

EL ENFERMO ONCOLOGICO EN URGENCIAS

Y. Encina Aguirre
Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra

INTRODUCCION

Actualmente el cáncer supone uno de los grandes problemas de salud, constituyendo en los países desarrollados la segunda causa de muerte.

Las significativas mejoras de las técnicas diagnósticas y la utilización de nuevos tratamientos oncológicos han llevado a un aumento en la supervivencia de estos pacientes, elevando también de este modo la prevalencia de incidencias clínicas en su evolución y creando por tanto, un mayor número de consultas urgentes de estos enfermos. Añadiremos a esto las atenciones derivadas de los efectos secundarios inducidos por los nuevos fármacos quimioterápicos que van desde los más leves hasta situaciones extremadamente graves que ponen en peligro la vida del paciente, y consultas por patologías intercurrentes y tratables, cuya resolución mejora notablemente la calidad de vida del paciente. Todo ello hace que el médico de urgencias deba conocer, al menos inicialmente, los diferentes tumores, sus tratamientos y las posibles complicaciones que pueden aparecer.

Urgencia Oncológica es toda aquella situación que implica un riesgo para la vida o causa un deterioro agudo del estado de salud del paciente oncológico y está directa o indirectamente relacionada con la enfermedad y/o su tratamiento.

En la atención a estos pacientes tendremos presente la especial situación emocional que viven el enfermo y su familia, la "dependencia" que muchas veces presentan estos pacientes respecto de su oncólogo y la escasa información de que se dispone en ocasiones en el momento de la atención urgente.

Siempre nuestro apoyo fundamental va a ser el realizar una historia clínica completa, exploración física exhaustiva y mantener una actitud comprensiva y empática con el paciente.

1. HISTORIA CLINICA.

Ante estos enfermos diferenciaremos dos situaciones:

- Pacientes con NEOPLASIA NO CONOCIDA

El paciente acude por un síntoma guía que nos alerta y en relación al mismo hemos de realizar una anamnesis exhaustiva y exploración física completa. En ocasiones la sintomatología que lo lleva a urgencias es inespecífica e incluso ha podido ser visto por ello en más de una ocasión sin encontrar diagnóstico, para nosotros siempre primará aquello que refiere el paciente. Situaciones que nos llevarán a la sospecha de un posible tumor son, entre otras, las siguientes:

- Cefalea persistente en paciente adulto que previamente no las tenía.
- Déficit neurológico y/o crisis convulsiva en paciente sin epilepsia conocida...
- Tos persistente, hemoptisis y/o disnea en progresión en paciente fumador o ex-fumador.
- Hematuria indolora en paciente adulto.
- Alteración del ritmo deposicional, náuseas y vómitos persistentes.
- Ictericia indolora.
- Malestar general con hiporexia y/o pérdida de peso llamativa.
- Sangrado de origen ginecológico en paciente postmenopáusica.
- Prurito, sangrado o cambios en lesiones cutáneas
- Múltiples visitas a Servicios de Urgencias sin encontrarse una patología en paciente previamente sano.

La sospecha diagnóstica es la que nos hará solicitar las pruebas complementarias pertinentes con idea de confirmar el diagnóstico y si es posible iniciar una orientación terapéutica adecuada. En ocasiones sólo alcanzamos en Urgencias una presunción diagnóstica e ingresaremos al paciente para estudio.

- Pacientes con NEOPLASIA YA DIAGNOSTICADA.

En este caso es fundamental concretar bien el motivo de consulta para poder encuadrarlo en uno de los supuestos más frecuentes:

- Efectos secundarios a la progresión del tumor.
- Toxicidad de la quimio/radioterapia.
- Patología intercurrente.

Será prioritaria la anamnesis y no debemos olvidar las siguientes preguntas:

- ¿Qué tratamiento está llevando?
- ¿Cuándo se le ha puesto el último ciclo?
- ¿Qué oncólogo le está viendo?
- ¿Le ha ocurrido algo similar en otros ciclos y/o sesiones?

Los pacientes oncológicos consultan con frecuencia por DOLOR que debemos intentar filiar y tratar. Especial importancia tiene el hacer hincapié en aquellos signos y/o síntomas cuya existencia puede tener repercusión vital, como son fiebre, disfagia, vómitos, distensión abdominal, disnea, hemoptisis, hematemesis, melenas, disminución del nivel de conciencia y/o déficit neurológico. Debemos realizar siempre una exploración física minuciosa y completa.

2. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

En estos enfermos la batería de pruebas complementarias puede llegar a ser muy amplia por ello siempre debemos de guiarnos por el signo/síntoma que le ha hecho venir a urgencias, y tener en cuenta las exploraciones complementarias que se han realizado de forma reciente así como la situación clínica y pronóstico del paciente para evitar pruebas innecesarias.

Solicitaremos analítica de sangre con hemograma, pruebas de función renal y hepática, ionograma y coagulación. Si solicitamos el Dímero D (por sospecha de trombosis) hemos de tener presente que la propia patología de base puede darnos falsos positivos.

- Radiografía de tórax, si es posible en dos proyecciones (PA y L). Siempre teniendo en cuenta la comparación con placas previas que obtendremos solicitando la historia clínica del paciente.
- Radiografía de abdomen ante indicios de patología abdominal (fundamentalmente obstrucción intestinal). Si es posible decúbito y ortostático y en su defecto decúbito lateral con rayo horizontal.
- ECG.
- Gasometría arterial o venosa en caso de disnea o sospecha de alteración metabólica.
- Analítica de orina (perfil y sedimento). Iones, urea y creatinina en caso de insuficiencia renal de nueva aparición.
- Si existe fiebre, solicitaremos Hemo y urocultivo.
- Ante alteraciones del nivel de conciencia, del comportamiento, crisis convulsiva y/o déficit neurológico de nueva aparición hay que realizar TAC craneal.
- Si sospechamos compresión medular, la prueba de elección es la RNM que no siempre es posible realizar por lo que se realizará TAC del nivel afecto previa consulta con servicio de radiología.
- Ecografía abdominal si el paciente refiere ictericia, dolor abdominal intenso, oligoanuria...etc.
- Cuando aparezca disnea súbita que nos haga sospechar un TEP (la neoplasia es un factor de riesgo para la aparición de trombosis), pediremos TAC torácico helicoidal.
- De la misma forma si la sospecha es de TVP se solicitará ECO-Doppler.
- Cuando la clínica del paciente nos sugiere la existencia de un taponamiento cardíaco, contactaremos con cardiología para la realización de Ecocardiograma.

3. ACTITUD TERAPEUTICA EN URGENCIAS

En cuanto al tratamiento, en Urgencias se deben solucionar aquellas situaciones que entrañan riesgo vital para el enfermo (obstrucción de vía aérea, taponamiento cardíaco, hipertensión intracraneal, hipercalcemia grave...), así como aquellas que van a empeorar su calidad de vida (compresión medular, emesis, control del dolor, retención urinaria, derrame pleural masivo, ascitis a tensión...).

Ante estos pacientes y especialmente si nos hallamos ante un enfermo terminal es fundamental tener en cuenta las siguientes premisas:

- Control de los síntomas: este va a ser el objetivo principal del tratamiento urgente. Cuando sea preciso y esté indicado se utilizarán mórficos y sedantes que mejoren la calidad de vida.
- Mantener una comunicación fluida y eficaz con el paciente. Esto no siempre es fácil, pero intentaremos saber que grado de conocimiento tiene el paciente de la enfermedad que padece, hablar con la familia y corroborar datos e informar lo más claramente posible a ambos, de forma que se facilite la posterior toma de decisiones de forma conjunta.
- Apoyo a la familia. Siempre es importante la información suministrada y el asegurarnos que la familia comprende la situación del paciente ya que no es infrecuente el caso de familias que se niegan a aceptar la realidad de la enfermedad. Volvemos a insistir en la importancia de un conocimiento por parte del médico de urgencias de la historia clínica del paciente y de la información que se les ha dado por parte del servicio de Oncología.

Siempre que sea preciso, podremos solicitar la ayuda de otros especialistas para realizar determinadas pruebas y/o decidir una opción terapéutica u otra. Asimismo estos pacientes pueden precisar en ocasiones atención a otros niveles como psiquiatría, asistencia social o apoyo religioso.

BIBLIOGRAFIA

1. BARNETO I, RUBIO MJ, GOSALBEZ B, JIMENEZ MURILLO L, MONTERO FJ. Urgencias en el paciente oncológico (I). En: Jiménez Murillo L. y Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Madrid: Harcourt Brace España S.A., 1999:575-589
2. CRUZ JJ, RODRIGUEZ SANCHEZ CA, LOPEZ MATEOS Y. Urgencias en Oncología. En: Carrasco Jiménez M.S. y De la Paz Cruz J.A. Tratado de emergencias médicas. Arán, Madrid 2000: 1791-1814
3. GARCIA GIL D. Urgencias oncológicas. En: Manual de Urgencias. HERRERO, BELLVER. El enfermo terminal. En: Curso de Urgencias médicas para residentes. Fundación Jiménez Díaz 2001.