

Admission of Lung Cancer Patients to Intensive Care Units

Admissão de Doentes com Cancro do Pulmão nas Unidades de Cuidados Intensivos

Keywords: Critical Care; Hospital Mortality; Intensive Care Units; Lung Neoplasms/mortality

Palavras-chave: Cuidados Críticos; Mortalidade Hospitalar; Neoplasias do Pulmão/mortalidade; Unidades de Cuidados Intensivos

To the Editor,

It is known that advances in lung cancer treatment over the last two decades have improved survival rates. Nevertheless, about 40% of patients with lung cancer visit the emergency department at least once during the course of their disease and 63% of these visits lead to hospital admission.¹ When in need of critical care support, physicians have difficulties deciding whether to palliate or admit them in an Intensive Care Unit (ICU).

In our institution, a secondary hospital in the Lisbon Metropolitan Area, in Portugal, we investigated the characteristics of lung cancer patients admitted in the ICU. We retrospectively reviewed the medical charts of all patients with a diagnosis of lung cancer admitted to the ICU between September 1st 2015 and June 1st 2018. Collected data is summarized in Table 1.

Table 1 – Main patient characteristics and outcomes

	All patients	Deaths	Survivors
Age (mean ± SD, years)	61.4 (± 11.6)	63.6 (± 9.3)	60.1 (± 8.4)
Gender			
» male	14 (63.6%)	8 (57.1%)	6 (42.9%)
» female	8 (36.4%)	5 (62.5%)	3 (37.5%)
Histology type			
» NSCLC	17 (77.2%)	7 (41.2%)	10 (58.8%)
» SCLC	5 (22.7%)	1 (20%)	4 (80%)
Stage			
» Unknown	3 (13.6%)	3	0
» III	2 (9.1%)	1	1
» IV	17 (77.2%)	9	8
Performance status			
» PS 0	16 (72.7%)	5 (31.3%)	11 (68.8%)
» PS 1 – 3	6 (27.3%)	3 (50%)	3 (50%)
Cardiovascular comorbidity	9 (40.9%)	3 (33.3%)	6 (66.7%)
Respiratory comorbidity	6 (27.3%)	3 (50%)	3 (50%)
Cause of admission: sepsis	17 (77.3%)	7 (41.2%)	9 (52.9%)
Cause of admission: other than sepsis	5 (22.7%)	1 (20%)	4 (80%)

ICU: intensive care unit; NSCLC: non small cell lung cancer; SCLC: small cell lung cancer; PS: performance status

Luís CARRETO¹, Carla SIMÃO¹, Miguel SILVEIRA¹, Maria Amélia ALMEIDA²

1. Pneumology Department. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca E.P.E. Amadora, Portugal.

2. Oncology Department. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca E.P.E. Amadora, Portugal.

✉ Autor correspondente: Luís Carreto. luis.carreto@hff.min-saude.pt

Recebido: 13 de maio de 2019 – Aceite: 30 de maio de 2019 | Copyright © Ordem dos Médicos 2019

<https://doi.org/10.20344/amp.12312>

We found 22 admissions for 22 patients, mostly male (63.6%) and with an average age of 61.4 years. Mortality in the ICU was 36.3% (n = 8), which is in agreement with other studies.^{2,3} From a pool of 17 sepsis patients, 41.2% (n = 7) died in the ICU, while only 1 out of 5 non-septic patients died (20%). The diagnoses of non-septic patients were the following: anaphylactic shock, drug-induced interstitial pneumonitis, cardiac tamponade, intestinal occlusion and metastasectomy in the central nervous system.

In our data, neither age, sex, cancer type, stage, nor the presence of comorbid diseases seems to correlate with mortality, which is in line with other studies.^{2,3} We understand that our study has some limitations, mainly due to the small size of our sample. Yet, we hope to discuss this topic among our clinical community. Lung cancer patients are usually perceived as having worse ICU outcomes compared to patients with other malignancies. However, Soares et al have proved, in a multinational study,⁴ that mortality rates are similar. They even reported 25 patients who safely received urgent chemotherapy and/or radiotherapy during ICU stay without increased mortality or toxicity.

We believe that an ICU admission should not be refused to lung cancer patients based purely on the diagnosis and/or its stage. The decision is complex and should involve pneumologists, oncologists, intensivists and, most importantly, the patient's wishes.



REFERENCES

- Gorham J, Ameye L, Berghmans T, Sculier JP, Meert AP. The lung cancer patient at the emergency department: a three-year retrospective study. *Lung Cancer*. 2013;203-8.
- Hwang KE, Seol CH, Hwang YR, Kim HR. The prognosis of patients with lung cancer admitted to the medical intensive care unit. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2016;12:e118-24.
- Soares M, Salluh JI, Torres VB, Leal JV, Spector N. Short- and long-term outcomes of critically ill patients with cancer and prolonged ICU length of stay. *Chest*. 2008;134:520-6.
- Soares M, Toffart AC, Timsit JF, Burghi G, Irrazábal C, Pattison N, et al. Intensive care in patients with lung cancer: a multinational study. *Ann Oncol*. 2014;25:1829-35.

Definição do Conceito de Morte Antecipada em Português

Definition of the Concept of Hastened Death in Portuguese

Palavras-chave: Atitude Frente à Morte; Suicídio Assistido/ psicologia

Keywords: Attitude to Death; Suicide, Assisted/psychology

Ao Editor,

Em Portugal é frequente a utilização do termo morte assistida. Neste âmbito, considera-se que uma pequena nota sobre o tema é merecida.

Terá sido Bacon (1605) o primeiro a referir-se à eutanásia em contexto médico. Ao longo dos anos, as atitudes perante a eutanásia têm mudado, aumentando o número de países ou estados que legalizaram a sua prática.¹ Com essa evolução, o conceito foi-se desenvolvendo, surgindo distinções referentes à sua prática, como a eutanásia voluntária, não voluntária, involuntária, ativa e passiva, e o suicídio assistido. O termo morte assistida ou morte medicamente assistida tem sido frequentemente utilizado quando se fala de eutanásia ou suicídio assistido. Veja-se o caso do Canadá em que a legislação sobre a eutanásia e o suicídio assistido intitula-se Assistência Médica na Morte (tradução dos autores). Segundo Downie,² a morte assistida é um termo abrangente e pressupõe um ato ou omissão intencional de uma pessoa sobre a outra e inclui as várias

formas de eutanásia e o suicídio assistido. Entende-se que existe uma falta de rigor no termo morte assistida, uma vez que pode apontar para um procedimento que não implique uma antecipação do momento da morte. Na verdade, a morte deseja-se assistida, seja medicamente ou familiarmente, sendo normalmente lamentada a ideia de uma pessoa morrer sozinha.³ Assim, os autores entendem que o conceito 'morte antecipada' será mais rigoroso e esclarecedor quando se faz referência a qualquer tipo de eutanásia e ao suicídio assistido. Implica uma ação ou omissão de uma pessoa sobre a outra, com o objetivo de antecipar o momento da morte de alguém.

A exclusão do termo 'medicamente' neste novo conceito não visa desresponsabilizar ou excluir os médicos no processo de antecipação da morte, nem retirar a discussão da esfera da medicina. Contudo, a controvérsia sobre o tema não se centra na participação ou não dos médicos, mas sim na possibilidade de se antecipar a morte de alguém a seu pedido. Nesse sentido, a unificação deste fenómeno num único termo de "morte antecipada", em substituição da "morte assistida" poderá contribuir para uma maior clarificação sobre aquilo que está em causa e deste modo ajudar as pessoas na sua compreensão.

Salienta-se que o termo 'morte antecipada' não pretende ser um elemento dissuasor e perturbador de uma discussão responsável sobre a eutanásia e o suicídio assistido. Este termo tomou forma devido à preocupação dos autores com o rigor científico.

REFERÊNCIAS

- Youngner SJ, Arnold MR, editors. *The Oxford Handbook of Ethics at the End of Life*. Oxford: Oxford University Press; 2016.
- Downie J. Dying justice: a case for decriminalizing euthanasia & assisted suicide. Toronto: University of Toronto Press; 2004.
- Seale C. Media constructions of dying alone: a form of "bad death." *Soc Sci Med*. 2004;58:967-74.

Sílvia MARINA^{1,2}, Inês COSTA-MAIA^{1,3}, Miguel RICOU^{1,2}

1. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto. Portugal.

2. CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto. Portugal.

3. Plataforma Europeia Wish to Die. Porto. Portugal.

✉ Autor correspondente: Miguel Ricou. mricou@med.up.pt

Recebido: 26 de maio de 2019 – Aceite: 28 de maio de 2019 | Copyright © Ordem dos Médicos 2019

<https://doi.org/10.20344/amp.12359>

