



## ARTÍCULO DEL MES

### **High-value care for critically ill oncohematological patients: what do we know thus far?.**

#### **1. Título del comentario en formato de pregunta de investigación.**

Atención de alto valor para pacientes oncohematológicos críticos: ¿qué sabemos hasta ahora?

#### **2. Revisor/es.**

Margarita Tavella Ex Directora Comité Oncología Crítica SATI , Miembro Comité Oncología Crítica Fepimcti 1

Viviana Reyes Ex Directora Comité Oncología Crítica SATI , Miembro Comité Oncología Crítica Fepimcti 2

#### **3. Institución.**

1 Instituto Alexander Fleming, Hospital de Clínicas José de San Martín

2 Instituto Oncológico Ángel H. Roffo, Centro GALLEGO

#### **4. Dirección para correspondencia.**

oncocriticasati@gmail.com

#### **5. Referencia completa del artículo seleccionado.**

Atallah FC, Caruso P, Nassar AP Junior, Torelly AP, Amendola CP, Salluh JIF, Romano TG. High-value care for critically ill oncohematological patients: what do we know thus far? Crit Care Sci. 2023 Mar 1;35(1):84-96. doi: 10.5935/2965-2774.20230405-en. PMID: 37712733; PMCID: PMC10275311.

#### **6. Resumen del artículo original.**

El artículo "High-value care for critically ill oncohematological patients: what do we know thus far" revisa la literatura actual sobre la atención de alta calidad para pacientes oncohematológicos en estado crítico. Los autores identifican los siguientes componentes clave de la atención de alto valor:

- **Atención centrada en el paciente:** Involucrar al paciente y a su familia en la toma de decisiones sobre su atención.
- **Atención basada en la evidencia:** Utilizar evidencia científica para guiar las decisiones de tratamiento.
- **Cuidado coordinado:** Asegurar una comunicación y coordinación efectiva entre los diferentes proveedores de atención médica.
- **Atención segura:** Minimizar el riesgo de eventos adversos.
- **Atención eficiente:** Utilizar los recursos de manera eficiente y evitar el desperdicio.



Los autores también discuten los desafíos para brindar atención de alto valor a pacientes oncohematológicos en estado crítico, como la complejidad de la enfermedad, la fragilidad de los pacientes y la escasez de recursos. A pesar de estos desafíos, los autores argumentan que es posible brindar atención de alto valor a estos pacientes mediante la implementación de intervenciones efectivas y la adopción de un enfoque centrado en el paciente.

Este artículo enfatiza el ingreso oportuno a la UCI para pacientes con cáncer críticamente enfermos. El ingreso retrasado y la oxigenoterapia se correlacionan con una mayor mortalidad, mientras que el traslado rápido a la UCI mejora los resultados. Criterios objetivos como la puntuación MEWS pueden guiar el momento óptimo de admisión.

El diagnóstico de cáncer por sí solo no predice resultados a corto plazo. La gravedad de la disfunción orgánica y el estado funcional son factores pronósticos más cruciales.

Los ensayos de tiempo limitado (TLT) son valiosos para pacientes con beneficios inciertos del apoyo total de la UCI. El comportamiento de disfunción orgánica dentro de 3 a 5 días predice la mortalidad en pacientes con cáncer y que requieren ventilación o vasopresores. La duración de la TLT puede variar según el tipo de malignidad y el nivel de disfunción orgánica.

La organización y el equipo de la UCI impactan en el resultado de pacientes oncológicos críticos. Estudios muestran que modelos con mayor dotación de personal y presencia de farmacéuticos clínicos se asocian a mejor supervivencia.

La comunicación efectiva entre oncólogos e intensivistas es crucial debido a las particularidades del cáncer. Encuestas revelan potenciales conflictos en el manejo, pero las reuniones diarias reducen estas diferencias.

Un análisis reciente propone tres "fenotipos" de UCI basados en la organización: autonomía de enfermería, presencia de farmacéutico y cobertura por intensivistas certificados 24/7 enfocados en titulación de fármacos, sedación y nutrición, movilización activa, destete de la ventilación mecánica y medicación para controlar los síntomas. Las UCI con las tres características combinadas presentaron mejores resultados.

El enfoque para diagnosticar enfermedades de las vías respiratorias comienza con la evaluación clínica. Las pruebas de imagen ayudan a descartar opciones diagnósticas, pero no suelen determinar la causa exacta, realizar una broncoscopia parece más efectiva, considerar la biopsia transbronquial o una cirugía de pulmón abierta. La biopsia transbronquial tiene mayor riesgo en pacientes con ciertas condiciones, mientras que la cirugía de pulmón se reserva para casos excepcionales.

En general, el lavado broncoalveolar es más efectivo para diagnósticos



infecciosos, mientras que la biopsia transbronquial lo es para enfermedades con afectación peribronquial. Se pueden combinar para mayor efectividad. La cirugía de pulmón abierta tiene mayor riesgo de sangrado y se reserva para casos específicos.

La mortalidad hospitalaria por IRA en cánceres es del 50%, dependiendo de la causa, gravedad y necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI). La ventilación no invasiva (VNI) se intenta primero en muchos casos, pero fallar en ella se asocia a mayor mortalidad.

Si bien estudios previos sugerían beneficios de la VNI temprana, investigaciones recientes no lo confirman. La cánula nasal de alto flujo parece prometedora, aunque no hay estudios que demuestren su superioridad ante VNI u oxígeno estándar en pacientes con cáncer. La mortalidad hospitalaria por IRA ha disminuido en estos pacientes, posiblemente por mejor manejo de la causa, ingreso temprano a UCI y ventilación protectora.

En pacientes neutropénicos con fiebre, la primera dosis de antibiótico es vital. Se debe administrar dentro de la primera hora tras extraer muestras de sangre para cultivo. La sospecha de infección obliga a una atención médica urgente.

Los antibióticos deben cubrir bacterias comunes, especialmente gram-negativas. La vancomicina se reserva para casos específicos de sospecha de infección por gram-positivas.

Si no se detectan bacterias gram-positivas, el tratamiento antibiótico puede suspenderse tras 48-72 horas. En pacientes colonizados con bacterias resistentes a vancomicina, el tratamiento se guía por criterios clínicos específicos.

Los hongos no son la causa inicial usual de fiebre. El tratamiento antifúngico se reserva para pacientes con sospecha fuerte (datos clínicos o radiológicos) tras 4-7 días de fiebre persistente. Caspofungin es la primera opción, seguido por anfotericina B liposomal y fluconazol como alternativas. La elección específica depende del caso

En general, la quimioterapia en UCI se acepta para pacientes con neoplasias hematológicas que presentan disfunción orgánica por complicaciones como síndrome de hiperviscosidad, leucocitosis y crisis blástica. Para tumores sólidos, la quimioterapia en UCI se justifica ante complicaciones como insuficiencia hepática por metástasis, obstrucciones tumorales gastrointestinales e insuficiencia respiratoria por obstrucción bronquial en cáncer de pulmón. Sin embargo, salvo en carcinomas de pulmón de células pequeñas y algunos tumores de células germinales con complicaciones, la quimioterapia de emergencia en UCI para tumores sólidos se asocia a mayor mortalidad.

Los familiares de pacientes que experimentan una enfermedad crítica presentan



más síntomas asociados a ansiedad, depresión y estrés postraumático que los propios pacientes y medidas sencillas como tiempo dedicado a la comunicación, con conferencias proactivas sobre el final de la vida y una copia impresa de las pautas de la unidad pueden ayudar a reducir dichos síntomas. Las interacciones entre intensivistas, otros médicos y familiares son otros medios para atender estos síntomas, con costos mínimos pero un impacto significativo.

Para pacientes oncológicos en la UCI, la atención paliativa es crucial. Estos pacientes suelen enfrentar dolor, ansiedad y angustia. Integrar cuidados paliativos en este contexto mejora la calidad de vida de pacientes y familiares, promueve las decisiones anticipadas y reduce tratamientos innecesarios para prolongar la vida.

La eficiencia de la UCI en lograr objetivos clínicos, manteniendo un ambiente humanizado, debe ser la prioridad de los gerentes. Pese al énfasis en tecnología, el "factor humano" media los resultados. La tensión en la UCI, personal insuficiente y falta de recursos afectan negativamente al equipo.

La calidad de vida de sobrevivientes se ve afectada: un estudio observó asociación entre mala calidad de vida previa y peor pronóstico a los 18 meses. En cánceres hematológicos, se observó deterioro físico y mental a los 3 y 12 meses.

Además, la pérdida de funcionalidad tras la UCI impacta la continuidad del tratamiento oncológico. Hasta un 80% de pacientes con cáncer dados de alta de la UCI podrían no recibir quimioterapia óptima. Esto subraya la importancia de discutir tempranamente los objetivos de cuidado considerando que el alta de la UCI no garantiza la supervivencia del cáncer

a) Justificación. La redacción de este documento es uno de los primeros pasos para generar conciencia y comenzar un debate sobre la atención de alto valor en diversos escenarios de salud de los pacientes oncohematológicos.

b) Objetivo La mejora en el conocimiento fisiopatológico de este grupo de pacientes, así como las opciones de tratamiento cada vez mejores y más específicas para su enfermedad subyacente, ha llevado a un aumento significativo en su supervivencia durante las últimas tres décadas

c) Diseño. Metodología del estudio: El artículo es una revisión narrativa de la literatura.

d) Lugar. Brasil

e) Sujetos. pacientes oncohematológicos críticamente enfermos que requieren atención en unidades de cuidados intensivos UCI y sus familias, así como también el artículo también hace referencia a otros sujetos involucrados en el proceso de atención, como los intensivistas, oncólogos, y el personal de salud que brinda cuidados en la UCI.



h) Principales Medidas de Resultados. La principal medida de resultado evidenciada en el artículo se centra en la mejora de los **resultados clínicos** de los pacientes oncohematológicos críticamente enfermos que son admitidos en unidades de cuidados intensivos (UCI). Esto incluye aspectos como la **mortalidad hospitalaria**, la **duración de la estancia en la UCI**, y la **calidad de vida** post-admisión, estas medidas son fundamentales para evaluar la efectividad de las intervenciones y estrategias implementadas en el cuidado de pacientes oncohematológicos en estado crítico.

i) Resultados Del estudio:

1. Calidad de Vida :Se observó que los pacientes con malignidades hematológicas experimentan una calidad de vida deteriorada asociada con problemas de salud física y mental, especialmente en los seguimientos a 3 y 12 meses después de la admisión a la UCI

2. Continuidad del Tratamiento Oncológico: Se destacó que hasta el 80% de los pacientes con cáncer dados de alta de la UCI pueden no recibir la quimioterapia óptima, lo que subraya la importancia de discutir los objetivos de atención y la planificación del tratamiento desde el ingreso a la UCI.

3. Rehabilitación Post-UCI: Se sugiere que los pacientes con cáncer deberían ser considerados para programas de rehabilitación después de una enfermedad crítica, ya que la pérdida de capacidad funcional puede afectar su elegibilidad para terapias oncológicas efectivas.

4. Intervenciones Tempranas: La admisión oportuna a la UCI y la intervención temprana se asocian con mejores resultados clínicos, lo que indica que la rapidez en la atención puede ser un factor determinante en la supervivencia y recuperación de los pacientes.

5. Impacto de la Atención Paliativa Se enfatiza la necesidad de integrar la atención paliativa en el manejo de pacientes críticos, lo que puede mejorar la experiencia del paciente y la toma de decisiones en situaciones complejas.

6. Estrategias de Mejora de Resultados: Se proponen estrategias que combinan la mejora de la fuerza muscular, la nutrición, y el estado cognitivo para contrarrestar los efectos del síndrome postcuidados intensivos (PICS), lo que es especialmente relevante para los pacientes con cáncer.

Estos resultados reflejan la complejidad de la atención a pacientes oncohematológicos en estado crítico y la necesidad de un enfoque multidisciplinario que considere tanto los aspectos clínicos como los de calidad de vida y continuidad del tratamiento.

j) Conclusiones.



Se resalta la importancia de implementar políticas de atención de alto valor para pacientes oncohematológicos críticamente enfermos, enfatizando que estas medidas pueden mejorar significativamente los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

En respuesta al interrogante inicial sobre qué constituye una atención de alto valor en este contexto, el artículo sugiere que:

1. *Colaboración Interdisciplinaria*: La integración de oncólogos e intensivistas es crucial para alinear los objetivos de tratamiento y reducir conflictos en la toma de decisiones, lo que puede llevar a una atención más coherente y centrada en el paciente.

2. *Admisión Oportuna a la UCI*: La rapidez en la admisión a la UCI y el uso de criterios objetivos para determinar la necesidad de cuidados intensivos son fundamentales para mejorar los resultados y reducir la mortalidad.

3. *Enfoque en la Calidad de Vida*: Es esencial considerar la calidad de vida de los pacientes y su capacidad para continuar con tratamientos oncológicos después de la UCI, lo que implica una planificación cuidadosa y discusiones sobre los objetivos de atención desde el inicio.

4. *Rehabilitación y Soporte Post-UCI*: La atención no debe finalizar con el alta de la UCI; se debe considerar la rehabilitación física y nutricional para ayudar a los pacientes a recuperar su funcionalidad y elegibilidad para tratamientos futuros.

5. *Estrategias de Mejora Continua*: La implementación de estrategias que aborden tanto los aspectos clínicos como los psicosociales puede generar "desviaciones positivas" en la atención, mejorando la experiencia del paciente y los resultados generales.

En resumen, el artículo concluye que la atención de alto valor para pacientes oncohematológicos en estado crítico no solo se centra en la supervivencia, sino también en la calidad de vida y la continuidad del tratamiento, lo que requiere un enfoque integral y colaborativo en la atención médica.

l) Declaración de conflictos de interés. Ninguno

m) E-mail de correspondencia de los autores del artículo original.  
fernandachohfi@gmail.com

## **7. Palabras clave.**

*Costo de la enfermedad; Enfermedad crítica; Costos hospitalarios; Unidades de cuidados intensivos; Atención de bajo valor; Neoplasias; Gestión de la*



*atención al paciente.*

**8. Comentario crítico.** El artículo presenta un examen oportuno y crítico sobre la atención de alto valor para pacientes oncohematológicos críticamente enfermos en unidades de cuidados intensivos (UCI). A medida que aumenta el número de pacientes con cáncer que requieren admisión en la UCI, la necesidad de estrategias de manejo efectivas se vuelve cada vez más urgente. Los autores destacan la importancia de comprender qué constituye la atención de alto valor, definida como aquella que mejora los resultados del paciente mientras minimiza los costos. Este enfoque dual es esencial en un panorama de atención médica donde los recursos a menudo son limitados.

Una de las fortalezas del artículo es su identificación de diez dominios clave que son cruciales para ofrecer atención de alto valor. Estos dominios abarcan una amplia gama de consideraciones, desde políticas de admisión en la UCI hasta el impacto a largo plazo de la enfermedad crítica en los pacientes con cáncer. Al abordar estas áreas, los autores proporcionan un marco integral que puede guiar a los proveedores de atención médica en la optimización del cuidado para esta población vulnerable. La énfasis en las admisiones oportunas a la UCI, por ejemplo, subraya la naturaleza crítica de la intervención rápida para mejorar los resultados del paciente, especialmente en casos donde las demoras pueden llevar a un aumento de la mortalidad.

Además, el artículo integra de manera efectiva las perspectivas tanto de los pacientes como de los proveedores de atención médica. Reconoce la importancia de las experiencias de los pacientes y sus familias en el proceso de atención, abogando por una comunicación efectiva y la toma de decisiones compartida. Este enfoque holístico es encomiable, ya que reconoce que la atención de alto valor va más allá de los resultados clínicos e incluye el bienestar emocional y psicológico de los pacientes y sus familias.

Sin embargo, aunque el artículo presenta un marco sólido, podría beneficiarse de una exploración más detallada de los desafíos prácticos en la implementación de estas estrategias. Por ejemplo, los autores mencionan la necesidad de criterios objetivos para las admisiones a la UCI, pero no profundizan en las posibles barreras que los sistemas de salud pueden enfrentar al adoptar tales medidas. Además, la discusión sobre la integración de la atención paliativa podría ampliarse para abordar cómo equilibrar el tratamiento agresivo con las consideraciones de calidad de vida.

En conclusión, el artículo sirve como un recurso valioso para los profesionales de la salud que buscan mejorar la calidad de la atención para pacientes con





cáncer críticamente enfermos. Al enfatizar la atención de alto valor y proporcionar ideas prácticas, sienta las bases para futuras discusiones e iniciativas destinadas a mejorar los resultados de los pacientes en el entorno de la UCI. Sin embargo, abordar los desafíos prácticos de implementación será crucial para traducir estas recomendaciones en una práctica efectiva.

#### 10. Bibliografía.

1. Miller KD, Siegel RL, Lin CC, Mariotto AB, Kramer JL, Rowland JH, et al. Cancer treatment and survivorship statistics. *CA Cancer J Clin.* 2016;66(4):271–289. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Schellongowski P, Staudinger T, Kundi M, Laczika K, Locker GJ, Bojic A, et al. Prognostic factors for intensive care unit admission, intensive care outcome, and post-intensive care survival in patients with de novo acute myeloid leukemia: a single center experience. *Haematologica.* 2011;96(2):231–237. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
3. Azoulay E, Pène F, Darmon M, Lengliné E, Benoit D, Soares M, Vincent F, Bruneel F, Perez P, Lemiale V, Mokart D; Groupe de Recherche Respiratoire en Réanimation Onco-Hématologique (Grrr-OH) Managing critically ill hematology patients: iime to think differently. *Blood Rev.* 2015;29(6):359–367. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
4. Azoulay E, Mokart D, Lambert J, Lemiale V, Rabbat A, Kouatchet A, et al. Diagnostic strategy for hematology and oncology patients with acute respiratory failure: randomized controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010;182(8):1038–1046. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
5. Blayney DW, Simon MK, Podtschaske B, Ramsey S, Shyu M, Lindquist C, et al. Critical lessons from high-value oncology practices. *JAMA Oncol.* 2018;4(2):164–171. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
6. Bradley EH, Curry LA, Ramanadhan S, Rowe L, Nembhard IM, Krumholz HM. Research in action: using positive deviance to improve quality of health care. *Implement Sci.* 2009;4:25–25. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
7. Marsh DR, Schroeder DG, Dearden KA, Sternin J, Sternin M. The power of positive deviance. *BMJ.* 2004;329(7475):1177–1179. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
8. Walker LO, Sterling BS, Hoke MM, Dearden KA. Applying the concept of positive deviance to public health data: a tool for reducing health disparities. *Public Health Nurs.* 2007;24(6):571–576. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
9. Marsh DR, Pachón H, Schroeder DG, Ha TT, Dearden K, Lang TT, et al. Design of a prospective, randomized evaluation of an integrated nutrition program in rural Viet Nam. *Food Nutr Bull.* 2002;23(4 Suppl):36–47. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
10. Ahrari M, Kuttub A, Khamis S, Farahat AA, Darmstadt GL, Marsh DR, et al. Factors associated with successful pregnancy outcomes in upper Egypt: a positive deviance inquiry. *Food Nutr Bull.* 2002;23(1):83–88. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]