

DOI: 10.25237/revchil anestv52n8-01

¿Es necesaria una subespecialidad en onco anestesia?

Oncoanesthesiology is it a necessary subspeciality?

María Loreto Astudillo^{1,*}

¹ Anestesiología Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile.
Profesor Auxiliar Universidad de Valparaíso. Chile.
Presidente Comité de Anestesia Oncológica, SACH.

El cáncer es una enfermedad que ha estado presente en la historia de la humanidad desde sus inicios. Los primeros documentos que describen el cáncer se sitúan en el Antiguo Egipto (1600 - 1400 a.C.) e Hipócrates en el año 400 a.C. acuñó el término "cáncer" al describir lesiones tumorales de aspecto similar a un cangrejo. Durante la Edad Media se comenzaron a realizar extirpaciones y cauterizaciones de tumores pequeños, se usaron pastas y sustancias corrosivas para tratar aquella enfermedad que fuera visible al ojo humano. En el siglo XVII se descartó la teoría de los humores como la causa del cáncer cuando se logró describir la existencia de los vasos linfáticos; pero seguía siendo considerada como incurable y la cirugía se reservaba sólo para casos extremos, avanzados y en pacientes capaces de soportar un doloroso tratamiento basado en la extirpación o amputación de la zona comprometida.

Posteriormente, los avances del siglo XIX con el uso del microscopio, el estudio anatómico sistemático, el descubrimiento de la antisepsia, los antibióticos, y la anestesia, permitieron ampliar las posibilidades terapéuticas en el manejo de los tumores sólidos. La resección amplia de neoplasias, la disección minuciosa de estructuras, la reparación del tejido dañado y el manejo del dolor intraoperatorio permitieron el nacimiento de la cirugía oncológica.

El comienzo del siglo XX fue testigo de progresos importantes en la comprensión de las estructuras, funciones y química de los organismos vivos. La investigación del cáncer en cultivos celulares, carcinógenos químicos, técnicas de diagnóstico, y quimioterapia estableció firmemente a la oncología como una ciencia.

En la actualidad, el cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares. Según WHO (World Health Organization), el año 2020 un número aproximado de 20 millones de personas en el mundo se vieron afectadas por esta patología; al 2040, la incidencia y la mortalidad se espera crezcan 50%[1]. Mejoras en la detección y nuevos tratamientos efectivos contra el cáncer han generado un aumento significativo en el número de sobrevivientes que siguen necesitando servicios perioperatorios para la atención de nuevos tumores primarios, recurrencia de la enfermedad y atención quirúrgica no oncológica.

Considerando estos datos, las implicancias económicas por los años de vida saludables perdidos la han transformado en un problema de Salud Pública. Este incremento de la incidencia va asociado al estilo de vida poco saludable, el contacto permanente con carcinógenos ambientales, el aumento de la esperanza de vida y el antecedente de enfermedades cardiovasculares.

Este cambio en el perfil epidemiológico del cáncer obligó a nuestro país a generar el Plan Nacional del Cáncer el año 2017[2], que busca, entre otros objetivos, crear políticas de formación de recurso humano para el tratamiento del cáncer: especialistas médicos, otros profesionales de la salud e investigadores. Por lo anterior, cabe preguntar, ¿es necesario en anestesiología tener una formación especial para poder conseguir las competencias necesarias y brindar una atención adecuada y segura en pacientes que serán sometidos a alguna cirugía oncológica?

Para responder esta pregunta debemos considerar que la cirugía es uno de los pilares fundamentales en oncología. El 80% de los pacientes podrían requerir alguna intervención quirúrgica durante su tratamiento; ya sea para diagnóstico, resección tumoral, manejo de complicaciones o cuidados paliativos. Por lo tanto, la posibilidad de que un anestesiólogo deba administrar anestesia a pacientes oncológicos es cada vez más alta.

En este escenario, el objetivo de la anestesia oncológica es *minimizar la morbilidad perioperatoria y posquirúrgica; y reducir la incidencia de dolor persistente del cáncer para que los pacientes puedan comenzar en el posoperatorio la quimioterapia o radioterapia planificadas; es decir, regresar al tratamiento oncológico previsto (RIOT) a tiempo para reducir la metástasis y la recurrencia*[3]. Los anestesiólogos deben contribuir a mejorar la calidad de la atención en el paciente oncológico en forma activa y participar en el equipo multidisciplinario durante todas las etapas del perioperatorio basado en las siguientes competencias:

1. Un conocimiento profundo de la biología del cáncer, su comportamiento específico y sobre los tratamientos coadyuvantes con sus efectos adversos a nivel cardiovascular, hemático, renal, hepático y sistema nervioso central.
2. Realizar una evaluación preoperatoria detallada con un es-

maria.astudillo@falp.org

*ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6788-4373>

ISSN: 0716-4076



tudio cardiovascular adecuado para estimar el riesgo y la preparación preoperatoria específica según la cirugía propuesta en un tiempo acotado.

3. Coordinar la prehabilitación, alentar a corregir conductas poco saludables y optimizar aquellas patologías de base descompensadas.
4. Lograr una comunicación efectiva con el paciente y su familia.
5. Proponer un plan anestésico, manejo de vía aérea y monitorización acorde a la complejidad de la intervención.
6. Conocer el efecto de los fármacos anestésicos y del estrés quirúrgico sobre la inmunosupresión que podrían elevar el riesgo de recurrencia.
7. Coordinar el apoyo de otras unidades como banco de sangre, radiología y laboratorio que puedan ser requeridas durante la cirugía.
8. Conocer y manejar las complicaciones que ocurren durante una cirugía oncológica específica.
9. Programar un plan analgésico posoperatorio que permita una rehabilitación óptima y reduzca la incidencia de dolor crónico después de la cirugía.
10. Conocer alternativas de manejo del dolor crónico oncológico y paliativo.
11. Promover la investigación enfocada en la comprensión del impacto de las estrategias anestésicas y perioperatorias a largo plazo; y difundir este conocimiento.

La creación de un programa de subespecialización se justifica realmente cuando se cumplen los siguientes criterios[4]:

1. El área en cuestión tiene un impacto para una gran cantidad de pacientes.
2. Existe una base de conocimientos compleja y específica del campo que requiere estudio adicional.
3. La obtención de estos conocimientos y experiencia se traducen en una práctica superior.
4. La práctica superior a su vez se traduce en resultados superiores para los pacientes.

No cabe duda de que los primeros 2 puntos se cumplen, la cantidad de pacientes oncológicos y la necesidad de adquirir nuevo conocimiento justifica plenamente la creación de una formación adicional. Sin embargo, no es posible aún demostrar si los conocimientos y la experiencia extra han mejorado los resultados oncológicos; pero se puede inferir de los buenos resultados observados en grandes centros oncológicos alrededor del mundo que cuentan con un gran número de pacientes; donde la acumulación y concentración de conocimiento resulta en equipos con mucha experiencia que desarrollan cirugías y técnicas refinadas con menos complicaciones.

El cuidado perioperatorio eficaz del paciente con cáncer es cada vez más complejo, y nuestro conocimiento del impacto biológico de la cirugía y de las técnicas anestésicas sobre las vías

de progresión del cáncer a largo plazo, está creciendo rápidamente. Por esta razón, la anestesia y la atención perioperatoria en oncología no debe sólo mantener la inconciencia y reducir el dolor quirúrgico; sino más bien debe enfocarse en minimizar la perturbación biológica de la respuesta al estrés y disminuir la activación de las vías de progresión del cáncer; optimizar la recuperación para permitir reanudar las actividades cotidianas o reiniciar la terapia oncológica coadyuvante en el menor tiempo posible. Este enfoque de atención perioperatorio podría influir en el tratamiento oncológico reduciendo la recurrencia local/regional y las metástasis a distancia.

El tratamiento de los pacientes con cáncer es una combinación de terapias curativas y paliativas; en este tratamiento, el rol del anestesiólogo es activo y transversal, y forma parte de un equipo multidisciplinario; pero además posee conocimientos amplios de fisiología, farmacología y anatomía que lo transforman en el profesional indicado para el control del perioperatorio, que incluye optimización preoperatoria y estabilización del medio interno en el posoperatorio. La creación de un programa de subespecialización en oncoanestesia asegura la obtención de todas las competencias que permitan cumplir con este rol a través de un proceso académico sistemático y paulatino, con objetivos claros y evaluaciones periódicas, que incluya la colaboración de todo el equipo (oncólogo, radioterapeuta, paliativo) para formar a un profesional integrado y conocedor de todos los aspectos relacionados al tratamiento del cáncer.

El Comité de Anestesia Oncológica de la Sociedad de Anestesiología creado recientemente, tiene como objetivos apoyar en la docencia anestésica oncológica, organizar cursos y contribuir con publicaciones periódicas en la Revista Chilena de Anestesiología para aportar al conocimiento de la especialidad, y de esta manera fortalecer la atención de los pacientes con cáncer en el país. Invitamos a todos los anestesiólogos que se interesen por aprender o profundizar su conocimiento en este tema a unirse a este comité.

Referencias

1. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (IARC) [Internet]. 2023. <https://gco.iarc.fr>
2. Plan Nacional del Cáncer. https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/d3/0a/d30a1f5e-53d9-4a31-a4fe-e90d8d9a2348/documento_plan_nacional_de_cancer.pdf
3. Thomas M. Advances in Oncoanaesthesia and Cancer Pain. *Cancer Treat Res Commun.* 2021;29:100491. <https://doi.org/10.1016/j.ctarc.2021.100491> PMID:34837798
4. Wigmore T, Gottumukkala V, Riedel B. Making the Case for the Subspecialty of Onco-Anesthesia. *Int Anesthesiol Clin.* 2016;54(4):19–28. <https://doi.org/10.1097/AIA.000000000000117> PMID:27648888