

Atención de las emergencias y urgencias médico-quirúrgicas en un hospital oncológico

Víctor M. Valdespino-Gómez, * Juan Ramón López-Garza, ** Julio C. González-Alemán, **
Víctor E. Valdespino-Castillo***

Resumen

La incidencia global de las emergencias y urgencias médica-quirúrgicas en pacientes con cáncer ha sido descrita esporádicamente. El objetivo del estudio fue identificar los principales síntomas y diagnósticos de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. El diseño fue observacional y retrospectivo. La información fue obtenida del registro de la consulta diaria del Servicio de Admisión Continua. En un periodo de seis meses fueron atendidos 4,937 pacientes. Los cuadros clínicos evaluados como emergencias correspondieron a 3.7 %, como condiciones médicas urgentes 52.5 % y como condiciones no urgentes, 43.7 %. Los síntomas más frecuentes motivo de las consultas de emergencia o urgencias en los pacientes con cáncer fueron dolor grave en 69.5 % y deshidratación con desequilibrio hidroelectrolítico en 11.4 %. Los principales síntomas fueron provocados por el tumor primario o su diseminación metastásica, en 89 %. Los tumores malignos sólidos más frecuentes fueron los carcinomas mamario, de colon/recto, cervicouterino, broncogénico y gástrico. Las principales emergencias registradas en los pacientes con cáncer en este estudio fueron choque séptico y neutropenia severa (20 %), choque hipovolémico por sangrado en diversos sitios (16.5 %) y disnea agudizada por neumonía o derrame pleural (12 %). En aproximadamente 80 % de quienes son tratados paso a paso de manera racional, el dolor por cáncer pudo ser controlado sólo con analgésicos. La analgesia no efectiva se asoció frecuentemente con prescripción inadecuada o ingesta insuficiente de analgésicos opioides. Los servicios de urgencias establecidos funcionalmente en los hospitales monográficos de cáncer ofrecen la mejor oportunidad de tratamiento a los pacientes con cáncer con condiciones emergentes o urgentes.

Palabras clave: emergencias, urgencias, oncología, dolor por cáncer, cuidados paliativos.

Summary

The global incidence of emergencies and urgent medical-surgical conditions in cancer patients has not been well described. The aim of the study was to identify the main symptoms and diagnoses in patients seen for consultation at the Urgent Care Service in a Mexican Comprehensive Cancer Center. This was a retrospective observational study. The information was obtained from the Continuous Admission Service daily consultation records at the Oncology Hospital, National Medical Center "21st Century", Institute of Social Security, Mexico City. During a 6-month period, 4937 patients were seen for consultation. True oncologic emergencies were 3.7%, urgencies 52.5% and non-urgent were 43.7%. Most common symptoms for emergency and urgency patient consultations were severe pain (69.5%) and dehydration with electrolyte imbalance (11.4%). Prevalent symptoms were associated with the primary tumor or metastatic dissemination (89% cases). The most frequent baseline diseases were breast, colorectal, cervical, lung and stomach carcinomas. Defined oncologic emergencies in this series were septic shock and severe neutropenia (20%), hypovolemic shock due to severe bleeding (16.5%), and severe dyspnea due to pneumonia or pleural effusion (12%). Data evaluating the use of analgesic drug therapy for cancer pain alone indicate that 80% of patients report adequate analgesia. Analgesia failures were associated with an insufficient prescription or with inadequate consumption of opioid analgesics. The Urgent Care Center at a Comprehensive Cancer Center offers the best opportunity for diagnosis and treatment of emergencies and urgent care conditions in cancer patients.

Key words: emergencies, urgent care conditions, cancer, cancer pain, palliative care

* División de Cirugía, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Unidad Xochimilco, Universidad Autónoma Metropolitana.

** División de Cirugía, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.

*** Servicio de Oncología, Centro Médico "20 de Noviembre", Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Solicitud de sobretiros:

Víctor M. Valdespino-Gómez, Ángel Urraza 517, Col. Del Valle, 03100 México, D. F.
Tel. y fax: 5559 7768. E-mail: valdespinov@yahoo.com

Recibido para publicación: 11-01-2006

Aceptado para publicación: 17-03-2006

Introducción

Durante el curso de su enfermedad, es frecuente que los pacientes con cáncer requieran atenciones médicas emergentes o urgentes relacionadas directamente con su enfermedad, provocadas por el tratamiento recibido contra el tumor o relacionadas con otra comorbilidad. La realización de un ágil y adecuado diagnóstico y tratamiento en estas condiciones puede evitar la pérdida de la vida o prevenir secuelas secundarias en favor de mantener aceptable calidad de vida del paciente.¹ Las emergencias en pacientes con cáncer son entidades diversas y complejas y para su resolución se requiere la participación directa de grupos interdisciplinarios, especialmente oncólogos médicos y quirúrgicos, oncohematólogos, médicos internistas, endoscopistas, ortopedistas, neurocirujanos y los especialistas relacionados con la valoración del estado fisiopatológico específico. En ocasiones conviene obtener el diagnóstico histopatológico a corto plazo e iniciar el tratamiento antitumoral específico en breve, siendo los anatomiopatólogos la clave para ello; en situaciones de extrema gravedad o en condiciones de enfermedad avanzada recurrente o persistente a los tratamientos convencionales, es indispensable la participación de los médicos intensivistas, los algólogos y los médicos especialistas en cuidados paliativos.²⁻⁴

En general, el incremento de urgencias médico-quirúrgicas en los pacientes con cáncer está directamente relacionado con cuatro factores principales: etapa clínica del tumor primario, tratamientos médico-quirúrgicos empleados, estado nutricional y comorbilidades asociadas. Esto aumenta en relación directa con las etapas clínicas avanzadas, la magnitud y complejidad del evento quirúrgico realizado, el grado de toxicidad secundaria al empleo de esquemas de quimioterapia/radioterapia neoadyuvante/adyuvante, la desnutrición severa, el descontrol psicológico del paciente y la descompensación funcional o metabólica de las enfermedades crónico-degenerativas asociadas.

Una emergencia oncológica se define como la condición que amenaza la vida del paciente en forma mediata o inmediata, provocada por la propia enfermedad tumoral o por su tratamiento específico. Aunque en la mayoría de las ocasiones las diferentes complicaciones agudas o severas en los pacientes con cáncer no amenazan su vida en manera inmediata, en otras ocasiones la inmediata solución de las emergencias es determinante para preservar su vida, evitar secuelas mediatas y tardías y disminuir su sufrimiento. Sería conveniente que los especialistas que atienden a los pacientes con cáncer pudieran anticiparse a dichas complicaciones y tratarlas oportunamente cuando ocurren.⁴

Muy escasos centros oncológicos en el mundo cuentan con servicios de urgencias como unidades operativas específicas para la atención de condiciones de emergencia o urgencia de los pacientes con tumores primarios de cualquier localización. En Estados Unidos, el *M. D. Anderson Cancer Center*, desde 1986,

y el *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center*, desde 1970, han establecido unidades de urgencias oncológicas en dichos servicios;¹ la incidencia anual es de un poco más de 14,000 consultas otorgadas. De acuerdo con el cuadro clínico motivo de consulta por el cual se acude a este tipo de servicio, se han identificado tres principales tipos:

- Relacionados con el daño por el tumor mismo (efecto local de obstrucción, sangrado u ocupación de espacio del tumor).
- Relacionados con las complicaciones del tratamiento para controlar el tumor (descompensaciones hormonales o metabólicas).
- Relacionados con condiciones comórbidas previas o nuevas no relacionadas directamente con el tumor maligno.

En los servicios de urgencias de estos dos grandes centros oncológicos se han identificado condiciones de atención emergentes, urgentes y no urgentes, de acuerdo con la calidad y magnitud del cuadro clínico (cuadro I).^{1,2} En estos servicios, la atención de las condiciones urgentes predomina (61 %) sobre las no urgentes (35 %) y las condiciones emergentes (4 %). Los principales motivos de consulta correspondieron a causas múltiples en 48 %, fiebre en 19 %, dolor en 17 %, náusea y vómito en 9 % y disnea en 7 %.¹

En la ciudad de México, el Servicio de Urgencias del Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, establecido hace más de 30 años, atiende una gran demanda de pacientes con tumores primarios malignos ubicados en cualquier localización. El Servicio de Urgencias, denominado en los últimos años Servicio de Admisión Continua (SAC), otorga atención las 24 horas continuas a los pacientes oncológicos del propio hospital que solicitan valoración médica urgente.

El objetivo de este artículo es revisar la incidencia global de las consultas médicas otorgadas a los pacientes con cáncer en el Servicio de Admisión Continua referido, identificando los grupos de pacientes con los tumores más frecuentes y en ellos, los principales motivos.

Material y métodos

En el SAC se valoran todos los pacientes, independientemente del servicio tratante. El registro acumulativo de esta atención ha permitido obtener un panorama global del marco epidemiológico asistencial, particularmente de los cuadros clínicos agudos más frecuentes de los pacientes con los tumores malignos más incidentes.

El presente estudio fue observacional y retrospectivo. La información fue obtenida del registro de la consulta diaria del SAC correspondiente a un periodo de seis meses, del 16 de febrero al 15 de agosto de 2004. Se analizó el número y sexo de los pacientes, el motivo de la consulta (emergencia, urgencia, no urgencia),

Cuadro I. Clasificación de las condiciones emergentes, urgentes y no urgentes de los pacientes oncológicos en unidades de atención de urgencias*

Emergentes: condiciones que requieren atención inmediata y amenazan la vida, por ejemplo:

1. Paro cardíaco
2. Disnea severa
3. Dolor torácico severo
4. Reacción alérgica aguda
5. Convulsiones activas (estado convulsivo)
6. Shock hipovolémico, séptico o anafiláctico
7. Sospecha o sangrado incontrolable
8. Cambios agudos en el estado mental
9. Hipertensión o hipotensión severa
10. Arritmia sintomática
11. Dolor abdominal severo
12. Fiebre elevada con neutropenia, o con sospecha de ésta
13. Sospecha o compresión medular reciente
14. Dolor severo por cáncer
15. Vómito, náuseas intratables
16. Diarrea con deshidratación severa
17. Leucemia aguda con cifras elevadas de leucocitos
18. Síncope con cambios ortostáticos o con disnea o palpitaciones
19. Sobredosis de medicamentos

Urgentes: requiere atención prioritaria y el retardo en su adecuado tratamiento coloca en peligro al paciente, por ejemplo:

1. Dolor abdominal importante
2. Confusión mental
3. Signos o síntomas de compresión medular
4. Diverticulitis
5. Dolor torácico no específico
6. Vómito, diarrea, persistente con cambios ortostáticos
7. Convulsiones recientes
8. Fiebre con neutropenia
9. Fracturas
10. Cefalea severa
11. Cualquier sangrado importante con cambios ortostáticos
12. Cambios en el estado mental
13. Dolor torácico importante
14. Neumonía
15. Síncope
16. Anemia o trombocitopenia importantes
17. Complicaciones relacionadas con el reservorio vascular
18. Palpitaciones sin síntomas
19. Dolor moderado a importante por cáncer
20. Fiebre elevada en paciente sin neutropenia
21. Disuria o hematuria, moderada a importante
22. Sangrado reciente de cualquier magnitud (hematemesis, hemoptisis)
23. Estomatitis o mucositis moderada a severa
24. Fatiga o debilidad recientes
25. Reporte de hemocultivo positivo
26. Obstrucción urinaria aguda°
27. Síndrome de lisis tumoral°
28. Hipercalcemia°
29. Síndrome de compresión de vena cava superior°
30. Ictericia con fiebre

No urgentes: condición no aguda y que no amenaza la vida o eleva el peligro de muerte del paciente; puede ser cualquier síntoma o signo clínico, por ejemplo:

1. Ascitis
2. Constipación
3. Diarrea
4. Fatiga
5. Tos
6. Ictericia sin fiebre y sin dolor abdominal
7. Dolor de espalda

*Criterios de las unidades de urgencias de los centros oncológicos Memorial Sloan-Kettering Cancer Center y M. D. Anderson Cancer Center (referencias 1 y 2)

°Condiciones agregadas a las de las referencias 1 y 2.

los principales síntomas que motivaron las consultas y el destino de egreso de los pacientes en su seguimiento de las siguientes 12 a 24 horas. Globalmente se identificaron los grupos de pacientes con los 11 tumores más frecuentes atendidos en el SAC en ese periodo, y de ellos, particularmente los pacientes con los seis tumores más frecuentes; se enlistaron los motivos de consulta y la principal sintomatología.

Las consultas otorgadas por el SAC se clasificaron en condición de emergencia, urgencia y no urgencia de acuerdo con las propuestas de los Servicios de Urgencias de Centros Onco-

lógicos reconocidos (cuadro I).^{1,2} Se registró si los pacientes requirieron atención en consultorio (ambulatorio) o además hospitalización temporal en el SAC. También si se les efectuó procedimientos médicos invasivos mínimos o intermedios a los pacientes y el tipo de éstos. En los pacientes hospitalizados temporalmente en el SAC se indicó el destino de su egreso.

En el grupo de los pacientes con los seis tumores más incipientes atendidos en el SAC que cursaron con condiciones de atención de emergencia o urgencia médica, se exploró si éstas estuvieron relacionadas con el tumor primario o sus metástasis,

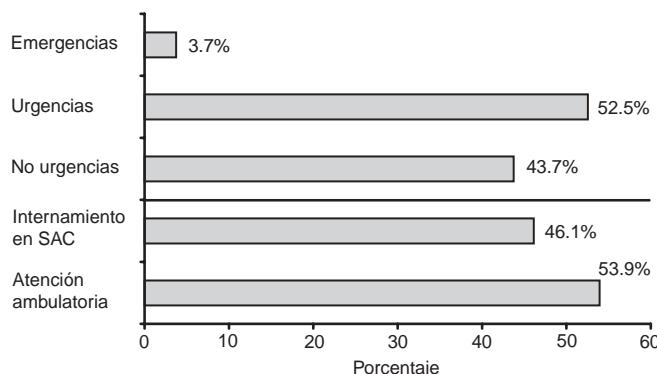


Figura 1. En un periodo de seis meses, en el Servicio de Admisión Continua del Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, fueron atendidas 4,937 consultas. En las barras superiores se registran las emergencias, urgencias y no urgencias; en las barras inferiores, los pacientes hospitalizados de forma transitoria en el Servicio de Admisión Continua y los atendidos en consultorio.

con el tratamiento uni o multimodal del tumor primario, o con otras condiciones comórbidas.

El análisis de los datos fue realizado mediante estadística descriptiva.

Resultados

Durante el periodo estudiado, en el SAC fueron atendidos 4,937 pacientes, con un promedio diario de 27.1 pacientes. En el SAC se otorgan casi 10,000 consultas por año.

El 58.7 % de los pacientes correspondió al sexo femenino. De todo el conjunto, poco más de la mitad de los pacientes fueron atendidos como ambulatorios en el consultorio y el resto requirió hospitalización transitoria (figura 1). A la mayoría se les realizó procedimientos invasivos mínimos durante la atención; el procedimiento más frecuente fue la aplicación de analgésicos opioides por vía parenteral. En 20 % de quienes se les realizó toracocentesis o paracentesis, se obtuvo en promedio 1.2 y 5 litros, respectivamente, en un lapso de 10 a 15 minutos, principalmente mediante succión directa.

De la consulta otorgada, los cuadros clínicos evaluados como emergencias correspondieron a 3.7 % (182/4,937), 52.5 % a condiciones médicas urgentes y 43.7 % a condiciones no urgentes (figura 1). Los síntomas más frecuentes motivo de la consultas de emergencia o urgencias en los pacientes con cáncer fueron dolor moderado a severo (69.5 %), deshidratación con desequilibrio hidroelectrolítico (11.4 %), sangrado activo localizado en diferentes sitios (8.5 %), disnea agudizada (7 %), ascitis masiva (4 %) y fiebre (3 %) (figura 2).

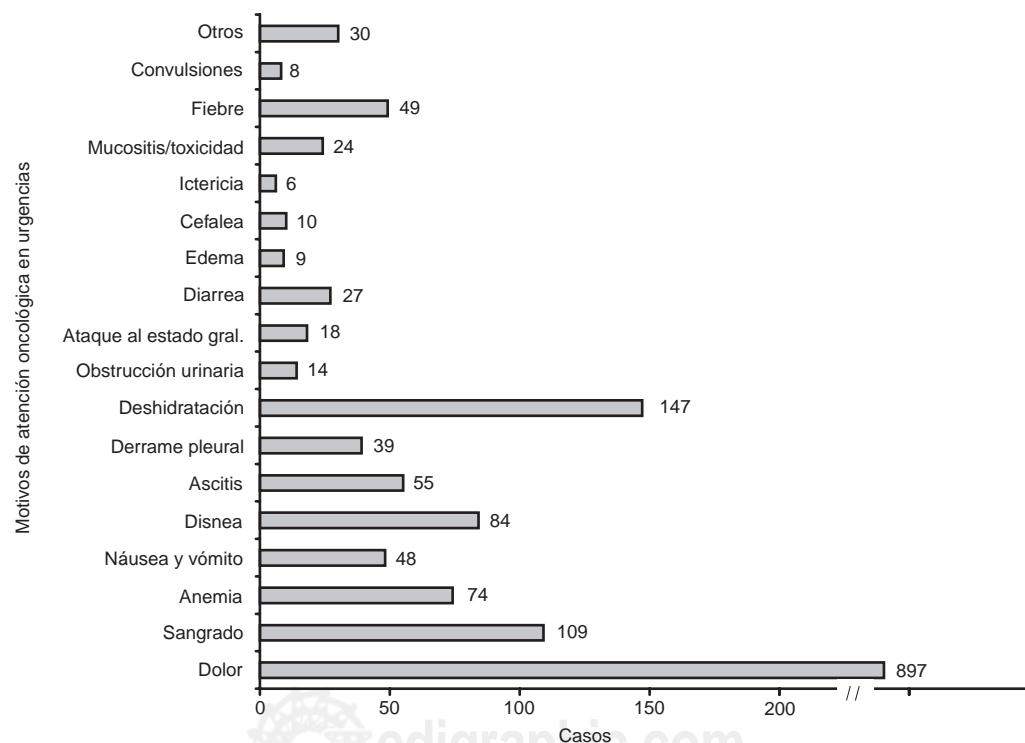


Figura 2. Principales sintomatologías de los pacientes con los cinco tumores sólidos malignos más incidentes atendidos en el Servicio de Admisión Continua referido (n = 1,290).

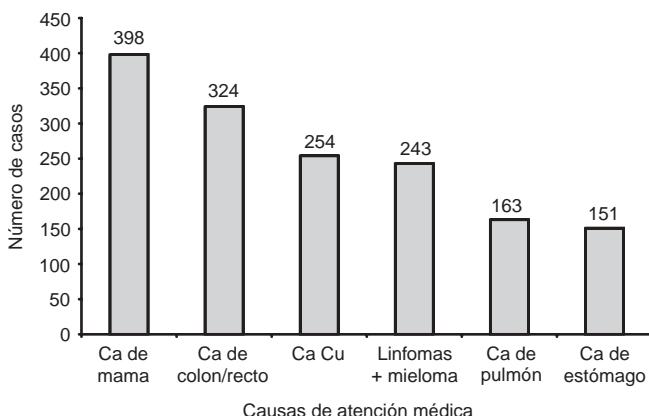


Figura 3. Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Admisión Continua correspondientes a las 11 neoplasias más incidentes ($n = 2,063$)

Los tumores malignos sólidos con mayor frecuencia en los pacientes fueron los carcinomas mamario (8.1 %), de colon/recto (6.6 %), cervicouterino (5.1 %), broncogénico (3.3 %) y gástrico (3.1 %). En conjunto, los linfomas y los mielomas ocuparon el cuarto lugar de incidencia global de demanda de atención (figura 3). En cada uno de los grupos con tumores sólidos, los principales síntomas fueron provocados por el tumor primario o su diseminación metastásica (89 %), y con menor frecuencia por las complicaciones poscirugía, toxicidad o secuelas por los tratamientos antitumorales con citotóxicos y radiaciones (9 %; de ellos 3 % por cirugía y 6 % por tratamiento médico); hubo escasa proporción de síntomas graves provocados por enfermedades comórbidas (2 %) (figura 4).

En la figura 5 se detallan los principales síntomas con los que cursaron cada uno de los seis grupos de los pacientes con los tumores más frecuentes. En la mayoría de los pacientes el síntoma predominante fue el dolor moderado/severo, el cual se exacerbó a pesar de los esquemas analgésicos administrados previamente por los médicos de los servicios tratantes o por los médicos especialistas de la Clínica del Dolor. La deshidratación con desequilibrio electrolítico secundaria a pérdidas hídricas voluminosas por alteraciones del tránsito gastrointestinal ocupó el segundo lugar. Otras sintomatologías frecuentemente se relacionaron con el sitio del tumor primario: en los pacientes con cáncer broncogénico, la disnea de mínimos esfuerzos y el derrame pleural; en las pacientes con cáncer cervicouterino, la hemorragia transvaginal; en los pacientes con cáncer gástrico, la ascitis masiva.

El diagnóstico específico del cuadro clínico de emergencia o urgencia fue establecido en 93 % de los pacientes hospitalizados en el SAC. Los principales diagnósticos fueron choque séptico y neutropenia severa (36 casos), choque hipovolémico por sangrado transvaginal, de tubo digestivo u otro sitio (30), disnea agudizada por neumonía o derrame pleural (22), complicaciones posquirúrgicas abdominales por cirugía reciente (18), obstrucción

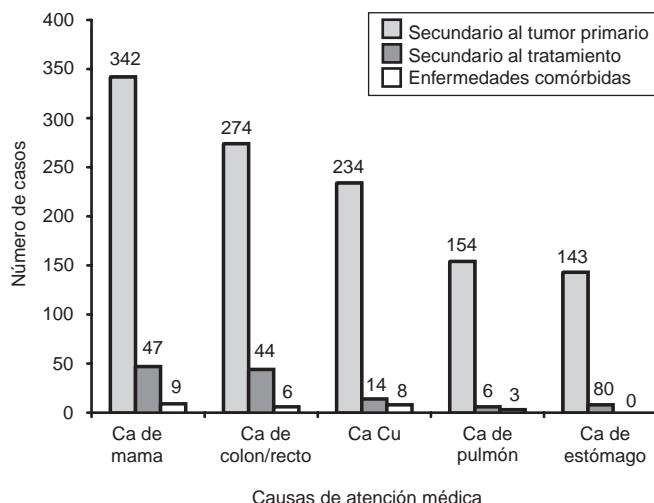


Figura 4. Estratificación de los motivos de consulta de los pacientes con los cinco tumores sólidos malignos más incidentes atendidos en el Servicio de Admisión Continua. La sintomatología estuvo relacionada con infiltración locoregional del tumor primario o su diseminación metastásica, al tratamiento antitumoral recibido por el paciente y a la comorbilidad.

del tracto respiratorio alto por tumor (16), abdomen agudo (14), dolor agudo severo intratable (12), retención urinaria aguda (7), síndrome de compresión medular agudo (6), hipocalcemia (5) y estado por crisis convulsivas (3). Las principales urgencias correspondieron a dolor agudo severo, fiebre, anafilaxis, disnea de medianos/pequeños esfuerzos, hemorragias activas, deshidratación y desequilibrio hidroelectrolítico severo, anuria, neutropenia, toxicidad grados III y IV posquimio/radioterapia, estado por convulsiones, síndrome de compresión medular y urgencias secundarias a condiciones comórbidas (crisis hipertensivas y descompensaciones metabólicas por diabetes mellitus).

De 2,275 pacientes (46 % del total) que fueron hospitalizados temporalmente en SAC durante este periodo, 59.8 % cursó con mejoría clínica y fue egresado a su domicilio con cita a la consulta externa de su servicio tratante; 34.8 % respondió sólo parcialmente al tratamiento en el SAC y requirió tratamiento intrahospitalario. De este grupo, 1 % fue hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos; 5.4 % (123/2,275) fue enviado al hospital general de zona que le correspondía, para continuar con tratamiento paliativo no específico intrahospitalario; 10 % (227/2,275) recibió consulta en más de dos ocasiones durante este lapso de tiempo; 2.3 % falleció en el servicio por enfermedad terminal, con frecuencia por progresión tumoral en pacientes recurrentes postratamiento. Estos tres subgrupos correspondieron a pacientes con enfermedad avanzada que requerían atención en un servicio de cuidados paliativos.

El 0.8 % de todos los pacientes atendidos en el SAC no cursó con padecimiento oncológico y correspondió a personal del hospital o familiares de los pacientes.

Discusión

En un hospital oncológico de tercer nivel, la atención integral no es completa si falta la infraestructura para atender a los pacientes con necesidades urgentes o emergentes. Los servicios de urgencias de los hospitales monográficos de pacientes con cáncer han desarrollado los algoritmos de estudio y tratamientos para atender condiciones emergentes o urgentes.^{1,2,5}

En un año, cerca de 10,000 pacientes con cáncer que solicitan atención de urgencia son atendidos en el Servicio de Urgencias o Admisión Continua del Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Aunque la cifra es numerosa, es moderadamente menor a las reportadas de 14,000 y 14,800 en las unidades de urgencias del *M. D. Anderson Cancer Center* y del *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* en el año 2000.¹ En dicha serie, 90 % cursó con problemas médicos no quirúrgicos, 65 % de la consulta fue por tumor sólido, principalmente por carcinoma mamario y gastrointestinal, y 35 % por neoplasias hematológicas. De esos pacientes, 4 % tuvo verdaderas emergencias, 61 % presentó condiciones que requirieron atención urgente y 35 %, condiciones no urgentes. En nuestro estudio, encontramos cifras globales parecidas, con un menor porcentaje de pacientes con neoplasias hematológicas (16 %), debido a que los pacientes con leucemias son atendidos en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Por otro lado, nuestros índices de atención de emergencias (3.7 %) y urgencias (52.5 %) fueron discretamente menores a los del Servicio de Urgencias del *M. D. Anderson Cancer Center*.¹

En la literatura se han reportado muy escasos estudios de incidencia global de pacientes con cáncer atendidos en servicios de urgencias de hospitales oncológicos de tercer nivel,¹⁻³ ocasionalmente se han publicado estudios relacionados con la consulta de urgencia atendida por los Departamentos Oncológicos de Superespecialidad (tubo digestivo alto⁶ y bajo,⁷ hematológica,⁸ ginecológica,⁹ metabólica,¹⁰ secundaria a compresión medular¹¹). También ocasionalmente se han realizado revisiones sobre la fisiopatología de las emergencias por cáncer, particularmente en los años 1978, 1989 y 2000; la revista *Seminars in Oncology* ha publicado volúmenes al respecto.⁵ Por la escasa información, nuestro estudio es novedoso y pertinente, permitiendo obtener un marco de incidencia global de las principales condiciones de atención de emergencia y urgencia en los pacientes con cáncer.

En el estudio de Díaz Consuelo y colaboradores,³ de similar enfoque llevado a cabo en Buenos Aires, se destaca que los pacientes con los cánceres mamario, broncogénico, gastrointestinal, el linfoma y el cáncer de ovario, fueron más frecuentemente atendidos. Al respecto, nuestra población analizada fue muy parecida a la del Servicio de Urgencias del *M. D. Anderson Cancer Center*¹ y del Instituto Fleming,³ con la diferencia de que en nuestra serie las pacientes con cáncer cervicouterino tuvieron mucha mayor incidencia y ocuparon el tercer lugar del conjunto (figura 5).

De los pacientes del Servicio de Urgencias del *M. D. Anderson Cancer Center*, 40 % fue admitido en el hospital (tasa de admisión más elevada que la de cualquier servicio de urgencia); de esta proporción, 94 % fue hospitalizado en piso y 6 % en la Unidad de Cuidados Intensivos. En nuestro registro, la proporción de pacientes que se hospitalizaron transitoriamente en el SAC fue de 40 % y de éste, 34.8 % (792/2,275) fue hospitalizado: 93.6 % en piso, 1 % en la Unidad de Cuidados Intensivos y 5.4 % fue enviado a su hospital general de zona. Al comparar ambos grupos, el grupo de pacientes que requirieron hospitalización en nuestra serie fue una tercera parte menor a la población correspondiente del *M. D. Anderson Cancer Center*, con una menor proporción de internamientos en la Unidad de Cuidados Intensivos. Al respecto, la eficiencia de la atención del SAC fue probablemente mayor al Servicio de Urgencias del *M. D. Anderson Cancer Center* para resolver una proporción de urgencias oncológicas. En particular, los pacientes enviados a su hospital general de zona cursaban con enfermedad progresiva, irreversible, sin posibilidades del intervencionismo de terapia oncológica curativa o paliativa específica.

En el estudio prospectivo observacional de Díaz Consuelo y colaboradores,³ la sintomatología registrada de los pacientes fue identificada en dos etapas de su atención. Los síntomas más frecuentes de la población consultada (ambulatoria) fueron fiebre (23 %), dolor (22 %), manifestaciones cutáneas (7 %), disnea (6 %), sangrado (4 %) y distensión abdominal (4 %). Los correspondientes de la población admitida al hospital fueron fiebre (37 %), dolor (14 %), disnea (10 %), vómito (8 %), manifestaciones neurológicas (6 %), distensión abdominal (5 %) y anuria (5 %). En el estudio del Servicio de Urgencias del *M. D. Anderson Cancer Center*,¹ los síntomas globalmente fueron fiebre (19 %), dolor (17 %), náusea y vómito (8 %) y disnea (7 %). En nuestro estudio se identificaron globalmente dolor (69.5 %), deshidratación con desequilibrio hidroelectrolítico (11.4 %), sangrado activo localizado en diferentes sitios (8.5 %), disnea agudizada (7 %), ascitis masiva (4 %) y fiebre (3 %) (figura 2). Aunque en general la presentación del grupo de síntomas es parecida, la proporción de ellos no lo es; existe notable diferencia en cuanto que el dolor en nuestra serie fue el síntoma registrado en más de la mitad de todos los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que 33 % de los pacientes con cáncer en etapas iniciales o intermedias que reciben tratamiento antitumoral y 60 a 90 % con cáncer avanzado, cursan con dolor moderado a severo.^{12,13} En nuestro país, de acuerdo con estas cifras, más de 50 mil pacientes anualmente cursan con dolor moderado a severo. La causa más común de dolor por cáncer se asocia a la infiltración tumoral locoregional o por metástasis,¹³⁻¹⁶ y corresponde en promedio a 80 % de todos los pacientes con enfermedades neoplásicas malignas; 18 % es consecuencia de los tratamientos oncológicos convencionales y menos de 5 % por otras causas no relacionados con el cáncer.¹⁴⁻¹⁷

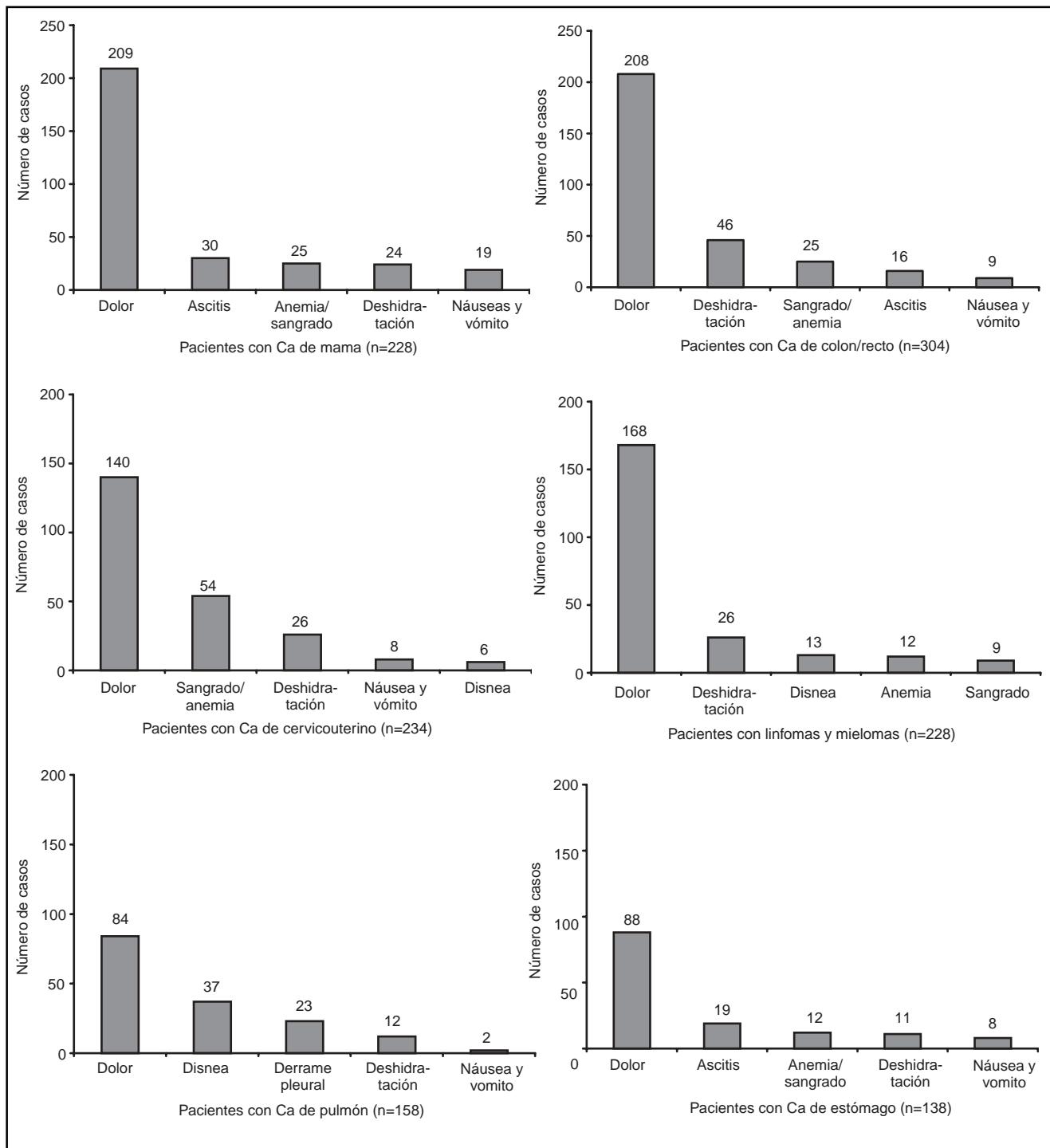


Figura 5. Estratificación de las principales sintomatologías de los pacientes con las seis neoplasias más incidentes registradas en el Servicio de Admisión Continua.

Por su patogenia, se han tipificado tres tipos de dolor: *somático* (nociceptores activados en tegumentos o tejidos profundos), *visceral* (en vísceras torácicas, abdominales o pélvicas) y *neuropático* (en sistema nervioso periférico o central); otros consi-

deran al dolor *psicosomático* como el cuarto tipo. Según su duración, el dolor se clasifica en crónico y agudo. La valoración de la intensidad del dolor es eminentemente subjetiva y se han propuesto diferentes escalas de valoración. De una manera simpli-

ficada, el dolor es reportado por el paciente como leve, moderado, severo y muy severo.

Los avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer, junto con los avances en el entendimiento de la anatomía, fisiología, farmacología y psicología de la percepción del dolor, han permitido (razones científicas para emplear nuevos y mejorados métodos de tratamiento del dolor por cáncer) el mejoramiento de la atención del paciente con dolor provocado por cáncer.^{13,14} La activación de los receptores nociceptivos por estímulos mecánicos o químicos provocan descargas aferentes que son transmitidas por las fibras A δ , C y A β . A esta transducción (nivel periférico) le siguen la transmisión (nivel espinal), el procesamiento (modulación) y la percepción del dolor (nivel central). En el manejo farmacológico del dolor se emplean los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), que bloquean el dolor a nivel periférico, y los analgésicos opioides, que lo bloquean a nivel periférico, espinal y supraespinal.^{14,16,18}

El dolor es una experiencia multidimensional en la que participan factores biológicos, psicológicos y culturales; la expresión del dolor varía ampliamente de paciente a paciente. El clínico debe tratar de identificar las causas más comunes que incrementan el dolor o la nocicepción (recurrencia tumoral, tolerancia a los opioides, infección, etcétera).

Cada síndrome doloroso (compresión medular, cefalea, dolor óseo, dolor abdominal, dolor de miembro fantasma o de muñón, posmastectomía, posradioterapia, posquimioterapia, neuralgia posherpética, por mucositis, por terapia con esteroides, etcétera) y sus condiciones relacionadas (delirium, depresión y ansiedad, abstinencia, sobredosis, dolor intratable, tolerancia, dependencia física y psicológica, síndrome de pseudoadicción) tienen su algoritmo específico de estudio y tratamiento.^{14,16}

La Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Americana del Dolor han publicado guías para el tratamiento del dolor en pacientes con cáncer.^{12,16} Estas guías están basadas predominantemente en el uso de AINEs, analgésicos opioides y medicamentos adyuvantes, de acuerdo con la severidad y fisiopatología del dolor. En éstas se proponen tres pasos:

1. En pacientes con dolor leve o moderado, tratamiento a base analgésicos tipo AINEs, combinados o no con medicamentos adyuvantes (acetominofén, aspirina, AINEs más antidepresivos tricíclicos como amitriptilina).
2. En pacientes con dolor moderado que fallan al primer paso, emplear combinación de AINEs o inhibidores de la cyclooxygenasa-2, más un analgésico tipo opioide débil (codeína, propoxifeno, tramadol o nalbufina).
3. En pacientes con dolor severo o que fallan al segundo paso, emplear opioides fuertes (morfina, piritramida, fentanilo, oxicodona, metadona, hidromorfona, meperidina, buprenorfina, pentazocina) o rotación/incremento de opioides en combinación con analgésicos no opioides. Los medicamentos adyu-

vantes del tipo antidepresivos y anticonvulsivantes (gampentina, carbamacepina) aumentan el efecto de los analgésicos en dolores neuropáticos y parcialmente en los de origen óseo y visceral.

Los analgésicos opioides, cuyo prototipo es la morfina, varían en potencia, eficacia y efectos adversos. A diferencia de los analgésicos no opioides, los opioides no parecen tener un efecto "techo" en relación con la dosis (con dosis progresivas logarítmicamente se incrementa la analgesia). La Organización Mundial de la Salud recomienda la morfina como droga de elección para el mejoramiento del dolor por cáncer y alternativamente emplear otros opioides fuertes como la hidromorfina, oxicodeona, oximorfina, levorfanol, metadona, meperidina y fentanilo. La selección de alguno implica considerar la vía de administración, vida media, efectos indeseables, tolerancia y dependencia física. El uso de analgésicos opioides es un arte médico que implica conocer la titulación de dosificación, dosis de equianalgésia, vías de administración, combinación con otras drogas (ansiolíticos, antidepresivos, antiepilépticos), anticiparse a los efectos secundarios (sedación, depresión respiratoria, náuseas, vómito, constipación, mioclonus multifocal, convulsiones), manejar la tolerancia (la tolerancia a un opioide no necesariamente conduce a tolerancia completa a otro) y la dependencia física. La morfina por vía endovenosa se ha empleado exitosamente para suprimir la exacerbación del dolor en pacientes con cáncer tratados con morfina vía oral.

El conocimiento actual de la analgesia ha permitido el uso racional de analgésicos opioides, y la individualización del tratamiento es indispensable para obtener la mejoría del paciente. Para pacientes con enfermedad avanzada, el dolor debe eliminarse suficientemente para permitirles funcionar con buena calidad de vida y morir relativamente libres de dolor.¹⁴ En un metaanálisis reciente realizado por la *American Pain Society*¹⁸ se destaca que muchos pacientes reciben dosis inadecuadas de analgésicos opioides para controlar el dolor y que no parece haber un uso racional de analgésicos opioides por parte del médico tratante.

Siendo el dolor el principal motivo de consulta de urgencia de nuestros pacientes en el SAC, significativamente mayor a los valores de las series del *M. D. Anderson Cancer Center*¹ y del grupo argentino,³ esta diferencia podría deberse a que a la prescripción electiva de analgésicos opioides en nuestros pacientes no es la óptima en los servicios tratantes o en la Clínica del Dolor. El dolor por cáncer puede ser controlado en cerca de 80 % sólo con analgésicos en quienes son tratados paso a paso de manera racional. La analgesia no efectiva se asocia frecuentemente con prescripción inadecuada o ingesta insuficiente de analgésicos opioides.^{13,14,18}

Se han identificado tres principales barreras que conducen a manejo ineficiente del dolor: relacionadas con el médico (conocimiento inadecuado de los mecanismos del dolor, de la valora-

ción del dolor, inapropiado uso de analgésicos, etcétera), con el paciente (desgano en la toma de analgésicos prescritos, preocupación por la adicción, etcétera) y con la institución donde el paciente es atendido (falla en reconocer la importancia del manejo del dolor, regulaciones que restringen la prescripción de analgésicos controlados).¹⁴ Particularmente en nuestra institución disponemos de escasa variedad de analgésicos opioides débiles y fuertes, y no contamos con morfina.

En emergencias donde se exacerba el dolor por cáncer, se requiere la aplicación rápida de dosis por vía subcutánea o intravenosa de analgésicos opioides fuertes equivalentes a 20 % de la dosis total empleada por vía oral, dosis que resulta segura y efectiva.^{19,20} En pacientes con dolor persistente y severo que no responden a estos analgésicos opioides fuertes o que no toleran sus efectos secundarios, debe considerarse cambiar el tipo y la ruta de administración, antes de considerar el intervencionismo anestésico o neuroquirúrgico.

Otro aspecto que conviene comentar de nuestros resultados es que 10 % de los pacientes que acudieron a consulta al SAC cursaban con progresión de la enfermedad a pesar de los tratamientos administrados o estaban en etapa terminal de la enfermedad (pacientes que acudieron más de dos veces a consulta o enviados a su hospital general de zona por máximo beneficio nosocomial del Hospital de Oncología, o que fallecieron en el SAC). Todos requerían cuidados paliativos complejos, integrales y prolongados, que sólo les fueron otorgados parcialmente debido a que el SAC carece de los recursos físicos, humanos y programas disponibles para ello. Desafortunadamente, el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en similares condiciones a la mayoría de los centros oncológicos en Estados Unidos, no cuenta con servicios de cuidados paliativos hospitalarios para los pacientes con cáncer durante la última fase de la vida. En 20 % de los centros oncológicos en Estados Unidos donde se han establecido estos servicios,²¹ se ha demostrado que los programas ayudan a los pacientes en el mejoramiento de sus síntomas y su calidad de vida. Las guías norteamericanas para la planeación del Programa de Cuidados Paliativos Hospitalarios se encuentran disponibles en <http://www.capc.org>. En el M. D. Anderson Cancer Center se ha establecido este tipo de servicio a partir de mayo de 2003, y en un estudio del análisis de su operación asistencial de un año, en el cual se atendieron 320 pacientes en un año, se demostró su utilidad clínica y viabilidad económica, así como el apoyo social integral otorgado (preparación del paciente y sus familiares para su atención en hospitales para enfermos terminales [*hospice*] o en el domicilio).²²

Muy probablemente si se contara con un servicio hospitalario de cuidados paliativos en nuestro hospital (o en los centros oncológicos con elevada demanda asistencial de pacientes), la demanda de consulta en el SAC podría ser abatida en 10 %. Este importante grupo de pacientes en quienes los tratamientos convencionales no controlaron la enfermedad, con progresión de la enfermedad

o en etapa terminal, podrían obtener una atención especializada (condiciones de comodidad, apoyo integral, habilidad en la comunicación, buena voluntad para compartir el pronóstico del paciente, así como el compromiso del equipo de cuidados paliativos para entender sus metas, esperanzas y miedos).^{23,24}

Por la gran diversidad, complejidad y particularmente por la gravedad potencial de su problemática, conviene que los pacientes con cáncer quienes solicitan consulta en los servicios de urgencias sean atendidos sin tardanza. La valoración médica debe ser ágil, enfocarse al principal o principales síntomas, identificar el tumor primario y ubicar la fase de tratamiento vigente, efectuar examen físico global con la determinación de los signos vitales y revisar, si es posible, el marco de la información del expediente clínico. La valoración médica dirigida al problema agudo orientará a un prediagnóstico, lo cual permitirá organizar el intervencionismo clínico que conlleva al diagnóstico o al inicio del tratamiento en los siguientes minutos.

Finalmente, concluimos que son frecuentes y diversas las presentaciones clínicas de las emergencias y urgencias en pacientes con cáncer que demandan atención médica en los servicios de urgencias oncológicos. La sintomatología debe ser identificada mediante adecuada semiología, con apoyo de exámenes de laboratorio y gabinete básicos. Pronta atención especializada, para pronta mejoría. Acortar el tiempo en la sala de espera del paciente para su atención médica en el servicio de urgencias determina oportuna atención en el diagnóstico y tratamiento, lo que favorece superiores resultados para evitar complicaciones y secuelas secundarias.

El motivo más frecuente de consulta en esta serie fue la exacerbación del dolor moderado o el dolor severo por cáncer. Los tumores malignos sólidos con mayor incidencia fueron los carcinomas mamario, de colon/recto, cervicouterino, broncogénico y gástrico.

Las principales emergencias registradas en los pacientes con cáncer en este estudio fueron choque séptico y neutropenia severa, choque hipovolémico por sangrado transvaginal, de tubo digestivo u otro sitio, disnea agudizada por neumonía o derrame pleural, complicaciones posquirúrgicas abdominales por cirugía reciente, obstrucción del tracto respiratorio alto por tumor, abdomen agudo y dolor agudo severo intratable.

Consideramos que los centros oncológicos de tercer nivel en los cuales se atiende a un elevado número de pacientes, deben contar con una unidad operativa clínica para esta finalidad, así como con médicos especialistas experimentados en urgencias/emergencias oncológicas que otorguen atención médica oportuna y eficiente. Conviene por parte de los médicos tratantes, prevenir dentro de lo posible la presentación de complicaciones agudas que conduzcan a emergencias oncológicas, así como orientar a los pacientes en solicitar consulta al servicio de urgencias sólo en los casos necesarios.

Los servicios de urgencias establecidos funcionalmente en los hospitales oncológicos de tercer nivel ofrecen la mejor opor-

tunidad de tratamiento a los pacientes con cáncer y con condiciones emergentes o urgentes.

Referencias

1. Escalante PC, Meltzer AB. Emergency care at Comprehensive Cancer Centers. In: Yeung J SC, Escalante PC, eds. Oncologic Emergencies. Hamilton, BC: Decker;2002. pp. 1-5.
2. Liu W, Ho T, Lee LE, Valdres R, Badrina N. Triage. In: Yeung J SC, Escalante PC, eds. Oncologic Emergencies. Hamilton, BC: Decker;2002. pp. 6-12.
3. Diaz CFA, O'Connor JM, Nervo A, et al. Non-scheduled consultation in oncologic patients. How many of them are true emergencies? An observational prospective study. *Support Care Cancer* 2004;12:274-277.
4. Markman M. Common complications and emergencies associated with cancer and its therapy. *Cleveland Clin J Med* 1994;61:105-114.
5. Lake DE, Hudis C. Oncologic emergencies: introduction. *Semin Oncol* 2000;27:243.
6. Susaki R, Fujita T, Takeda Y, et al. Oncologic emergencies associated with pancreaticobiliary cancer. *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 2004;105:296-300.
7. Biondo S, Marti-Rague. A prospective study of outcomes of emergency and elective surgeries for complicated colonic cancer. *Am J Surg* 2005;189:377-383.
8. Brigden ML. Hematologic and oncologic emergencies. Doing the most good in the least time. *Postgrad Med* 2001;109:143-146.
9. Harwood NAL, Benrubi GI, Nuss RC. Management of gynecologic oncology emergencies. *Emerg Med Clin North Am* 1987;5:577-599.
10. Sallan S. Management of acute tumor lysis syndrome. *Semin Oncol* 2001;28(suppl 5):3.
11. Klimo P, Schmidt MH. Surgical management of spinal metastases. *The Oncologist* 2004;9:188-196.
12. World Health Organization. Cancer pain relief. 2nd ed. Geneva: World Health Organization;1996.
13. Bruera E, Kim HN. Cancer pain. *JAMA* 2003;290:2476-2479.
14. Foley MK. Supportive care and quality of life. Management of cancer pain. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg AS. *Cancer. Principles & Practice of Oncology*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2005. pp. 2615-2649.
15. Switzer DN, Rajagopal A. Cancer pain emergencies. In Yeung J SC, Escalante PC, eds. *Oncologic Emergencies*. Hamilton, BC: Decker;2002. pp. 355-368.
16. Talamo G. Pathophysiology of emergency illness due to cancer. In Yeung J SC, Escalante PC, eds. *Oncologic Emergencies*. Hamilton, BC: Decker;2002. pp. 61-77.
17. Talamo G. Pathophysiology of emergency illness due to treatment of cancer. In: Yeung J SC, Escalante PC, eds. *Oncologic Emergencies*. Hamilton, BC: Decker;2002. pp. 78-102.
18. Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, et al. American Pain Society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management. American Pain Society Quality of Care Task Force. *Arch Inter Med* 2005;165:1574-1580.
19. Hagen NA, Elwood T, Ernst S. Cancer pain emergencies: a protocol for management. *J Pain Symptom Manage* 1997;14:45-50.
20. Mercadante S, Villari P, Ferrera P, Bianchi M, Casuccio A. Safety and effectiveness of intravenous morphine for episodic (breakthrough) pain using a fixed ratio with the oral daily morphine dose. *J Pain Symptom Manage* 2004;27:352-359.
21. Billings JA, Pantilat S. Survey of palliative care programs in the United States. *J Palliat Med* 2001;4:309.
22. Elsayem A, Swint K, Fisch JM, et al. Palliative care inpatient service in a Comprehensive Cancer Center: clinical and financial outcomes. *J Clin Oncol* 2004;22:2008-2014.
23. Abraham LJ. Specialized care of the terminally ill. In DeVita VT, Hellman S, Rosenberg AS. *Cancer. Principles & Practice of Oncology*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2005. pp. 2702-2718.
24. Bruera E. Improving the care of terminally ill cancer patients and their families. *J Clin Oncol* 2005;23:7378-7379.

