



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autor/es

Ana Callejo Pérez

Director/es

Nieves Galán Cerrato
Berta Sáez Gutiérrez

Facultad de Medicina de Zaragoza
Máster en Iniciación a la Investigación en Medicina
Curso 2014-2015

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	pág. 4
1.1 Epidemiología del cáncer y dolor	pág. 4
1.2. Justificación del estudio	pág. 5
1.3. Definición de dolor y características	pág. 6
1.4. Conocimiento actual del manejo del dolor	pág. 8
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	pág. 11
2.1. HIPÓTESIS	pág. 11
2.2. OBJETIVOS	pág. 11
3. MATERIAL Y MÉTODOS	pág. 12
3.1. Material	pág. 12
3.1.1. Pacientes	pág. 12
3.1.1.1.1. <i>Universo poblacional</i>	pág. 12
3.1.1.1.2. <i>Universo muestral</i>	pág. 13
3.1.2. Datos recogidos y variables a estudio	pág. 13
3.2. Métodos	pág. 17
3.2.1. Recogida de datos	pág. 17
3.2.2. Análisis descriptivo y estadístico de los datos	pág. 18

4. RESULTADOS	pág. 20
4.1. Estudio descriptivo	pág. 20
4.1.1. Variables epidemiológicas	pág. 20
4.1.2. Variables relacionadas con el proceso oncológico	22
4.1.3. Variables relacionadas con la visita a Urgencias	27
4.1.4. Variables relacionadas con el dolor y tratamiento	32
4.2. Análisis estadístico	pág. 40
5. DISCUSIÓN	pág. 44
6. CONCLUSIONES	pág. 47
7. BIBLIOGRAFÍA	pág. 48

1. INTRODUCCIÓN

1.1 EPIDEMIOLOGÍA. CÁNCER Y DOLOR ONCOLÓGICO.

* Epidemiología. Aspectos generales.

El cáncer es la segunda causa de muerte en nuestro país. La incidencia del cáncer en España en 2012 ha sido de 215.534 casos (2/3 partes en pacientes ≥ 65 años), con una tasa estandarizada por edad de 215,5 casos por 100.000 habitantes por año, y un riesgo de presentar cáncer antes de los 75 años de 25,1%.

La predicción para 2015 es de 227.076 casos, con un crecimiento de nuevos casos que se produce en mayor medida en la población ≥ 65 años (*Tabla 1*).⁽¹⁾

Tabla 1. Incidencia de cáncer en España 2012 y predicción 2015.

Año	Número estimado de nuevos casos	Hombre	Mujer	Ambos sexos
2012		128550	86984	215534
	< 65 años	46202	39225	85427
	≥ 65 años	82348	47759	130107
2015		135954	91122	227076
	< 65 años	48555	40487	89042
	≥ 65 años	87399	50635	138034
	Cambio demográfico	7404	4138	11542
	< 65 años	2353	1262	3615
	≥ 65 años	5051	2876	7927

La prevalencia de cáncer a 5 años en España en 2012 era de 581.688 casos, con una tasa de 1.467,6 casos por 100.000 habitantes. La Prevalencia a 3 años era de 389.498 casos y a 1 año de 151.257 casos.⁽¹⁾

* Epidemiología del dolor en pacientes con cáncer.

De los pacientes con diagnóstico de cáncer, se estima que la prevalencia del dolor en los pacientes tras un tratamiento curativo es en torno a un 33%. En aquellos con tratamiento antineoplásico activo alrededor de un 59% y hasta en un 65-70% entre los pacientes con enfermedad metastásica avanzada o terminal.⁽²⁻⁵⁾

Estos datos evidencian la importancia del dolor oncológico como problema sanitario muy relevante de nuestra sociedad actual debido al importante número de pacientes que lo padecen y además con previsiones de aumento en los próximos años por el aumento de nuevos casos.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La mayoría de los pacientes son diagnosticados en estadios avanzados para los cuales un manejo adecuado sintomático y en especial del dolor resulta esencial para poder ofrecer calidad de vida.⁽³⁾

Se ha avanzado en los últimos años tanto en la comprensión de los mecanismos del dolor de los pacientes oncológicos como en el manejo del mismo, así como también en las políticas sanitarias que hacen referencia a este tema⁽⁶⁾. Hay medidas disponibles y diversas opciones terapéuticas demostradas efectivas para el control de este síntoma.

Sin embargo diversos estudios y revisiones estiman casi en un 50% los pacientes oncológicos infratratados para el dolor. Los datos confirman una alta prevalencia de dolor oncológico no aliviado, lo cual supone un importante problema de salud pública con sobrecarga de recursos por una utilización subóptima de los mismos.^(2,3,7-9)

El dolor oncológico es uno de los síntomas más frecuentes, temidos y limitantes para el paciente ya que supone una disminución de la calidad de vida con un impacto negativo multidimensional, tanto sobre el paciente como en los

familiares, de manera física como psicológica y además causante de una sobrecarga asistencial muy relevante.^(3,10)

Resulta de interés científico el estudio del fracaso del control del dolor. Uno de los indicadores para su evaluación es la incidencia por dolor a un servicio de urgencias. Es el tema que trataremos de analizar en el presente estudio.

1.3 DEFINICIÓN DE DOLOR Y CARACTERÍSTICAS.

El dolor se define como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular real o posible, o que se describe como tal”, según la IASP (International Association for the Study of Pain). La experiencia dolorosa es siempre subjetiva, y se considera la intensidad del dolor según el paciente lo exprese.⁽¹¹⁾

El dolor es un síntoma angustioso que puede ser producido por una neoplasia muy frecuentemente. Afecta de una manera drástica a la calidad de vida del paciente, de los familiares y cuidadores, con limitaciones tanto a nivel físico como psíquico asociando un componente afectivo-emocional que influye en el estado anímico del paciente que lo sufre.

El concepto de dolor oncológico o relacionado con el cáncer es muy complicado, se conceptualiza como una vivencia multidimensional con complejas interacciones entre las dimensiones física, psicológica, socio-cultural, cognitiva y sensorial; que interfiere en numerosas actividades diarias del paciente perjudicándolo seriamente.^(3,12-14)

En función de la duración del dolor se puede clasificar en:

- Dolor agudo: limitado en el tiempo.
- Dolor crónico: ilimitado en su duración con gran influencia psicológica. Es el más frecuente en el paciente con cáncer.

- Dolor irruptivo: exacerbación del dolor súbita, transitoria, de corta duración y de gran intensidad. También es un dolor característico de los pacientes oncológicos.

Desde el punto de vista de la patogenia se establece la siguiente clasificación:

- Dolor nociocectivo: por excitación anormal de los nociocectores somáticos o viscerales por daño tisular por extensión tumoral entre otras causas. En función del tipo de nociocectores afectados se subclasifica en dolor somático o dolor visceral. Es el más frecuente.
- Dolor neuropático: producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión o infiltración de los nervios periféricos. Representa el 15-20% de los pacientes oncológicos con dolor.⁽¹⁵⁾
- Dolor psicógeno o psicosocial: se trata de un dolor complejo con importante componente psíquico en el que interaccionan factores como la ansiedad, el miedo, la angustia, etc.

Por otro lado el dolor en los pacientes con cáncer es un proceso muy complejo y suele ser el resultado de múltiples causas. La etiología del dolor puede ser clasificada de la siguiente manera ^(11,16,17):

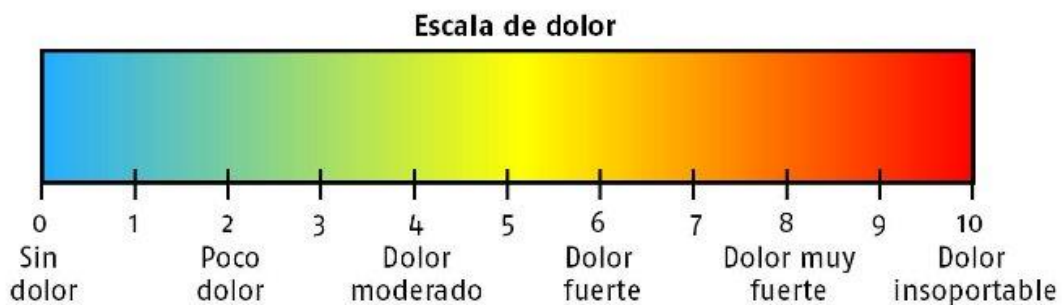
- Por participación directa del tumor: es la más frecuente (hasta en un 70% de los pacientes con dolor). Como consecuencia de invasión, compresión u obstrucción por el tumor. Las metástasis óseas representan la causa más frecuente de dolor por cáncer.
- Derivado de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos: relacionado con la cirugía, la radioterapia, secundario a la quimioterapia u otros tratamientos oncológicos.
- Dolor no relacionado con el tumor o su tratamiento: menos del 10% del dolor en pacientes oncológicos se debe a complicaciones intercurrentes a su proceso neoplásico y en parte favorecido por el mismo en numerosas ocasiones. Infecciones o complicaciones vasculares tromboembólicas son las principales entidades causantes de dolor.

1.4 CONOCIMIENTO ACTUAL DEL MANEJO DEL DOLOR.

* Evaluación del dolor

Para la optimización del manejo del dolor es necesaria una correcta evaluación del mismo de una manera apropiada y regular mediante herramientas como escalas o cuestionarios validados científicamente ^(2,18-20). Se proponen como estándares potenciales una escala visual analógica (*Figura 1*), una escala numérica y otra verbal que deberían realizarse de una manera continua para reevaluar la intensidad del dolor periódicamente.

Figura 1. Escala visual analógica del dolor.



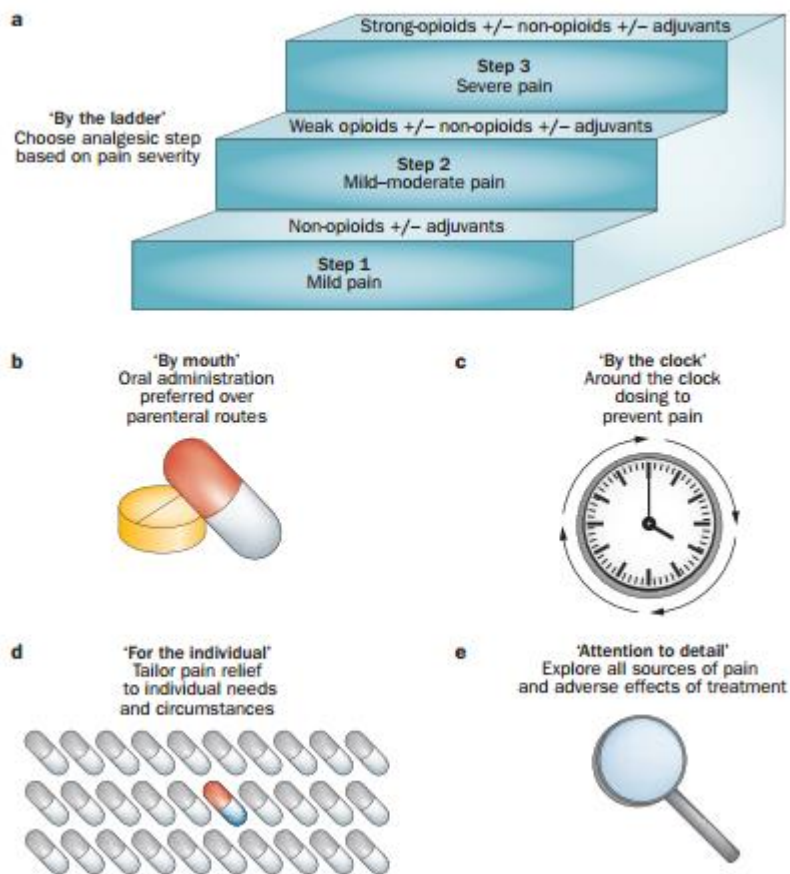
* Tratamiento del dolor

Existen diferentes guías para el manejo del dolor estudiadas por diversas sociedades científicas. Es un tema al que se le ha dado prioridad en la comunidad científica y se ha abordado continuamente de una manera teórica.

La morfina y sus derivados continúan siendo la piedra angular del manejo del dolor por cáncer⁽²¹⁾. La OMS (Organización Mundial de la Salud) estableció una primera propuesta de manejo siguiendo una escalera analgésica que aún sigue vigente en la actualidad. De una manera simplificada se comienza el primer escalón para dolores leves con terapias sin opioides como paracetamol o AINES (Antinflamatorios no esteroideos), el segundo escalón consiste en tratamiento con opiáceos menores para dolores de leve a moderados y el tercer escalón para dolores severos con opioides mayores como la morfina y

sus derivados. Hay un cuarto escalón que representa las medidas analgésicas intervencionistas. Con este modelo de algoritmo analgésico, la OMS también determinó otros cuatro principios fundamentales más para la correcta utilización de la terapia antiálgica.^(22,23) Además del tratamiento del dolor siguiendo los escalones analgésicos los otros principios se resumen en la administración oral del tratamiento como vía de elección, terapia pautada con horario, adecuación de dosis a la necesidad individual del paciente y explorar todas las fuentes de dolor y los efectos secundarios del tratamiento. (Figura 2)

Figura 2. Principios de la OMS para la administración de analgesia para el alivio del dolor oncológico.



Las demás guías y revisiones toman su esqueleto respecto al manejo del dolor de estos principios establecidos por la OMS^(2,18,24).

Como recomendaciones generales según las sociedades SEOM, ESMO, ASCO y la propia OMS, se establece el comienzo del tratamiento según la escala analgésica de la OMS pero dependiendo siempre de la intensidad del dolor individual, de este modo si un paciente presenta un dolor severo de difícil control estaría indicado iniciar la terapia analgésica con opioides. Se recomienda realizar titulación de dosis hasta llegar a la adecuada para aliviar el dolor con efectos adversos tolerables, manteniendo una dosis de rescate para el dolor irruptivo del paciente y así también calcular el aumento de dosis basal necesario ^(25,26).

Así mismo se establece como recomendable el manejo de efectos secundarios del tratamiento con opioides desde el inicio de la terapia para aumentar la probabilidad de un resultado favorable con mayor calidad de vida del paciente. Los más destacados son el estreñimiento y la toxicidad digestiva, náuseas al comienzo del tratamiento y la somnolencia/obnubilación como toxicidad del sistema nervioso central ⁽²⁷⁻²⁹⁾.

El dolor por tanto es un síntoma potencialmente tratable con terapias de eficacia demostrada científicamente^(21,25) y que sin embargo sigue siendo un problema de salud en la actualidad con tasas de infratratamiento significativas convirtiéndose en uno de los motivos más frecuentes por los que los pacientes oncológicos consultan en servicios de Urgencias ^(30,31).

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 HIPÓTESIS

Se plantea la hipótesis de la existencia de relación entre el dolor oncológico como motivo de consulta al Servicio de Urgencias y el tratamiento analgésico del paciente.

2.2 OBJETIVOS

- * Objetivo principal

- Estudio de asociación entre el tratamiento analgésico y el dolor oncológico como motivo de ir Urgencias.

- * Objetivos secundarios

- Estudio descriptivo de las características epidemiológicas y oncológicas de los pacientes oncológicos que acuden al servicio de Urgencias.

- Evaluación de la participación del ESAD en los pacientes oncológicos que acuden a Urgencias.

- Análisis de las características relacionadas con el dolor en el momento de la visita a Urgencias.

- Análisis del tratamiento analgésico de base de los pacientes.

- Análisis de los tratamientos analgésicos administrados de urgencia.

- Evaluación de los criterios de calidad del tratamiento con morfina: uso de laxantes, antieméticos y analgesia de rescate.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. MATERIAL

3.1.1. PACIENTES

3.1.1.1. UNIVERSO POBLACIONAL

Los pacientes incluidos en este trabajo proceden del Área 3 del mapa sanitario de Aragón (*Figura 1*) que recoge el Sector Zaragoza III y el Sector Calatayud, los cuales incluyen: población urbana de Zaragoza ciudad y ciertos barrios, y población rural de las comarcas de las Cinco Villas, Zaragoza, Ribera Alta del Ebro, Campo de Cariñena, Valle del Alagón, Campo de Borja, Tarazona y el Moncayo, Calatayud, Campo de Daroca, Valdejalón y Aranda.

Figura 1. Mapa sanitario de Aragón.



3.1.1.2. UNIVERSO MUESTRAL

La muestra recogida comprende todos los pacientes con proceso oncológico activo en ese momento, que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, y precisan atención especializada por parte del Servicio de Oncología Médica.

Los pacientes recogidos para la muestra tienen diagnóstico anatomopatológico de cáncer y pueden estar en seguimiento por el Servicio de Oncología Médica, el ESAD (equipo de atención domiciliaria paliativa) o ambos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mayoría de edad (>18 años).
- Diagnóstico de cáncer o en tratamiento adyuvante tras intervención por cáncer.
- Acudir al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Lozano Blesa precisando atención médica en cualquiera de las subunidades de dicho Servicio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Menores de 18 años.
- Diagnóstico de cáncer en seguimiento ambulatorio solamente sin tratamiento activo ni proceso oncológico evidente en el momento de la visita a Urgencias y/o que no requiere atención de manera urgente por el Servicio de Oncología Médica.

3.1.2. DATOS REGISTRADOS Y VARIABLES A ESTUDIO

De cada paciente se recogen los siguientes datos, estableciéndose a partir de los mismos las siguientes variables:

VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS

- Edad: la edad del paciente en el momento de la llegada a Urgencias. Se establece como variable cuantitativa discreta.
Para el análisis posterior de los datos, se establece la variable cualitativa grupo de edad, dividiendo a los pacientes en tres grupos de edades comprendidas entre 18 y 40 años, 41 y 64 años y mayores de 65 años.
- Sexo: femenino o masculino estableciéndose como variable cualitativa dicotómica.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL PROCESO ONCOLÓGICO.

- Localización del tumor primario: también denominado histología durante el estudio para simplificar. Se recoge el dato estableciéndose 20 grupos: colorrectal, pulmón célula pequeña, pulmón célula no pequeña, mama, próstata, hematológico, vejiga, cabeza y cuello, ginecológico, hígado, riñón, páncreas, melanoma, sistema nervioso central, esófago, testículo, sarcoma, vías biliares y vesícula y otros (donde se engloban el resto de tumores de localizaciones distintas a las nombradas).
Se establece como variable cualitativa nominal.
- Estadio tumoral: para el estudio de la extensión tumoral se recoge el estadio del tumor en el momento de la llegada a Urgencias del paciente,

que puede ser I, II, III ó IV, según según la séptima edición de la clasificación TNM aceptada por la “Union for International Cancer Control/American Joint Committee on Cancer” (UICC/AJCC) y la “International Association for the Study of Lung Cancer” (IASLC). La clasificación TNM para el estadiaje tumoral es la clasificación internacional en vigencia avalada por las sociedades científicas de Oncología más importantes y de uso en la práctica clínica.

- Administración de tratamiento antineoplásico activo ya sea radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia o tratamientos biológicos. Se establece la variable cualitativa nominal dicotómica con dos categorías: pacientes que están recibiendo tratamiento y otro que no.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL MOMENTO DE LA VISITA A URGENCIAS.

- Motivo de ir a Urgencias: se establece una variable cualitativa nominal dicotómica con dos categorías compuestas por los pacientes oncológicos que acuden a Urgencias por dolor como principal motivo de consulta o aquéllos que acuden por cualquier otro motivo. Dentro del dolor como principal motivo de consulta los pacientes pueden padecer dolor agudo, subagudo o crónico por causas relacionadas por participación directa del tumor, derivado de procedimientos o tratamientos diagnóstico-terapéuticos en relación a su cáncer o por complicaciones relacionadas o no con su proceso oncológico.
- Destino final del paciente: si requiere ingreso hospitalario o se va de alta ambulatoria. Los pacientes que precisen ingreso en observación durante unas horas se considerarán incluidos en la categoría de ingreso hospitalario.

- ESAD: los pacientes se agrupan en aquellos que están en seguimiento por el ESAD en el momento de la visita a Urgencias y los que no, estableciéndose así otra variable cualitativa nominal dicotómica.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL DOLOR Y SU TRATAMIENTO.

- Tratamiento para el dolor: de cada paciente se recoge el uso de tratamiento analgésico de manera pautada en domicilio o la ausencia del mismo.
- Tratamiento con coadyuvantes para el dolor: se establecen dos categorías de la variable en función de la utilización de coadyuvantes para el dolor o no. Se denominan coadyuvantes a los analgésicos de primer escalón así como corticoides, antiepilépticos y antidepresivos utilizados con fines antiálgicos.
- Tratamiento con opioides: se establece como variable cualitativa nominal dicotómica el uso de analgesia de segundo y tercer escalón como tratamiento habitual en domicilio o la ausencia del mismo.
- Dosis de opioides en domicilio: de los pacientes con tratamiento opiáceo pautado previo, se recoge la dosis del fármaco y se realiza la equivalencia en miligramos (mg) de morfina oral cada 24 horas. Se establecen 9 categorías ordinales cuya equivalencia se representa por rangos de 20 mg de morfina oral hasta la última categoría que hace referencia a valores mayores de 160 .
- Administración de opioides durante su estancia en el Servicio de Urgencias: variable cualitativa nominal dicotómica con dos categorías, los pacientes que precisan tratamiento con opioides de manera urgente, es decir, durante su estancia en Urgencias y aquellos que no.

- Presencia o ausencia de criterios de calidad de tratamiento con morfina y derivados: la utilización simultánea de laxantes, antieméticos y analgesia de rescate adecuada se consideran factores de calidad del buen uso de tratamiento con analgesia de tercer escalón.

Entre los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias con tratamiento opiáceo pautado ya, se establecen tres variables a estudio cualitativas nominales dicotómicas: el uso de laxantes o no, el uso de antieméticos y la utilización de analgesia de rescate adecuada en fármaco, dosis y vía de administración.

La analgesia de rescate hace referencia a medicación analgésica para el uso en caso de dolor irruptivo a pesar de dolor basal bien controlado o no. A la hora de contabilizar estas variables se tiene en cuenta la prescripción en domicilio de las terapias, independientemente de su uso habitual por parte del paciente, ya que esa cuestión puede depender de las necesidades individuales de cada paciente.

3.2. MÉTODOS

3.2.1. RECOGIDA DE DATOS

Se obtiene una muestra de 359 pacientes oncológicos que acuden a Urgencias del Hospital Clínico Lozano Blesa durante un periodo de 6 meses, desde el 1 de Enero de 2013 hasta el 30 de Junio de 2013, a través del programa PCH de Urgencias y de las colaboraciones realizadas al Servicio de Oncología Médica desde dicho programa.

El número de pacientes de la muestra será inferior a la estimación del número real debido a que si no se refleja la colaboración al Servicio de Oncología desde el programa de Urgencias no se recogerá para la muestra.

De cada paciente recogido se obtienen los datos comentados en el apartado anterior a partir de su Historia Clínica (localización tumor, estadio, tratamiento oncológico activo, seguimiento por ESAD, etc) diseñando así una base de datos que establecía un protocolo de recogida de las variables de cada paciente utilizando para ello y para su procesamiento posterior el paquete estadístico SPSS versión 22.0 Chigago IL.

3.2.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y ESTADÍSTICO

Se trata de un estudio observacional y retrospectivo de una cohorte pacientes oncológicos con necesidad de visita al Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel.

Se ha realizado en primer lugar un estudio descriptivo de las variables recogidas.

Las variables cualitativas nominales, se expresan mediante frecuencias y valores absolutos con gráficos y tablas explicativas realizadas mediante el programa estadístico SPSS versión 22.0 y para las tablas se ha utilizado el programa de Microsoft Office Excel versión 2007.

Las variables cualitativas ordinales se han representado en gráficos con porcentajes de los valores absolutos.

Las variables cuantitativas discretas se muestran utilizando la media y los valores mínimos y máximos.

El análisis estadístico se ha realizado entre variables cualitativas relacionadas con el dolor como motivo de consulta de manera urgente. Se ha analizado la asociación estadística entre las variables mediante una tabla de contingencia de las variables y la prueba Chi cuadrado de Pearson, considerando significativo para un valor de $p > 0.05$.

4. RESULTADOS

4.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO

4.1.1. VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS

Las variables epidemiológicas de los pacientes recogidas en el estudio son el sexo y la edad del paciente, estableciéndose tres grupos de edad para su clasificación: jóvenes (hasta 40 años), mediana edad (de 41 a 64 incluidos) y pacientes ancianos (mayores de 65 años). (*Tabla 1*).

Tabla 1. Número de pacientes según sexo, edad y frecuencias.

			GRUPOS DE EDAD (AÑOS)		
			De 18 a 40	De 41 a 65	Mayor de 65
		Total (%)	n= 15 (4,18)	n=186 (51,81)	n=158 (44,01)
SEXO	Mujeres	n= 131 (36,5)	9 (2,51)	71 (19,78)	51 (14,21)
	Hombres	n= 228 (63,51)	6 (1,67)	115 (32,03)	107 (29,81)

La edad media de los pacientes oncológicos que acuden a urgencias es de 62,91 años. El rango de edades oscila desde los 21 años del más joven a los 88 años del más anciano. Siendo la n total de nuestro estudio de 359 pacientes. (Tablas 2.1 y 2.2).

Tablas 2 (2.1 y 2.2). Estadísticos descriptivos de la edad.

Edad		
N	Válido	359
	Perdidos	0
Media		62,91
Mediana		62,74
Moda		52 ^a

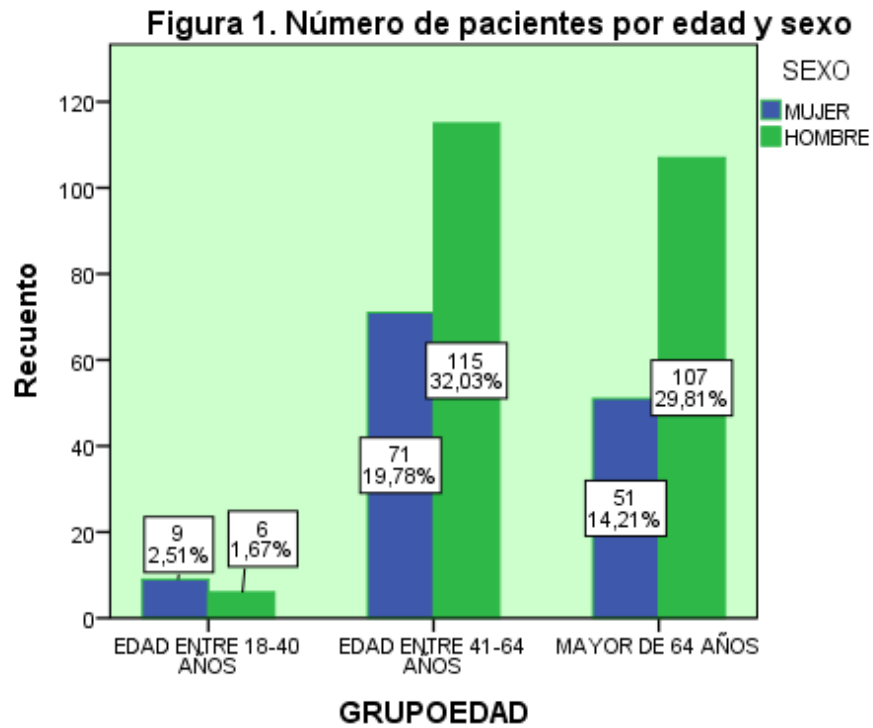
Estadísticos descriptivos de la edad

	N	Mínimo	Máximo	Media
EDAD	359	21	88	62,91
N válido (por lista)	359			

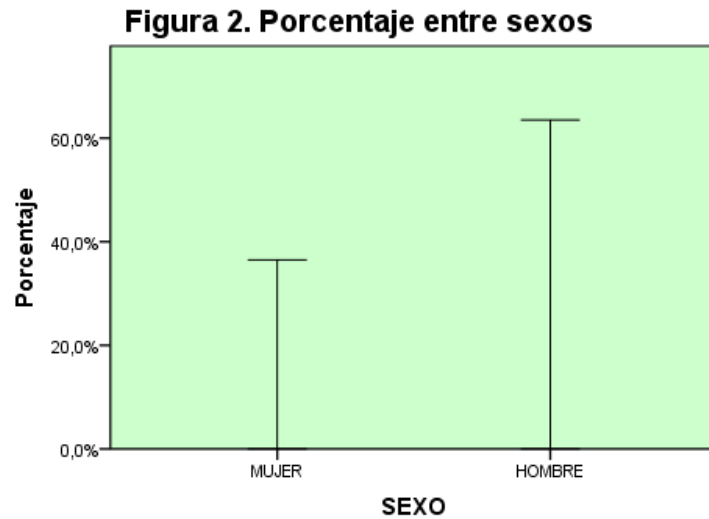
a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Los datos se representan combinados en el siguiente gráfico (Figura 1) y desglosados en la Figura 2 según la variable sexo y en la Figura 3 según grupo de edad.

El mayor número de pacientes que acude a urgencias son los varones de mediana edad (32,03%) seguidos por los mayores de 64 años (29,81%). (Figura 1)

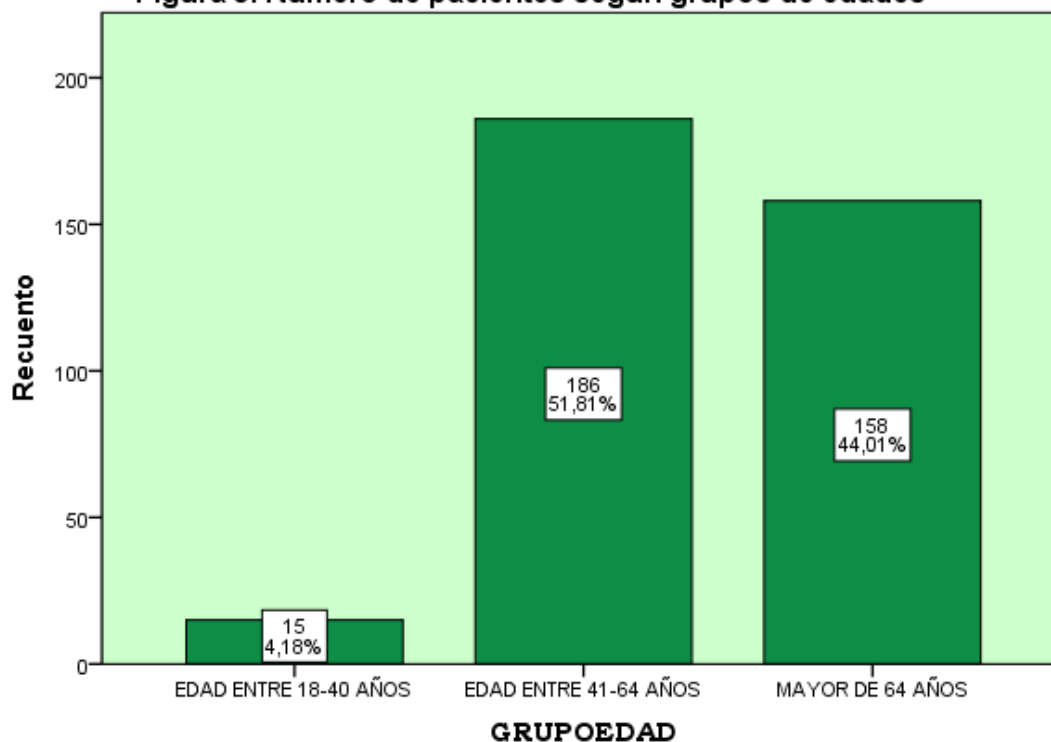


De los pacientes que acuden a urgencias un 36,5% son mujeres frente a un 63,51% que son varones. (Figura 2)



Del total de pacientes del estudio, 15 eran menores de 40 años, 186 tenían entre 41 y 64 años y 158 eran mayores de 65 años. (Figura 3)

Figura 3. Número de pacientes según grupos de edades

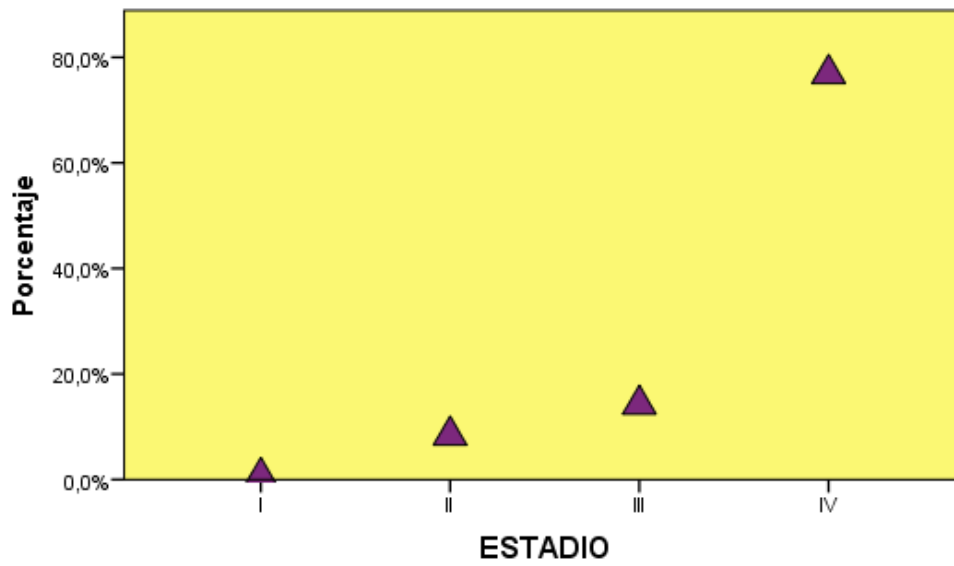


4.1.2. VARIABLES RELACIONADAS CON EL PROCESO ONCOLÓGICO

De la muestra recogida el estadio tumoral más frecuente ha sido el estadio IV con un 76,88% del total de la muestra, lo que ha supuesto ser más de tres cuartas partes de los pacientes oncológicos que acuden a urgencias, los cuales tienen su enfermedad de base muy avanzada.

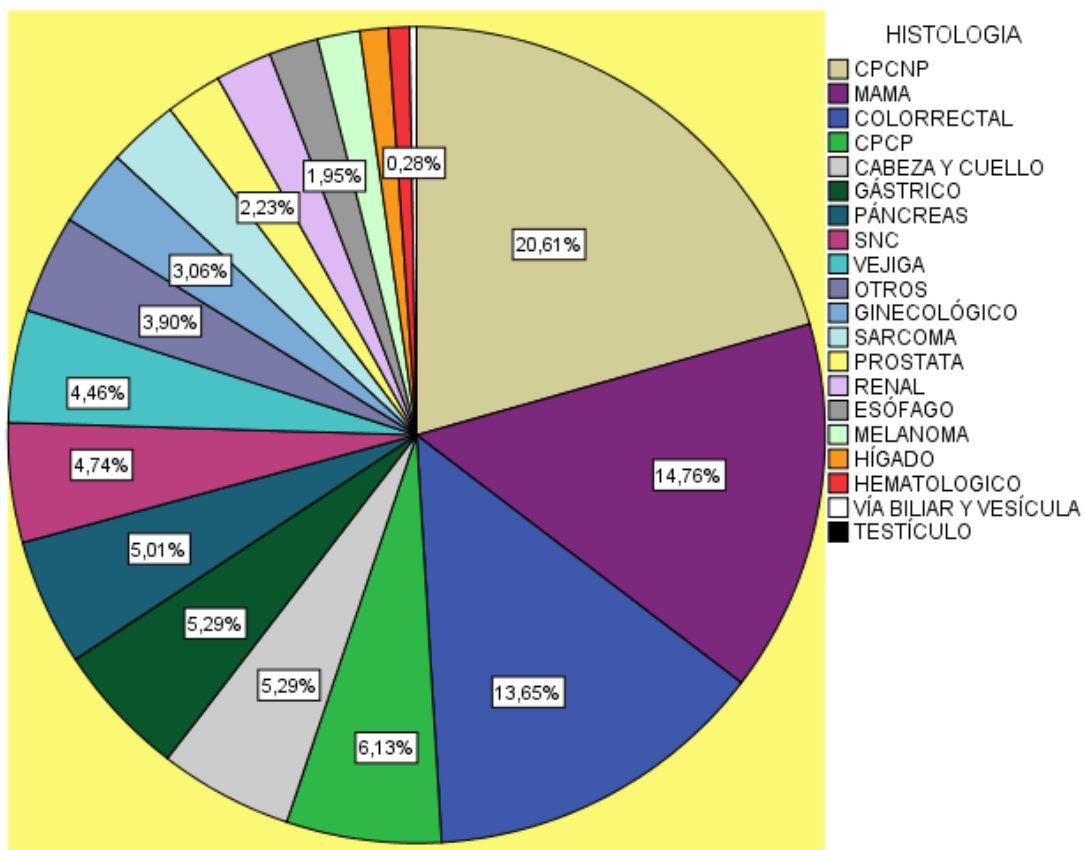
Los pacientes con enfermedad oncológica diagnosticada en estadio III representan un 14,20%, los de estadio II un 8,35% y tan sólo un 0,55% de los pacientes eran estadio I en el momento de acudir a urgencias. (Figura 4)

Figura 4. Proporción de pacientes según el estadio tumoral



La localización primaria del tumor ha sido otra variable oncológica estudiada, que simplificando se ha denominado histología. (Figura 5)

Figura 5. Proporción de pacientes en función de histología

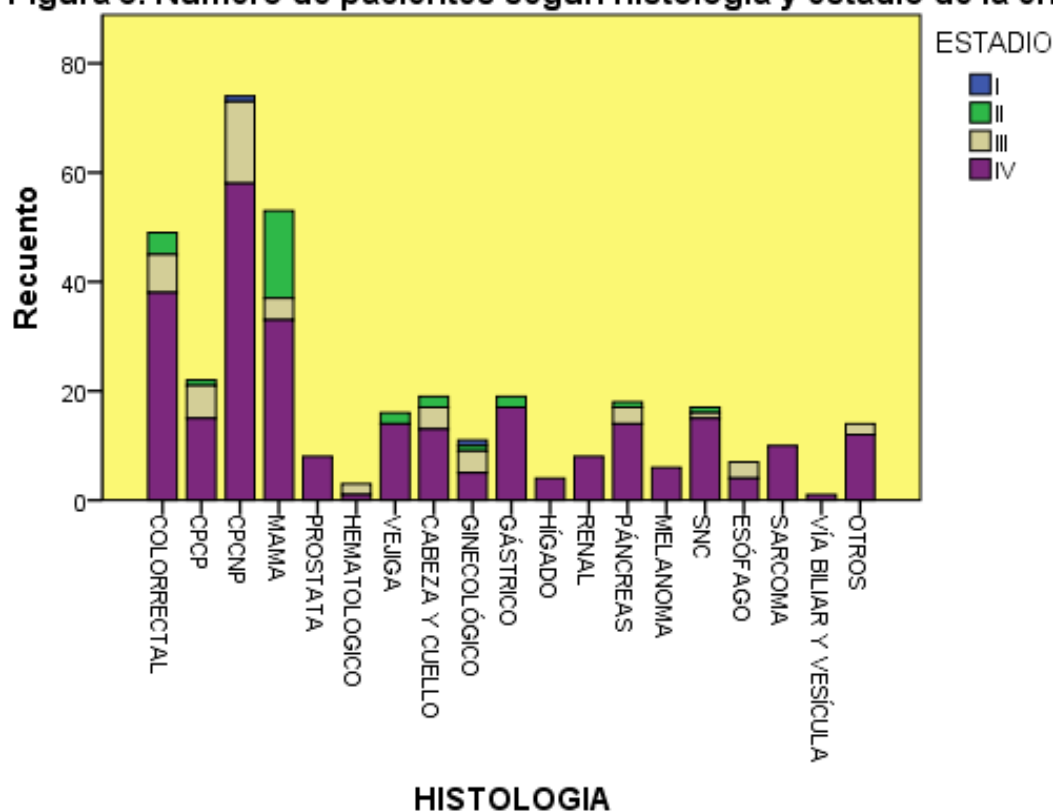


El cáncer de pulmón no microcítico con un 20,61%, el cáncer colorrectal con un 13,65% y el cáncer de mama con un 14,76% representan los diagnósticos más frecuentes de los pacientes oncológicos que acuden a urgencias.

Para la recogida de los datos se ha considerado el estadio tumoral en el momento de su llegada a urgencias y el diagnóstico de localización del tumor primario que tenga en ese momento activo (aunque el paciente haya tenido dos o más tumores previamente).

Estudiando las variables conjuntamente se observa el predominio del estadio IV tumoral y el diagnóstico de cáncer de mama, colorrectal y pulmón no microcítico, que suponen un 9,9%, 10,58% y un 16,6% respectivamente del total de pacientes que acuden a urgencias durante el periodo de tiempo descrito. (Figura 6 y Tabla 3)

Figura 6. Número de pacientes según histología y estadio de la enfermedad



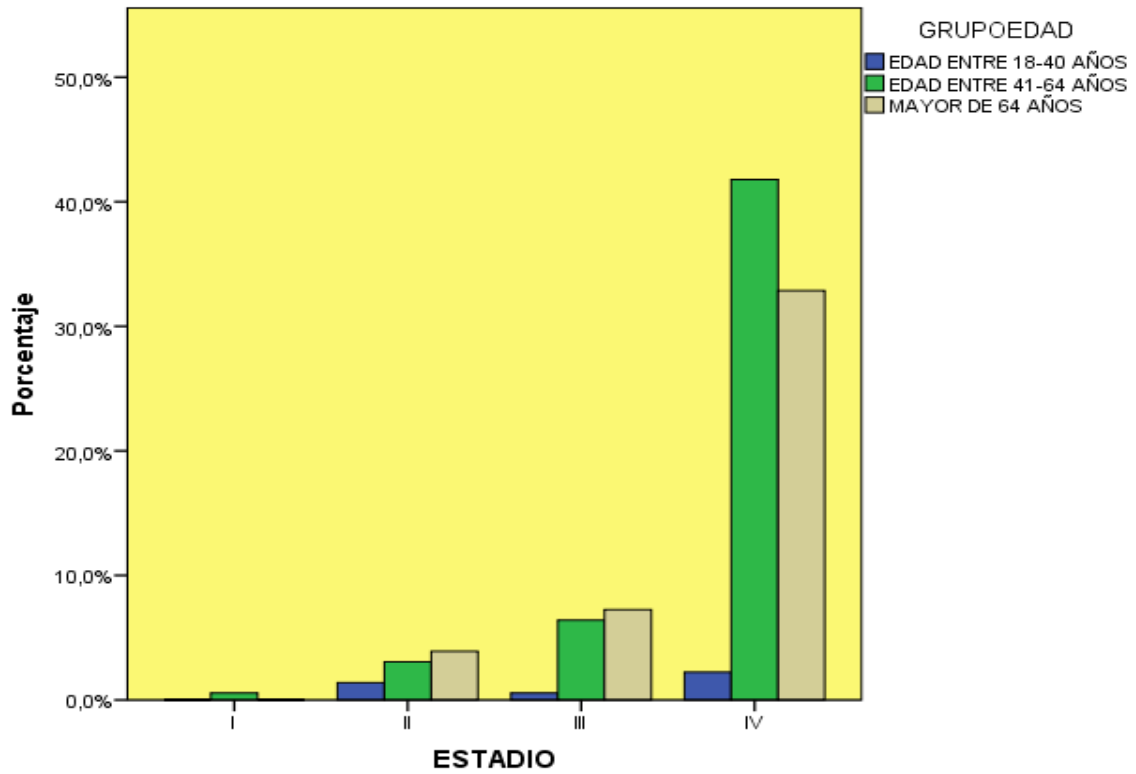
Continuando en frecuencia a las histologías ya comentadas, 17 pacientes acudieron a Urgencias con diagnóstico de cáncer gástrico estadio IV representando un 4,73% del total, seguido de 15 pacientes con carcinoma de pulmón de célula pequeña estadio IV, un 4,17% del total y el mismo número de pacientes con tumores de sistema nervioso central en estadio IV. (Tabla 3)

Tabla 3. Número de pacientes por histología y estadio tumoral a su llegada a urgencias.

		ESTADIO				
		I	II	III	IV	Subtotal
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
HISTOLOGIA	COLORRECTAL	0	4	7	38	49
	CPCP	0	1	6	15	22
	CPCNP	1	0	15	58	74
	MAMA	0	16	4	33	53
	PROSTATA	0	0	0	8	8
	HEMATOLOGIC O	0	0	2	1	3
	VEJIGA	0	2	0	14	16
	CABEZA Y CUELLO	0	2	4	13	19
	GINECOLÓGICO	1	1	4	5	11
	GÁSTRICO	0	2	0	17	19
	HÍGADO	0	0	0	4	4
	RENAL	0	0	0	8	8
	PÁNCREAS	0	1	3	14	18
	MELANOMA	0	0	0	6	6
	SNC	0	1	1	15	17
	ESÓFAGO	0	0	3	4	7
	TESTÍCULO	0	0	0	0	0
	SARCOMA	0	0	0	10	10
	VÍA BILIAR Y VESÍCULA	0	0	0	1	1
	OTROS	0	0	2	12	14
	Subtotal	2	30	51	276	359

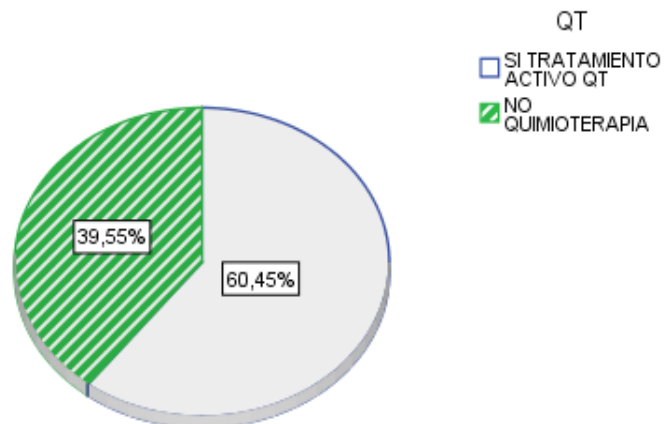
Al establecer la relación del estadio tumoral con la edad del paciente destaca el número de pacientes de mediana edad con estadio tumoral IV que son 150 pacientes del total (un 41,78%). (Figura 7)

Figura 7. Proporción de pacientes según edad y estadio.



Respecto al tratamiento activo de los pacientes, es más frecuente la llegada a urgencias de pacientes con tratamiento activo (60,45% del total). (Figura 8).

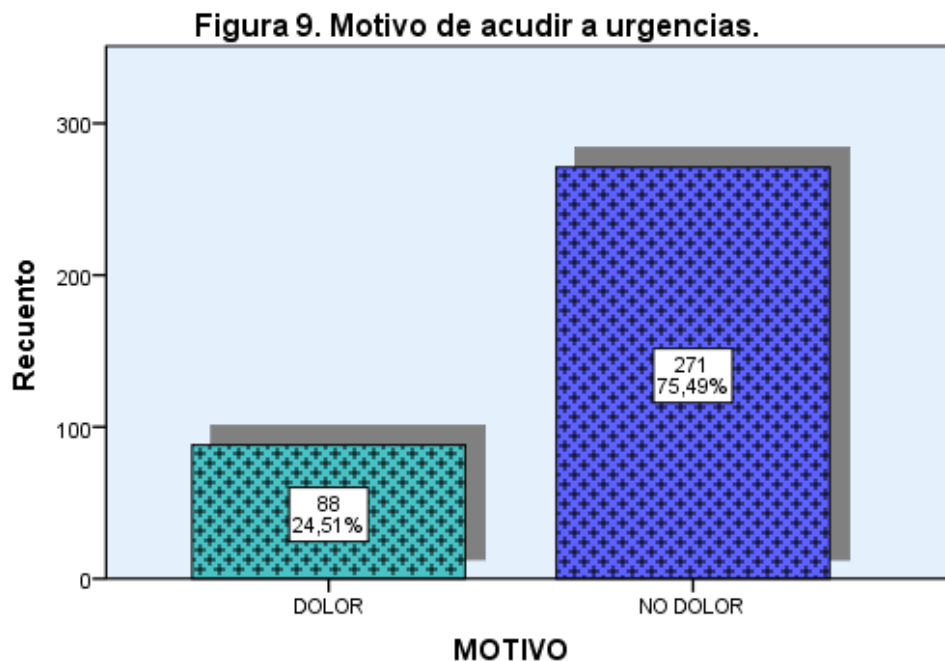
Figura 8. Proporción de pacientes con tratamiento QT activo



4.1.3. VARIABLES RELACIONADAS CON LA VISITA A URGENCIAS

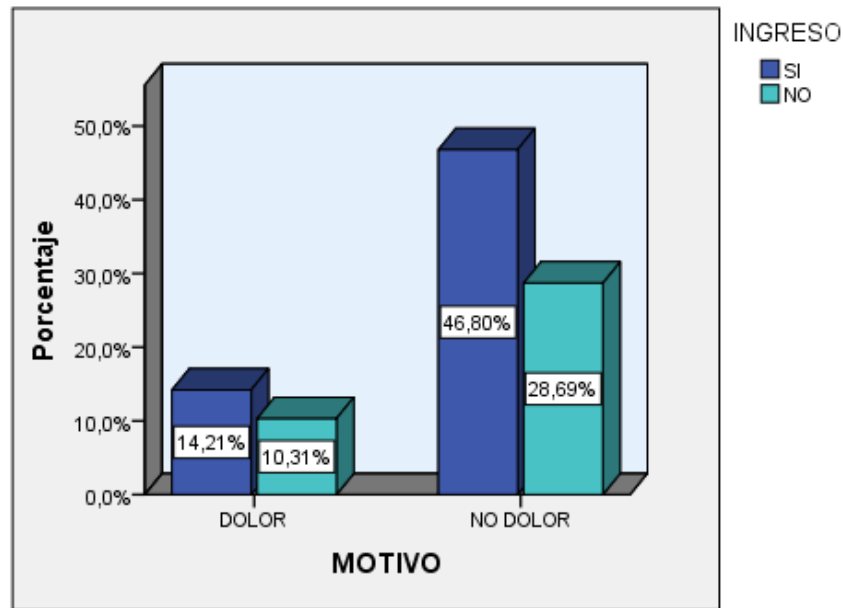
De la muestra recogida se ha valorado el motivo de ir a urgencias, si el paciente acudía a urgencias por dolor como principal problema o era otro motivo el causante de su visita. (Figura 9).

Aproximadamente un 25% de los pacientes tenían dolor y ésta era la principal causa de su visita a urgencias, lo que ha supuesto en la muestra recogida un total de 88 pacientes, es decir, casi un cuarto del total de pacientes.



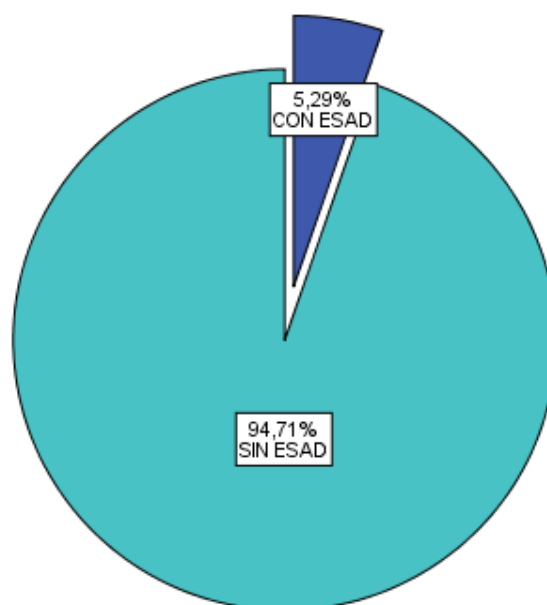
Se recogió también el número de pacientes que han precisado ingreso desde urgencias. Un 14,21% del total de los pacientes que llegó a urgencias fue ingresado por dolor y un 46,80% por otro motivo diferente al dolor. Proporcionalmente, de los pacientes que acuden a urgencias por dolor ingresó un 57,95% ($14,21\%/24,51\%$) y un 61,99% ($46,80\%/75,49\%$) de aquellos que acuden por otro motivo distinto. En total ingresaron 219 de los 359 pacientes, en 51 de los cuales la causa principal de ingreso ha sido dolor. (Figura 10)

Figura 10. Porcentaje de pacientes que requiere ingreso en función del motivo.



Otra variable estudiada fue el seguimiento por el ESAD (equipo de atención domiciliaria paliativa). Solamente 19 pacientes (un 5,29%) se encontraban en control por ESAD en el momento de Urgencias. (Figura 11).

Figura 11. Pacientes en seguimiento por ESAD



Se ha analizado el número de pacientes en seguimiento o no por el ESAD cuyo motivo de acudir a urgencias es el dolor y su relación con el estadio tumoral. (Tabla 4)

Se observa que los pacientes con estadio IV tumoral (el grupo de pacientes que conforma la mayor necesidad de los Servicios de Urgencias según se ha visto con anterioridad), que están en seguimiento por ESAD representan un 3,26% del total de pacientes que acuden a urgencias por dolor y un 3,62% del total por motivos diversos diferentes del dolor. Sin embargo, cuando no tienen control por ESAD la cifra de pacientes en estadio IV tumoral que acude por dolor aumenta considerablemente y representan hasta un 22,46% del total de pacientes que acude por dolor (62 pacientes).

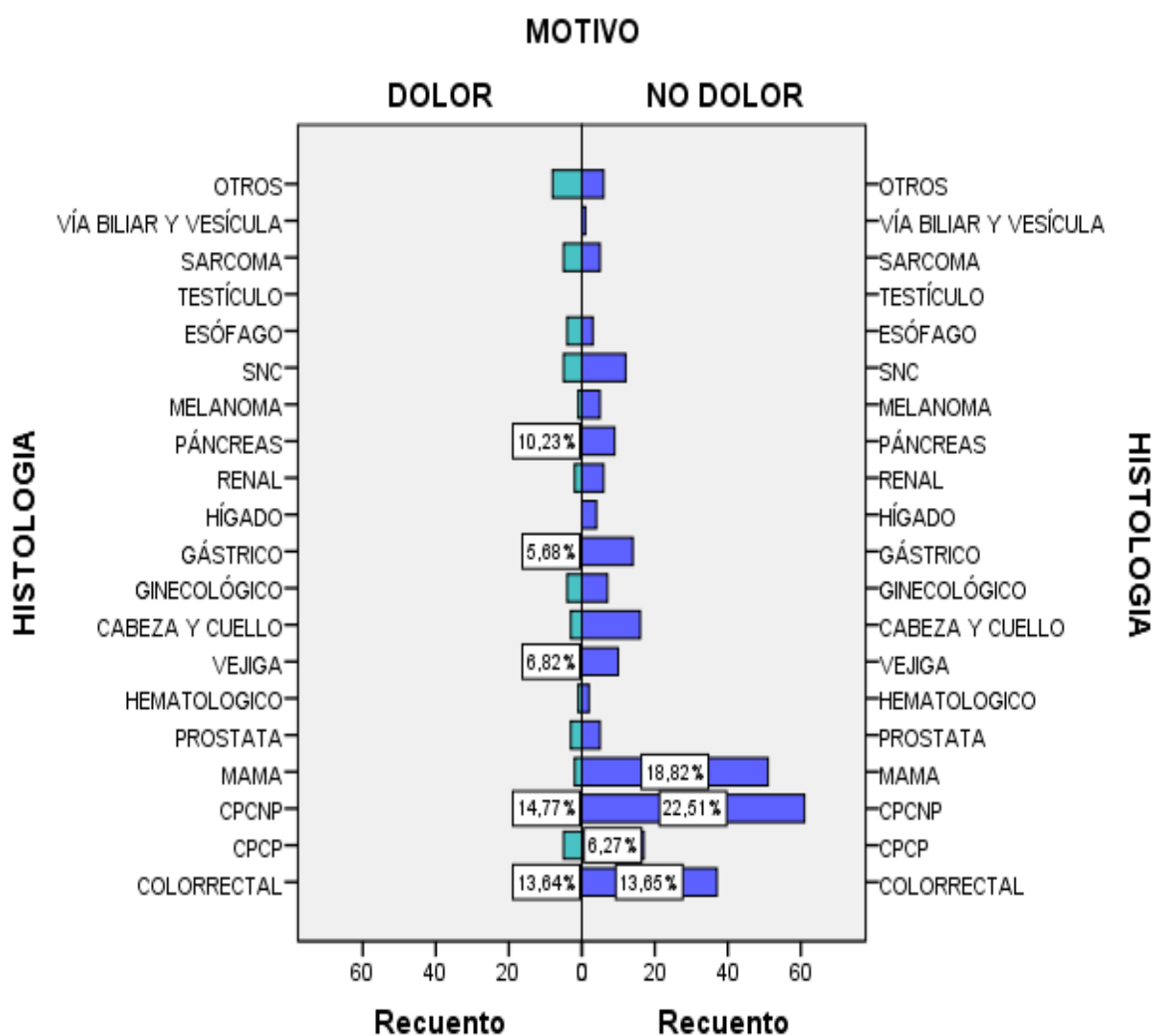
Tabla 4: Número de pacientes con ESAD en función del estadio y el motivo de ir a urgencias

				ESAD		
				CON ESAD	SIN ESAD	Subtotal
				Recuento	Recuento	Recuento
ESTADIO I	MOTIVO	DOLOR	0	0	0	
		NO DOLOR	0	2	2	
ESTADIO II	MOTIVO	DOLOR	0	4	4	
		NO DOLOR	0	26	26	
ESTADIO III	MOTIVO	DOLOR	0	13	13	
		NO DOLOR	0	38	38	
ESTADIO IV	MOTIVO	DOLOR	9	62	71	
		NO DOLOR	10	195	205	

De los pacientes que han acudido a urgencias por dolor, su diagnóstico de localización de tumor primario más frecuente ha sido el cáncer de pulmón de célula no pequeña, el cáncer colorrectal y el cáncer de páncreas, representando un 14,77%, 13,63% y un 10,22% respectivamente. (Figura 12).

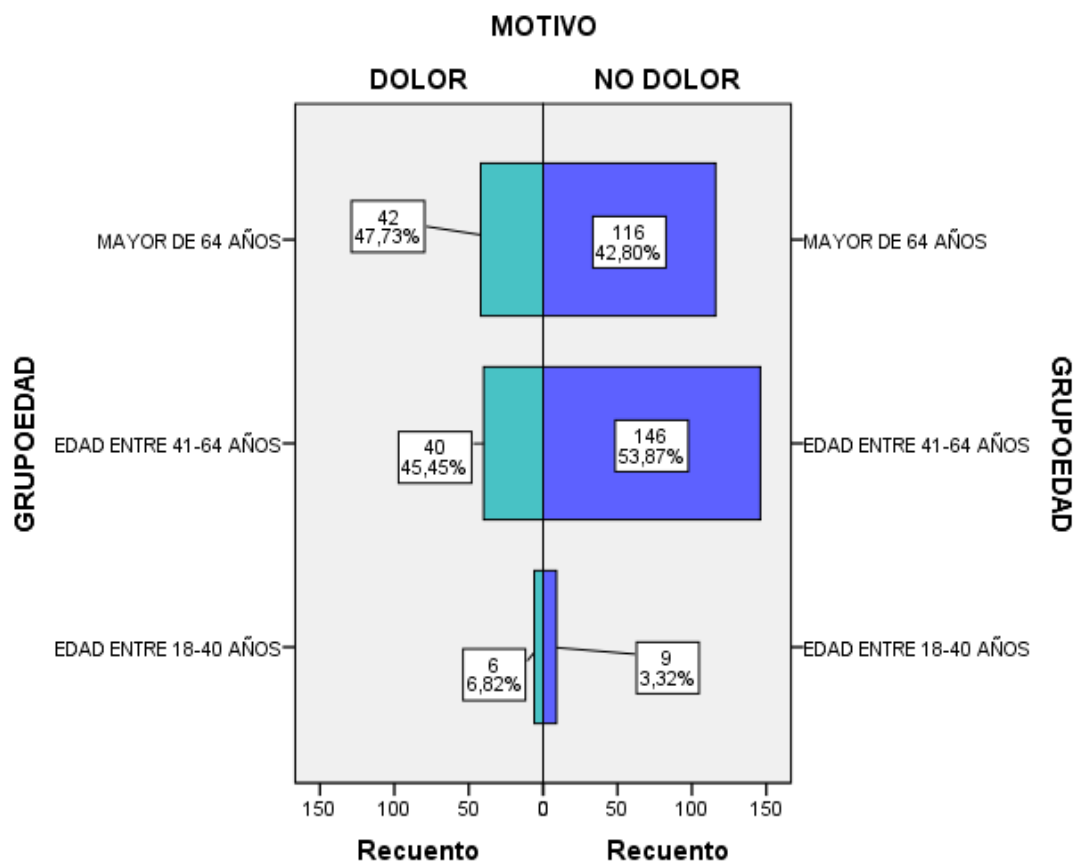
Del global de la muestra, representan un 3,62%, 3,34% y un 2,50% respectivamente.

Figura 12. Número de pacientes que acuden a urgencias según histología y dolor.



Por otro lado, evaluando el dolor como motivo de acudir a urgencias en los diferentes grupos de edad destaca por poco el dolor en el grupo de mayores de 64 años, siendo 42 pacientes, lo que supone un 47,73% del total del subgrupo. (Figura 13).

Figura 13. Número de pacientes según edad y motivo de ir a agencias.

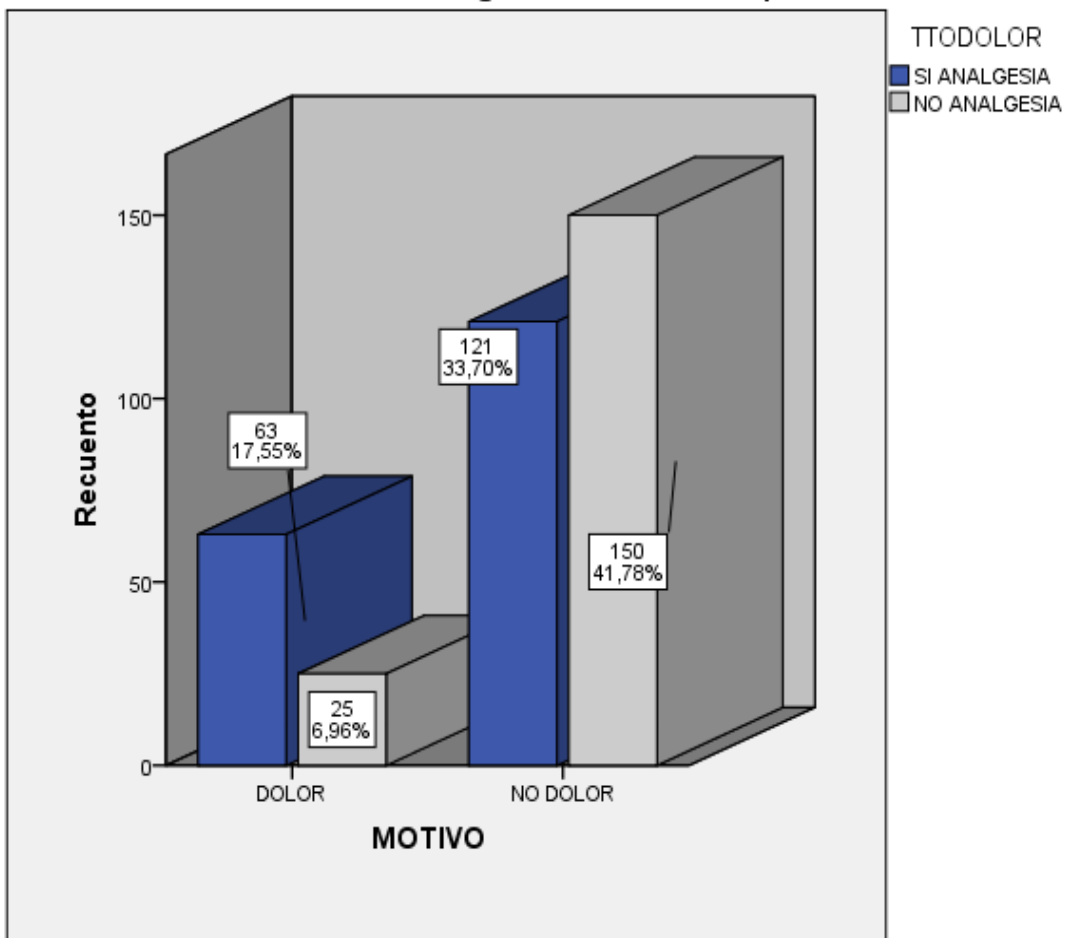


4.1.4. VARIABLES RELACIONADAS CON EL DOLOR Y SU TRATAMIENTO

La primera variable estudiada ha sido la existencia de tratamiento analgésico previo en domicilio o no; aproximadamente la mitad de los pacientes de la muestra tenían algún tratamiento para analgesia pautado que tomaban en domicilio, concretamente 184 pacientes, un 51,25%.

Se ha analizado el número de pacientes que teniendo tratamiento analgésico pautado ha requerido acudir a Urgencias por dolor, resultando 63 pacientes del total, un 17,55%. Casi 2 de cada 10 pacientes oncológicos que toman algún tipo de analgesia de manera pautada acuden a Urgencias en algún momento por dolor. (Figura 14).

Figura 14. Pacientes oncológicos en urgencias en función de motivo y tratamiento analgésico en domicilio previo o no.



Por otro lado un 33,70% acuden a urgencias por otro motivo diferente al dolor y están con analgesia en domicilio. Por lo que cabe esperar que una buena prescripción de analgésicos adecuados a las características del dolor del paciente es fundamental para evitar el uso de Urgencias por dicho motivo.

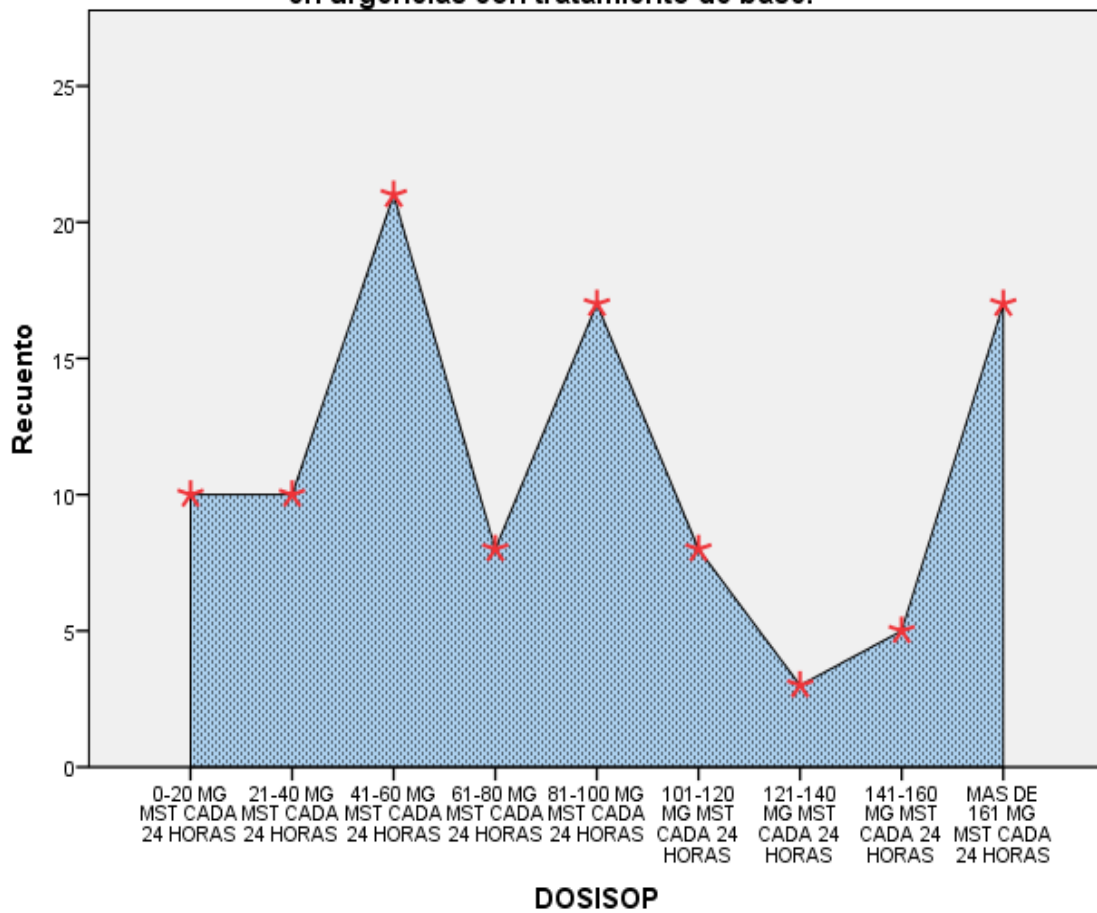
Se determinaron las variables de tratamiento con opioides y con coadyuvantes para el dolor entre los pacientes de la muestra que tenían tratamiento analgésico previo. Un 8,69% de los 184 pacientes con analgesia en domicilio, tenían como tratamiento analgésico solamente opioides, un 45,65% tomaban coadyuvantes del dolor como analgesia, y un 45,65% tenía tratamiento en domicilio con ambos opioides y coadyuvantes pautados. (Tabla5).

Tabla 5: Número de pacientes con opioides, coadyuvantes o ambos.

		OPIACEOS		
		SI OPIOIDES	NO OPIOIDES	Subtotal
		Recuento	Recuento	Recuento
ADYUVANTE	COADYUVANTES PARA DOLOR	84	84	168
	NO COADYUVANTES DOLOR	16	175	191
	Subtotal	100	259	359

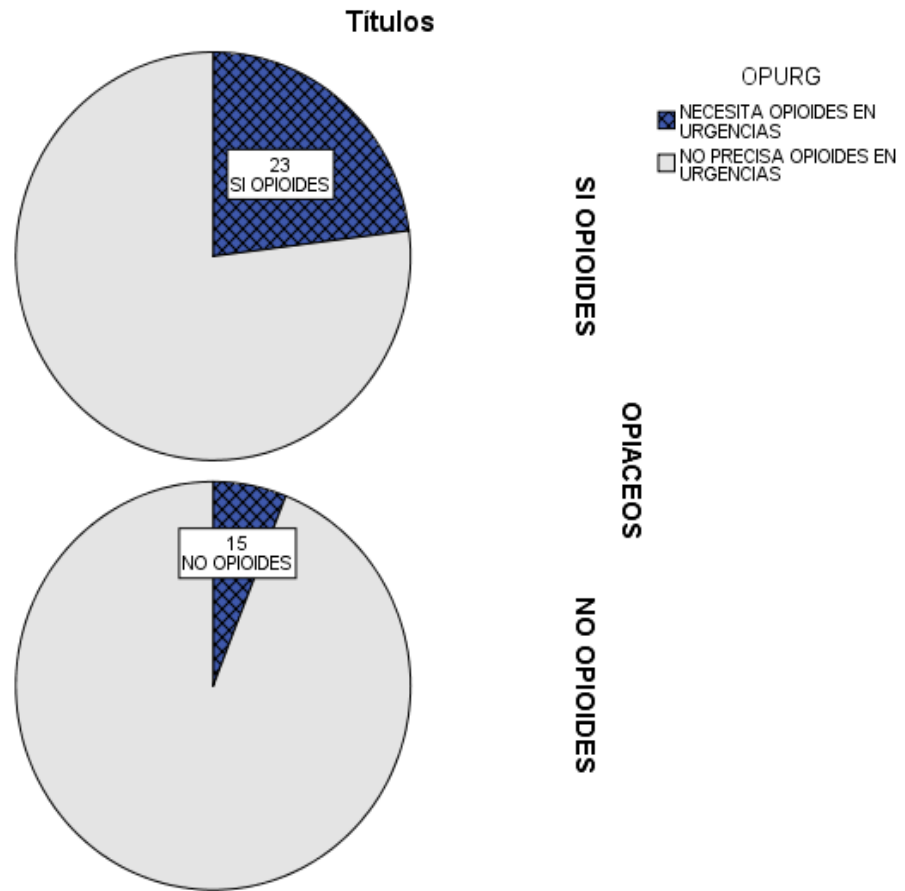
La siguiente variable recogida ha sido la dosis de opioides que tomaban en domicilio los pacientes que lo tenían prescrito. Los rangos de dosis más frecuentes calculados cada 24 horas, son de 40 a 60 mg de morfina oral, de 80 a 100 mg y dosis mayores de 160 mg de morfina oral. Por tanto, un 34,34% toma en domicilio dosis elevadas de opioides. (Figura 15)

Figura 15. Rangos de dosis de opioides previas de los pacientes oncológicos en urgencias con tratamiento de base.



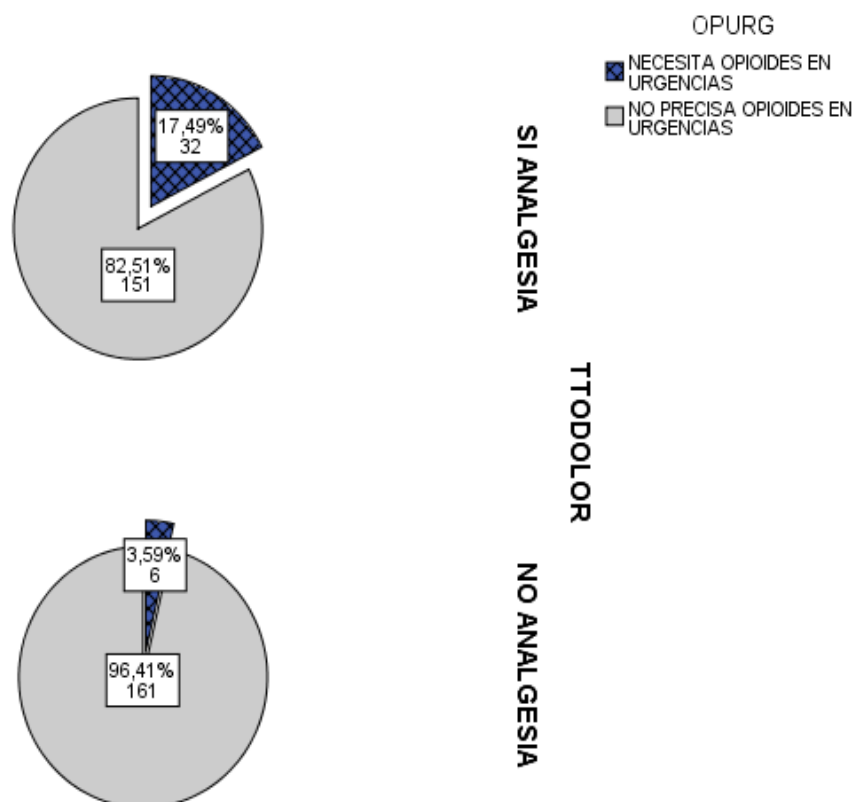
Otra variable de estudio ha sido la necesidad de administración de opioides durante la estancia en Urgencias. De los pacientes que llevan de base analgesia de tercer escalón en domicilio, un 23% ha precisado administración de opioides de manera urgente, y tan sólo un 6% de los pacientes que no tomaban analgesia de tercer escalón. (Figura 16)

Figura 16. Pacientes con necesidad de administración de opioides durante su estancia en Urgencias.



Respecto del total de pacientes que tienen algún tipo de analgesia pautada previa un 17,49% ha precisado opioides de manera urgente, mientras que solamente un 3,59% de los pacientes que no tenían tratamiento de base en domicilio. (Figura 17)

Figura 17. Necesidad de opioides en Urgencias en función de analgesia en domicilio.



El uso concomitante o la ausencia de laxantes al tratamiento con analgesia de tercer escalón, el uso de antieméticos y el uso de analgesia específica para dolor irruptivo oncológico de rescate al tratamiento basal han sido otras tres variables a evaluar.

Del total de los pacientes con opioides en domicilio, un 52% tenían prescritos laxantes para su uso concomitante, un 38% antieméticos y un 55% tratamiento analgésico de rescate.

Tan sólo un 24% tenía pautado las tres terapias en domicilio. 75 pacientes en tratamiento con analgesia de tercer escalón de base tenían una, dos o las tres terapias concomitantes pautadas, es decir un 75%; esto quiere decir que un 25% no tenía prescrito ninguna. Un 5% tenía pautado antieméticos y laxantes. Un 4% antieméticos y analgesia de rescate. Un 15% laxantes y analgesia de rescate, un 10% laxantes solamente y un 12% tratamiento analgésico de rescate.

De las tres terapias, la administrada con más frecuencia en domicilio era el tratamiento de analgesia de rescate o para dolor irruptivo oncológico. (Tablas 6.1 y 6.2)

Tabla 6.1. Pacientes totales con tratamientos complementarios

	TRATAMIENTO CON OPIOIDES		
		N total=100	% del total
LAXANTES	SI	52	52%
	NO	48	48%
ANTIEMÉTICOS	SI	38	38%
	NO	62	62%
ANALGESIA DE RESCATE	SI	55	55%
	NO	45	45%

Tabla 6.2: Número de pacientes con tratamientos complementarios para el uso habitual de opioides.

		ANTIEMÉTICOS		
		USO DE ANTIEMÉTICOS	NO ANTIEMÉTICOS	
		N (pacientes)	N (pacientes)	
LAXANTES	USO DE LAXANTES	TRATAMIENTO PARA DOLOR IRRUPTIVO	24	15
		SIN TRATAMIENTO PARA DOLOR IRRUPTIVO	5	10
	NO LAXANTES	TRATAMIENTO PARA DOLOR IRRUPTIVO	4	12
		SIN TRATAMIENTO PARA DOLOR IRRUPTIVO	5	284

Comparando las variables motivo de visita a Urgencias y tratamiento previo con opioide, los datos finales son que un 11,14%, es decir 40 de los pacientes acuden a Urgencias por dolor y tienen tratamiento con analgesia de tercer escalón pautado y un 13,37%, o sea 48 pacientes acuden por dolor pero sin terapia analgésica con opioides previa.

Desde otro punto de vista, 40 pacientes en tratamiento con opioides en domicilio acude a urgencias por mal control de dolor y 23 pacientes acuden a urgencias por dolor con terapia analgésica previa de primer escalón o coadyuvantes. (Figura 18 y tabla 7)

Figura 18. Pacientes en función de motivo de ir a urgencias y tratamiento con opioide previo o no.

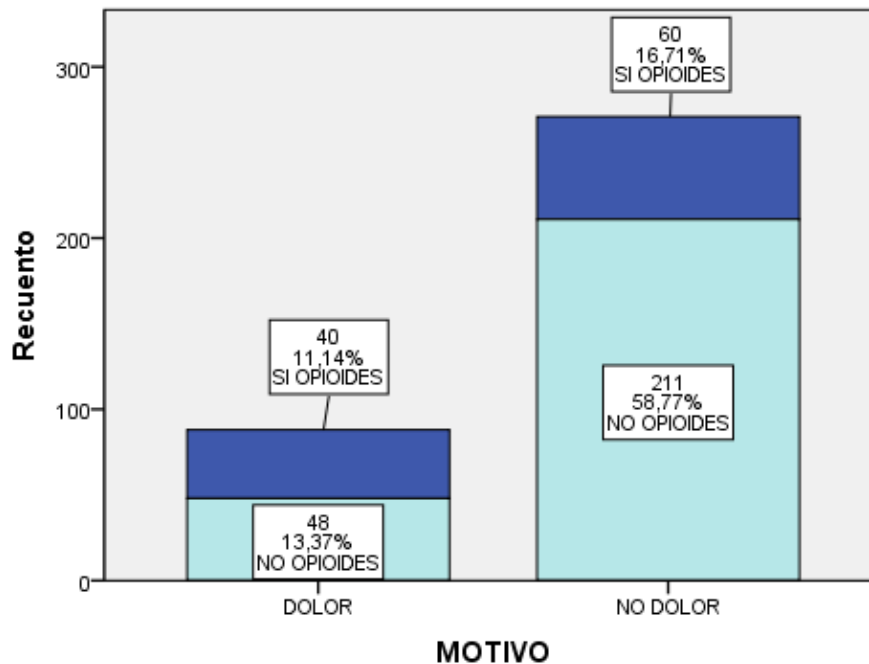


Tabla 7: Número de pacientes con tratamiento analgésico en función del motivo de ir a urgencias.

				MOTIVO	
				DOLOR	NO DOLOR
				Recuento	Recuento
TTODOLOR	SI ANALGESIA	OPIACEOS	SI OPIOIDES	40	60
			NO OPIOIDES	23	61
	NO ANALGESIA	OPIACEOS	SI OPIOIDES	0	0
			NO OPIOIDES	25	150

4.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO INFERENCIAL

En primer lugar, se establece como hipótesis nula (H_0) la independencia entre las variables motivo de ir a Urgencias y tratamiento analgésico previo, es decir que la diferencia entre las frecuencias encontradas para cada variable puede ser debida al azar y se considerarán por tanto variables independientes.

Se realiza para ello el cálculo del estadístico Chi cuadrado de Pearson que contrasta esto mismo y determina si las diferencias entre los datos de frecuencias observados en la muestra y los esperados en la población son atribuibles al azar y por tanto variables independientes.

Todas las casillas de la tabla de contingencia cumplen la condición de validez, una frecuencia $>$ a 5 en al menos más del 20% de las casillas. (*Tabla. Prueba Chi cuadrado*)

En este caso se obtiene una significación p valor igual a cero, con lo que para el nivel de significación habitual del 5% ($p < 0,05$), se rechaza la hipótesis nula de independencia entre el motivo de ir a Urgencias y el tratamiento analgésico previo, es decir, existe menos de un 5% de probabilidades de atribuir al azar las diferencias encontradas por lo que se establece una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

MOTIVO*TTODOLOR tabulación cruzada

Recuento		TTODOLOR		Total
		SI ANALGESIA	NO ANALGESIA	
MOTIVO	DOLOR	62	26	88
	NO DOLOR	118	153	271
Total		180	179	359

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	19,245 ^a	1	,000		
Razón de verosimilitud	19,698	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
N de casos válidos	359				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 43,88.

En relación al análisis previo se plantea la siguiente Hipótesis alternativa (H_1) de asociación o dependencia entre las variables motivo de ir a Urgencias y tratamiento de base con opioides o no, con la H_0 de ausencia de asociación o independencia de las variables y se realiza la prueba de Chi cuadrado de Pearson.

La significación p está muy próxima a "0" de nuevo, o sea se rechaza la H_0 , es decir con un intervalo de confianza del 95% se puede asegurar que existe dependencia entre ambas variables y ésta no es debida al azar.

Esto es, el tratamiento con opioides no se distribuye de igual manera entre los pacientes que acuden a Urgencias por dolor y los que acuden por otro motivo. (Tabla. Prueba Chi cuadrado)

MOTIVO*OPIACEOS tabulación cruzada

			OPIACEOS		Total
			SI OPIOIDES	NO OPIOIDES	
MOTIVO	DOLOR	Recuento	40	48	88
		Recuento esperado	24,5	63,5	88,0
		% dentro de OPIACEOS	40,0%	18,5%	24,5%
		% del total	11,1%	13,4%	24,5%
	NO DOLOR	Recuento	60	211	271
		Recuento esperado	75,5	195,5	271,0
		% dentro de OPIACEOS	60,0%	81,5%	75,5%
		% del total	16,7%	58,8%	75,5%
Total		Recuento	100	259	359
		Recuento esperado	100,0	259,0	359,0
		% dentro de OPIACEOS	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	27,9%	72,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	17,968 ^a	1	,000		
Razón de verosimilitud	16,946	1	,000		
N de casos válidos	359				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 24,51.

Por otro lado se ha analizado la posible relación entre el motivo de ir a Urgencias y estar en contacto con el ESAD o no. Estableciéndose la H_0 de independencia entre las variables, que el motivo de ir a Urgencias no tiene una relación con el ESAD. Se ha realizado la prueba Chi cuadrado de Pearson siendo la significación estadística $p= 0.017$, por lo que al ser el valor de $p < 0.05$, se rechaza la H_0 asumiendo un error α menor del 5% de atribuir dichas diferencias al azar. Las variables son dependientes.

MOTIVO*ESAD tabulación cruzada

Recuento

		ESAD		Total
		CON ESAD	SIN ESAD	
MOTIVO	DOLOR	9	79	88
	NO DOLOR	10	261	271
Total		19	340	359

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	5,664 ^a	1	,017		
Razón de verosimilitud	4,948	1	,026		
Prueba exacta de Fisher				,026	,022
N de casos válidos	359				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,66.

Respecto de los datos muestrales epidemiológicos recogidos se ha analizado la dependencia entre el sexo de los pacientes que acuden a Urgencias y el motivo de hacerlo, planteando como H_0 que no exista una diferencia suficiente entre las frecuencias observadas en la muestra y las frecuencias esperadas en la población para las variables indicadas.

Se ha realizado la prueba de Chi cuadrado de Pearson y el resultado es un valor $p= 0.07 (>0.05)$. Es un resultado que roza la significación estadística pero no nos permite destacar la H_0 de que las diferencias encontradas entre sexo y motivo de acudir a Urgencias no se deba al azar. Son variables independientes. En cambio, para un intervalo de confianza menos estricto como lo es una significación del 90%, las diferencias encontradas serían significativas puesto que el p valor de 0,07 sí que es menor que p valor 0,10 (que es el p valor de un IC al 90%). Asumiendo una significación del 90% las variables serían dependientes.

MOTIVO*SEXO tabulación cruzada

			SEXO		Total
			MUJER	HOMBRE	
MOTIVO DOLOR	Recuento		25	63	88
	Recuento esperado		32,1	55,9	88,0
	% dentro de SEXO		19,1%	27,6%	24,5%
	% del total		7,0%	17,5%	24,5%
NO DOLOR	Recuento		106	165	271
	Recuento esperado		98,9	172,1	271,0
	% dentro de SEXO		80,9%	72,4%	75,5%
	% del total		29,5%	46,0%	75,5%
Total	Recuento		131	228	359
	Recuento esperado		131,0	228,0	359,0
	% dentro de SEXO		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		36,5%	63,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	3,285 ^a	1	,070		
Razón de verosimilitud	3,372	1	,066		
Prueba exacta de Fisher				,075	,045
N de casos válidos	359				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 32,11.

5. DISCUSIÓN

La predicción de nuevos casos de diagnóstico de cáncer en los próximos años, está encaminada a un aumento progresivo de este importante problema sanitario y social. Para 2015 la predicción es de 227.076 nuevos casos, con un crecimiento de nuevos casos que se produce en mayor medida en la población ≥ 65 años. ⁽¹⁾

En el presente estudio y respecto a las variables epidemiológicas, los varones de mediana edad son los que más frecuentan el Servicio de Urgencias, de acuerdo a otros datos ya presentados. ^(30,31)

La enfermedad oncológica avanzada, es decir, pacientes con cáncer estadio IV, es la que precisa mayor atención en los Servicios de Urgencias. El cáncer de pulmón no microcítico, el cáncer colorrectal y el cáncer de mama suponen casi la mitad de los diagnósticos de los pacientes oncológicos que acuden a Urgencias, coincidiendo con otros estudios^(30,31). Bien es cierto apuntar que son las patologías oncológicas más prevalentes en la población global. Como dato significativo 16 pacientes con cáncer de mama estadio II que suponen un 4,45% del total de la muestra consulta en Urgencias.

El dolor continúa representando un porcentaje importante de las consultas de los pacientes oncológicos a urgencias, suponen un 25% en nuestra muestra, siendo este dato incluso mayor en otros estudios.^(30,38)

Es necesario destacar que solamente un 5,29% de los pacientes que acuden a urgencias están en seguimiento por un equipo de atención paliativa, que además resulta una variable dependiente del motivo de ir a Urgencias. Ya se han observado buenos resultados en ensayos con inicio de tratamiento paliativo precoz. ^(33, 35,36) De hecho en nuestro estudio la mayoría de los pacientes que acuden por dolor no tienen seguimiento por el ESAD.

La mayoría de los pacientes que acuden a urgencias por dolor, lleva tratamiento analgésico en domicilio. En nuestra muestra representan cerca del 20% del total de la n.

En la actualidad el dolor oncológico es un problema de salud a pesar de las medidas que existen para combatirlo y los numerosos estudios científicos y evaluaciones del tema. Pero desafortunadamente los datos evidencian un importante porcentaje de pacientes oncológicos con dolor infratratados que además en consecuencia requieren mayor atención de los recursos sanitarios (servicios de urgencias entre otros).

Es un tema de importancia capital tanto para los profesionales médicos como para las instituciones, siendo objeto de reflexión las barreras al éxito de las terapias antiálgicas adecuadas.

Se postulan como barreras al adecuado manejo del dolor oncológico problemas desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, tales como el desconocimiento del adecuado manejo del dolor, falta de formación respecto de los fármacos implicados en la analgesia y vagas evaluaciones del dolor, entre otros.

Otro de los problemas procede de los diferentes sistemas sanitarios y su política respecto del uso de opioides y su fácil acceso. Existen variaciones interestatales muy significativas con países con limitaciones al uso de opioides y regularizaciones más estrictas. También se ha descrito dificultad de acceso de los profesionales sanitarios a los especialistas en cuidados paliativos y manejo del dolor. Otra de las barreras que obstaculizan el éxito del manejo del dolor es por causa de los propios pacientes con pensamientos y creencias negativas respecto al tratamiento con opioides en relación a la progresión de la enfermedad, lo cual implica pensamientos negativos, a los efectos secundarios, la potencial adicción y el miedo a la necesidad de medicación continua. Todo ello lleva a una adherencia subóptima al tratamiento analgésico prescrito ⁽³²⁾.

El manejo inadecuado del dolor oncológico es un problema multidimensional, presenta desde las primeras etapas de la enfermedad y altamente prevalente durante el curso de la misma. Tanto es así que ya se han estudiado algunas intervenciones para su mejora como el acceso precoz a los cuidados paliativos del paciente con un control sintomático paralelo al tratamiento activo antineoplásico. Son estudios con buenos resultados, no concluyentes, pero sí encaminados a una intervención precoz de cuidados paliativos como necesidad para paliar el inadecuado manejo del dolor oncológico mejorando así la calidad de vida de los pacientes, reduciendo el riesgo de dolor severo y la necesidad de acudir a un servicio de Urgencias hospitalarias ^(3,33).

En nuestro estudio se refleja la problemática del mal control del dolor oncológico, siendo aproximadamente casi una de cada cuatro consultas del paciente con cáncer. Uno de los factores que parece influir es el tratamiento previo en domicilio. Habría que reflexionar sobre el momento adecuado de inicio de terapia con opioides, si una vez en tratamiento se siguen los criterios de calidad para evitar efectos secundarios y una posible mala adherencia al tratamiento por este motivo además de empeorar la calidad de vida del paciente. Para confirmar estos conceptos son necesarios más ensayos clínicos randomizados.

En ocasiones también se retrasa el recurso de la analgesia del tercer escalón por diversos motivos dificultando así un correcto control del dolor ⁽³⁴⁾.

Por otro lado es posible identificar en la muestra un perfil de paciente quizá con mayor probabilidad de padecer dolor en algún momento de la enfermedad, sobre los cuáles se podría actuar más precozmente y de una manera más intensa con equipos de atención a domicilio o de cuidados paliativos ⁽³⁵⁾.

Se plantea en nuestro estudio, el hecho de que los opioides junto al tratamiento paliativo precoz, sean parte de la solución a la importante prevalencia de dolor oncológico sobre todo en estadios avanzados y a la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Un adecuado manejo de los fármacos opiáceos, con control de los efectos adversos son intervenciones necesarias para tal fin, como así revelan otros estudios. ^{(36),(37)}

Por todo ello, son precisos más estudios de carácter prospectivos para confirmar estos planteamientos y esclarecer los puntos débiles del manejo inadecuado del dolor, para la mejora del cuidado del paciente oncológico.

6. CONCLUSIONES

1. Los pacientes oncológicos varones de mediana edad son los que más frecuentan el Servicio de Urgencias. En cambio, cuando el motivo de consulta es el dolor, son los mayores de 65 años.
2. La enfermedad oncológica avanzada precisa mayor atención de urgencia representando un 76,88% de la muestra. De éstos, los tumores más representados son cáncer de pulmón, colorrectal y páncreas.
3. El 5,29% de los pacientes oncológicos de la muestra está en seguimiento por el ESAD. De los pacientes que requieren una mayor atención en urgencias, los estadios IV, la inmensa mayoría que acude por dolor no tiene seguimiento por ESAD.
4. Aproximadamente un 18% de pacientes oncológicos de la muestra que toman algún tipo de analgesia pautada en domicilio de manera habitual acude a Urgencias por dolor.
5. El 23% de pacientes con opioides pautados previamente, precisa la administración de manera urgente de opiáceos.
6. Teniendo en cuenta el uso de laxantes, antieméticos y analgesia de rescate, un 25% de los pacientes con tratamiento opiáceo previo no tienen pautadas ninguna de las tres terapias.
7. Existe una asociación estadísticamente significativa entre el motivo de ir a urgencias y el tratamiento analgésico previo (general o concretamente con opioides). Así como, el motivo de ir a urgencias y el seguimiento por ESAD con una significación estadística para un IC al 95% ($p < 0.05$).

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Fact Sheets by Population. Recuperado a partir de: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
2. Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F, Group on behalf of the EGW. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2012;23(suppl 7):vii139-54.
3. Dalal S, Bruera E. Access to opioid analgesics and pain relief for patients with cancer. *Nat Rev Clin Oncol.* 2013;10(2):108-16.
4. Goudas LC, Bloch R, Gialeli-Goudas M, Lau J, Carr DB. The epidemiology of cancer pain. *Cancer Invest.* 2005;23(2):182-90.
5. Everdingen M van den B, Rijke J de, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol.* 2007;18(9):1437-49.
6. Gilson AM, Maurer MA, LeBaron VT, Ryan KM, Cleary JF. Multivariate analysis of countries' government and health-care system influences on opioid availability for cancer pain relief and palliative care: More than a function of human development. *Palliat Med.* 2013;27(2):105-14.
7. Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol.* 2008;19(12):1985-91.
8. Kwon JH. Overcoming Barriers in Cancer Pain Management. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1727-33.
9. Breivik H, Cherny N, Collett B, Conno F de, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol.* 2009;20(8):1420-33.
10. Fortner BV, Demarco G, Irving G, Ashley J, Keppler G, Chavez J, et al. Description and predictors of direct and indirect costs of pain reported by cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2003;25(1):9-18.
11. MANUAL SEOM CUIDADOS CONTINUOS Segunda_edicion.pdf
Recuperado a partir de:
http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/MANUAL_SEOM_CUIDADOS_CONTINUOS_Segunda_edicion.pdf
12. Ahles TA, Blanchard EB, Ruckdeschel JC. The multidimensional nature of cancer-related pain. *Pain.* 1983;17(3):277-88.
13. Black B, Herr K, Fine P, Sanders S, Tang X, Bergen-Jackson K, et al. The relationships among pain, nonpain symptoms, and quality of life measures

- in older adults with cancer receiving hospice care. *Pain Med Malden Mass.* 2011;12(6):880-9.
14. Mystakidou K. The relationship of subjective sleep quality, pain, and quality of life in advanced cancer patients. *Sleep.* 2007;30:737-42.
 15. Garcia de Paredes ML, del Moral Gonzalez F, Martinez del Prado P, Marti Ciriquian JL, Enrech Frances S, Cobo Dols M, et al. First evidence of oncologic neuropathic pain prevalence after screening 8615 cancer patients. Results of the On study. *Ann Oncol.* 2011;22(4):924-30.
 16. Russell K. Portenoy EDB. *Cancer Pain: Assessment and Management.* Second. Cambridge University Press; 2010. 53-88 p.
 17. Nesbit S. *Cancer related pain.* Elsevier Inc; 2014. 608-619 p.
 18. Virizuela JA, Escobar Y, Cassinello J, Borrega P. Treatment of cancer pain: Spanish Society of Medical Oncology (SEOM) recommendations for clinical practice. *Clin Transl Oncol.* 2012;14(7):499-504.
 19. Serrano Atero MS (último), Caballero J, Cañas A, Garcia PL, Serrano C, Prieto J. Valoración del dolor. *Rev SocEsp Dolor.* 2002;9:94-108.
 20. Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R, Kaasa S, Poulain P, Radbruch L, et al. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *J Pain Symptom Manage.* 2002;23(3):239-55.
 21. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol.* 2012;13(2):e58-68.
 22. *Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 5: Palliative Care.* Geneva: World Health Organization; 2007.
 23. Weltgesundheits organisation, editor. *Cancer pain relief: with a guide to opioid availability.* 2. ed. Geneva; 1996. 63 p.
 24. National comprehensive Cancer Network (NCCN guidelines) Recuperado a partir de: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf
 25. Portenoy RK. Treatment of cancer pain. *Lancet Lond Engl.* 2011;377(9784):2236-47.
 26. Thapa D, Rastogi V, Ahuja V. Cancer pain management-current status. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2011;27(2):162.
 27. Vignaroli E, Bennett MI, Nikolaichuk C, De Lima L, Wenk R, Ripamonti CI, et al. Strategic pain management: the identification and development of the IAHPIC opioid essential prescription package. *J Palliat Med.* 2012;15(2):186-91.

28. Candy B, Jones L, Goodman ML, Drake R, Tookman A. Laxatives or methylnaltrexone for the management of constipation in palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(1):CD003448.
29. Laugsand EA, Kaasa S, Klepstad P. Management of opioid-induced nausea and vomiting in cancer patients: systematic review and evidence-based recommendations. *Palliat Med.* 2011;25(5):442-53.
30. M.T. Fortún, Encina Y, Etxebarria MJ, J.M. Escudero, S. Martínez, A.I. Bardón. Enfoque global del enfermo oncológico en urgencias. Datos epidemiológicos. *An Sist Sanit Navar.* 2004; 27.
31. Valdespino VM, J R López, J C González, VE V aldespino. Atención de las emergencias y urgencias médico-quirúrgicas en un hospital oncológico. *Cir Ciruj.* 2006;74:359-68.
32. Kwon JH. Overcoming Barriers in Cancer Pain Management. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1727-33.
33. Bandieri E, Sichetti D, Romero M, Fanizza C, Belfiglio M, Buonaccorso L, et al. Impact of early access to a palliative/supportive care intervention on pain management in patients with cancer. *Ann Oncol.* 2012;23(8):2016-20.
34. Apolone G, Corli O, Caraceni A, Negri E, Deandrea S, Montanari M, et al. Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group. *Br J Cancer.* 2009;100(10):1566-74.
35. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet.* 2014;383(9930):1721-30.
36. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2010;363(8):733-42.
37. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA.* 2009;302(7):741-9.
38. Delgado-Guay MO, Kim YJ, Shin SH, Chisholm G, Williams J, Allo J, et al. Avoidable and unavoidable visits to the emergency department among patients with advanced cancer receiving outpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2015;49(3):497-504.