco las características de la neoplasia de base parecen determinantes a la hora de decidir su ingreso en UCI, aunque tenga neutropenia<sup>4</sup>. El principal factor de riesgo de muerte en la UCI es el número de fallos orgánicos al ingreso y, entre ellos, sobre todo, el fallo respiratorio<sup>5</sup>.

### Bibliografía

1. Staudinger T, Stoiser B, Müllner M, Locker GJ, Laczika K, Knapp S, et al. Outcome and prognostic factors in critically ill cancer patients admitted to the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2000;28:1322–8.
2. Cherif H, Martling CR, Hansen J, Kalin M, Björkholm M. Predictors of short and long-term outcome in patients with haematological disorders admitted to the intensive care unit for a life-threatening complication. *Support Care Cancer*. 2007;15:1393–8.
3. Taccone FS, Artigas AA, Sprung CL, Moreno R, Sakr Y, Vincent JL. Characteristics and outcomes of cancer patients in European ICUs. *Crit Care*. 2009;13:R15 [Epub ahead of print].
4. Blot F, Guiguet M, Nitenberg G, Leclercq B, Gachot B, Escudier B. Prognostic factors for neutropenic patients in an intensive care unit: respective roles of underlying malignancies and acute organ failures. *Eur J Cancer*. 1997;33:1031–7.
5. Azoulay E, Moreau D, Alberti C, Leleu G, Adrie C, Barboteu M, et al. Predictors of short-term mortality in critically ill patients with solid malignancies. *Intensive Care Med*. 2000;26:1817–23.

J.J. Cáceres Agra, L. Santana Cabrera\*, M. Sánchez-Palacios y E. Hernández Medina

*Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Gran Canaria, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lsancabx@gobiernodecanarias.org](mailto:lsancabx@gobiernodecanarias.org) (L. Santana Cabrera).