

RESUMEN

El cáncer es uno de los principales problemas de salud en el mundo. En la actualidad las enfermedades oncológicas suponen en España la segunda causa de mortalidad global y la primera causa de muerte en varones, lo que se debe en parte al progresivo envejecimiento de la población y al aumento de la supervivencia de estos pacientes gracias a los avances diagnósticos y terapéuticos. Los pacientes con cáncer avanzado habitualmente demandan sólo cuidados paliativos y es frecuente que para obtenerlos accedan al sistema sanitario a través del servicio de urgencias.

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo.

Población: Pacientes mayores de 18 años atendidos en el SUH de un hospital de tercer nivel los diez primeros días de cada mes alterno del año 2014.

Criterios de inclusión: pacientes oncológicos con tumores sólidos, mayores de 18 años que acudan por un problema en relación con la patología tumoral.

Criterios de exclusión: pacientes oncológicos que no cumplieran los criterios de inclusión e historias mal codificadas o ilegibles.

Metodología: Se recogieron las diferentes variables objeto a estudio y los datos fueron analizados con el programa SPSS v18.0 para Windows

Resultados: se obtuvo una muestra de 65 pacientes: 41 varones y 23 mujeres. La edad media fue: 67,71 ($\pm 10,71$).

INTRODUCCIÓN

1. Estado actual del problema

El cáncer es uno de los principales problemas de salud en el mundo¹. Anualmente se diagnostican más de 12 millones de nuevos casos y más de 7 millones de enfermos fallecen por esta patología. A nivel global el cáncer sigue constituyendo una de las principales causas de morbi-mortalidad con aproximadamente 8,2 millones de muertes relacionadas con tumores en el año 2012 de acuerdo con los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En la actualidad^{2,3} las enfermedades oncológicas suponen en España la segunda causa de mortalidad global y la primera causa de muerte en varones, lo que se debe en parte al progresivo envejecimiento de la población y al aumento de la supervivencia de estos pacientes gracias a los avances diagnósticos y terapéuticos.

Las últimas cifras recogidas por la Sociedad Española de Oncología en el informe publicado en enero del 2016⁴, reflejan en España, una incidencia similar a los países de nuestro entorno más directo.

Los tumores más frecuentemente diagnosticados en la población general en España en el año 2012 fueron el cáncer de colon, seguido del cáncer de próstata, pulmón, mama y vejiga. (Gráfica 1)

Gráfica 1: Incidencia de tumores en España en el año 2012

Fuente: datos procedentes de la Sociedad Española de Oncología⁴

	hombre	mujer	ambos sexos
1º	próstata	mama	colorrectal
2º	pulmón	colorrectal	próstata
3º	colorrectal	cuerpo de útero	pulmón
4º	vejiga	pulmón	mama
5º	estómago	ovario	vejiga

En general, el cáncer es más frecuente en hombres que en mujeres españolas para todos los tipos de tumores registrados. Al analizar la incidencia de los distintos tumores⁴ por sexo los casos que más frecuentemente se diagnosticaron en varones fueron el cáncer de próstata, el de pulmón, el de colon, el de vejiga y el de estómago. En mujeres los tumores más frecuentemente diagnosticados fueron, por este orden, el cáncer de mama, colon, útero, pulmón y ovario. Mención especial merece el cáncer de mama en las mujeres, ya que es la localización tumoral más común y que supone más del 25% del total.

Debido a su alta prevalencia, y de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), los tumores constituyen una de las principales causas de ingreso hospitalario. En 2014 los tumores provocaron la cuarta causa de ingreso hospitalario en varones con 1.044 ingresos/100.000 habitantes (por detrás de las enfermedades del aparato circulatorio, digestivo y respiratorio) y la quinta causa en mujeres con 912 ingresos/100.000 habitantes (por detrás de los ingresos motivados por episodios de embarazo, parto y puerperio, las enfermedades del aparato circulatorio, digestivo y respiratorio). Los ingresos provocados por tumores se mantuvieron relativamente estables con respecto a años anteriores (aumento de un 0,4 %).

2. Pacientes oncológicos en urgencias

2.1. Urgencia médica

El término urgencia es definido con frecuencia como “la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que la sufre o de su familia”⁵.

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) tienen una importante transcendencia sociosanitaria, debido a la alta morbilidad de las afecciones tratadas en ellos y al impacto socioeconómico que suponen, puesto que aquejan a toda la población, indistintamente de la edad. En los últimos años se está incrementando la demanda en los SUH en nuestro país: la progresiva evolución que ha experimentado la sociedad con el acontecimiento de múltiples factores (demográficos, sociales, culturales) ha ido propiciando que las personas consideren que cualquier mínimo cambio en su estado de salud requiere de una atención inmediata, independientemente de la gravedad del cuadro. Generalmente, esta situación percibida por el propio paciente o sus familiares

como urgente, no es así, como lo demuestra la escasa hospitalización derivada del servicio de urgencias. Esta alta utilización de los SUH por parte de la población provoca una sobrecarga y saturación asistencial y, por consiguiente, una peor calidad en la atención⁶.

2.2. Urgencias oncológicas

Los continuos avances diagnósticos y terapéuticos en oncología han hecho mejorar la supervivencia de estos enfermos⁴, con lo que aumenta la prevalencia de incidentes clínicos en su evolución y por lo tanto el porcentaje de consultas urgentes y hospitalizaciones. Los tratamientos a los que se somete a estos pacientes (sobre todo la quimioterapia) pueden producir efectos secundarios que aunque no siempre pongan en riesgo la vida del paciente, empeoran su calidad de vida y pueden producir un aumento de las visitas a los servicios de urgencias. Por lo tanto, 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.

Una emergencia oncológica^{7,8} 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 de 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 sufrimiento⁹.

Por tanto, es importante concretar el motivo de consulta¹⁰ y de manera práctica se puede intentar encuadrar en uno de los siguientes apartados:

- Derivados de la progresión del tumor.
- Toxicidad de los tratamientos a los que están sometidos: la quimio/radioterapia.
- Enfermedades intercurrentes que aparecen durante el curso de la enfermedad.

Aunque, en ocasiones no es fácil situarlo en un apartado concreto debido a que pueden tener un origen multifactorial o desconocido. Pero sí que el tener una visión práctica de la situación puede ayudar al abordaje terapéutico.

2.3. Motivos de consulta

Las urgencias oncológicas tradicionales, como la compresión medular o la hipercalcemia tumoral, son bien conocidas y se manejan habitualmente en los servicios de urgencias (SU) ¹¹. Pero la presentación del paciente oncológico en urgencias no siempre es por este tipo de situaciones. Los pacientes con cáncer avanzado habitualmente demandan sólo cuidados paliativos y es frecuente que para obtenerlos accedan al sistema sanitario a través del servicio de urgencias.

En general, el incremento de urgencias médico-quirúrgicas en los pacientes con cáncer está directamente relacionado con cuatro factores principales¹²: 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 secundario 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.

Existen varios estudios que tratan de abordar la relación entre las urgencias y el paciente oncológico, detallando la importancia de determinadas urgencias concretas que conllevan una potencial gravedad¹³. Los síntomas físicos más frecuentes en los pacientes oncológicos son el dolor, la astenia, la anorexia, la debilidad, la xerostomía, el estreñimiento, la disnea y la pérdida de peso, con una prevalencia entre el 50 % y el 84 %. Los síntomas psicológicos más frecuentes son el insomnio, la depresión y la ansiedad. En la mayoría de los casos, los síntomas en la enfermedad oncológica son múltiples, cambiantes y multifactoriales.

Uno de los síntomas más importantes de estos pacientes es el dolor, que puede tener un origen multifactorial, y que genera un alto grado de preocupación tanto al paciente como a sus familiares, pudiendo llevarle a consultar en el hospital de manera urgente, sin esperar a la consulta de oncología correspondiente, siendo además un motivo de consulta reiterativa en un mismo paciente.

A la hora de decidir el mejor enfoque terapéutico y el destino desde urgencias del paciente¹³, debemos considerar, no sólo la patología que presenta, sino también, la manera de enfrentamiento (coping) a su enfermedad de cada paciente. Muchos pacientes con cáncer avanzado han sido capaces de aceptar su condición de

incurabilidad y desean un enfoque paliativo, en tanto otros desean seguir con tratamiento antitumoral activo.

OBJETIVOS

1. Principales:

- Conocer los principales motivos de consulta de los pacientes oncológicos que acuden a un SUH y cuál es la principal causa de estos.
- Conocer qué tipo de tumor presentan los pacientes que más frecuentan los servicios de urgencias.

2. Secundarios:

- Describir la población oncológica atendida en un SUH.
- Conocer los antecedentes de los pacientes.
- Describir el tratamiento actual de los mismos.
- Conocer el destino de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo.

Población: Pacientes mayores de 18 años atendidos en el SUH de un hospital de tercer nivel.

Criterios de inclusión: pacientes oncológicos con tumores sólidos, mayores de 18 años que acudan por un problema en relación con la patología tumoral.

Criterios de exclusión: pacientes oncológicos que acudan por un motivo no relacionado con la patología tumoral. Pacientes con una neoplasia de origen hematológico. Pacientes cuyo diagnóstico de cáncer fuera realizado en el servicio de urgencias en el momento de la consulta. Pacientes cuya historia clínica no fuera legible.

Selección de la muestra a estudio: A partir de la base de pacientes atendidos en el SUH, se han incluido los pacientes que acuden por un motivo oncológico. Una vez

obtenidos los pacientes con criterios de inclusión, se realizó un muestreo seleccionando los pacientes atendidos los diez primeros de cada mes alterno (enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre).

Presentación del proyecto: previa a la recogida de datos, se realizó un proyecto de investigación que fue presentado al Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Río Hortega y resultó aprobado en la reunión del día 25 de noviembre del 2015 (código TFG5/15).

Análisis estadístico: Se elaboró una hoja Excel para la recogida de las diferentes variables a estudio. Datos personales de pacientes se encriptaron mediante un número consecutivo. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v.18.0, tras volcar los datos que figuraban en la hoja Excel en dicho programa. Para la obtención de los resultados se ha llevado a cabo un análisis descriptivo uni y bivalente. Las variables cualitativas se expresan como número de casos y porcentaje, las variables cuantitativas se describen mediante tendencias centrales y de dispersión. Las variables cuantitativas continuas se describen como media \pm desviación estándar (DS) en caso de distribución normal, o como mediana y rango si la distribución no fuera normal. Las variables cualitativas son descritas mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

Se ha utilizado la prueba de la T de Student para la comparación de medias en el caso de variables cuantitativas con valores distribuidos normalmente. Para determinar la relación de dependencia o asociación entre variables cualitativas se ha realizado la prueba de la chi cuadrado (X^2) para tablas de contingencia 2x2 o rxs y contraste de proporciones. Se consideran significativos todos los test realizados con un nivel de confianza del 95% ($p < 0.05$).

Cabe recordar que las pruebas estadísticas efectuadas no son capaces ni tienen como objeto, en general, de determinar relaciones de causa-efecto; simplemente pueden poner de manifiesto, en su caso, asociaciones o correlaciones entre variables. En relación con esto último, cabe destacar también que, en ocasiones, una asociación entre un par de variables puede ser explicada, en todo o en parte, por la correlación de ambas con una tercera variable.

Revisión bibliográfica: La revisión bibliográfica sistemática ha sido realizada a través de la página de internet PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>), un servicio de acceso libre a la Base de datos Medline proporcionado por la National Library of Medicine (NLM). Para la búsqueda inicial se han empleado términos libres y

vocabulario controlado. Además del catálogo de publicaciones del Índice Médico Español.

Variables recogidas:

- Variables sociodemográficas: edad, sexo.
- Antecedentes personales de interés: consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de otros tóxicos, patología cardiovascular, patología respiratoria, patología digestiva, patología urinaria, infecciones, antecedentes oncológicos, antecedentes otorrinolaringológicos, antecedentes ginecológicos, ninguno, desconocido.
- Antecedentes familiares oncológicos.
- Tipo de tumor: adenocarcinoma, sarcoma, glioma-glioblastoma, melanoma, otros carcinomas, epidermoide, estirpe endocrina, desconocido.
- Localización del tumor primario conocido o desconocido.
- Localización actual del tumor: sistema nervioso, piel, sistema digestivo, ginecológico, respiratorio, nefrourológico, endocrino, locomotor, vascular-cardíaco, otorrinolaringológico, desconocido.
- Estadiaje del tumor.
- Tipo de paciente: curable o no curable.
- Última dosis de tratamiento recibido, línea de tratamiento.
- Seguimiento por Unidad de cuidados paliativos en la actualidad.
- Tratamiento (tabla 1).

Tabla 1: Tratamientos oncológicos

Tratamientos recibidos	Tratamiento actual	Tipo de tratamiento actual
Cirugía	Sin tratamiento	Ninguno
Quimioterapia	Curativo	Quimioterapia
Radioterapia	Paliativo	Radioterapia
Desconocido	Rechazo al tratamiento	Quimioterapia + Radioterapia
		Sintomático

- Motivos de consulta (tabla 2).

Tabla 2: Motivos de consulta

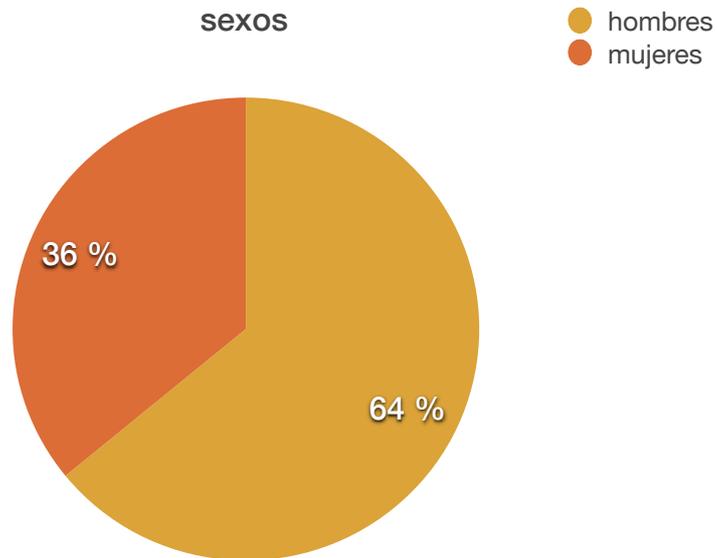
Síntomas	Síntomas
pérdida de peso	tos
anorexia, astenia	somnolencia
xerostomía	confusión/delirio
estreñimiento	hipo
saciedad precoz	incontinencia
náuseas/vómitos	disuria
disgeusia	distermia
disfagia	diarrea
dolor	ascitis
insomnio	bajo nivel de conciencia
ansiedad	ictericia
depresión	otros
disnea	

- Pruebas complementarias solicitadas en urgencias.
- Diagnóstico de urgencias:
 - o Mal control del dolor.
 - o Síntomas asociados al tumor primario.
 - o Patología desencadenada por la progresión del tumor.
 - o Complicaciones secundarias al tratamiento.
 - o Otros.
- Interconsulta realizada a oncología (sí/no).
- Destino del paciente (alta/ingreso/consulta externa/sedación terminal).
- Paciente terminal (sí/no).
- Paciente agónico (sí/no).
- Datos de laboratorio: Hemoglobina, neutrófilos, temperatura.
- Motivos de ingresos:
 - o Secundarios al tratamiento.
 - o Derivados del tumor o de las metástasis.
 - o Otras causas.
- Consultas previas a urgencias.
- Éxitus.

RESULTADOS

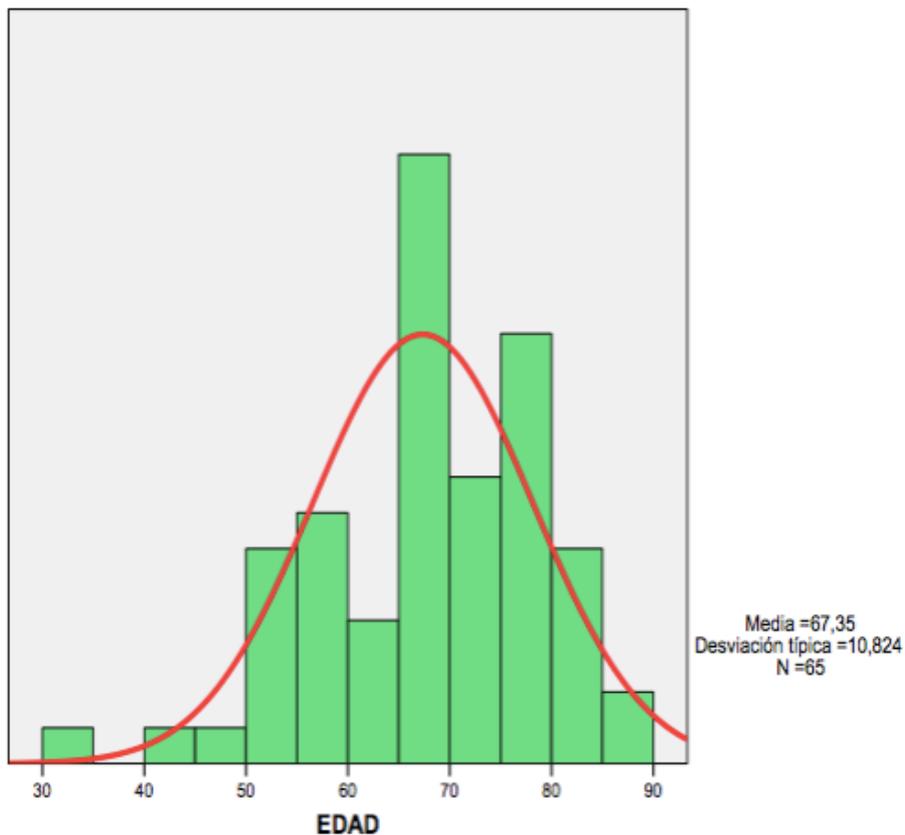
Se analizaron los datos de pacientes oncológicos atendidos a lo largo del año 2014 durante los diez primeros días de meses alternos. De esta manera se obtuvo una muestra de 65 pacientes: 41 varones y 23 mujeres. (gráfica 2)

Gráfica 2: Distribución por sexos



La edad media de los pacientes era 67,71 (\pm 10,71). (Gráfica 3)

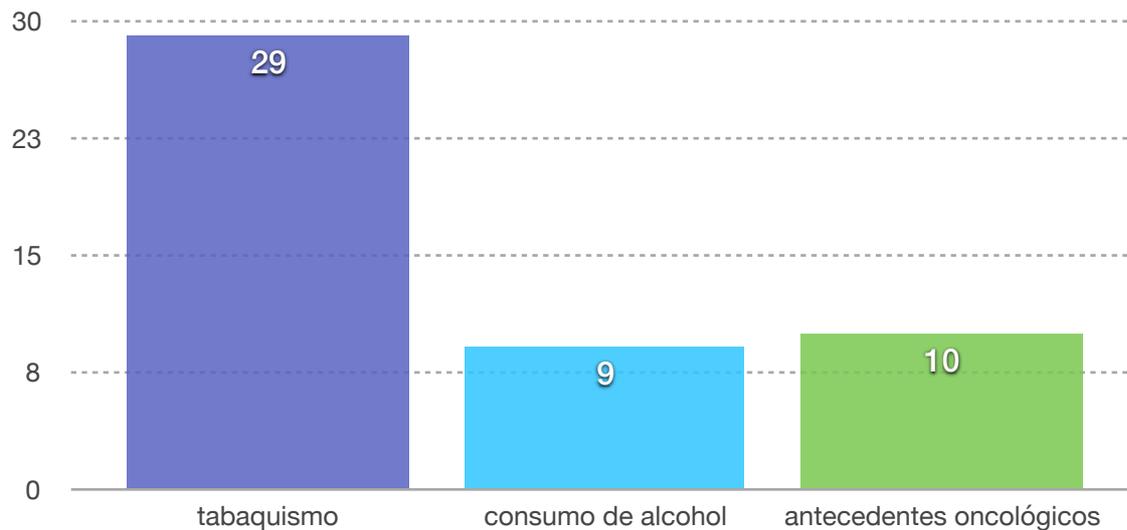
Gráfica 3: Distribución por edad



1. Variables clínico-patológicas

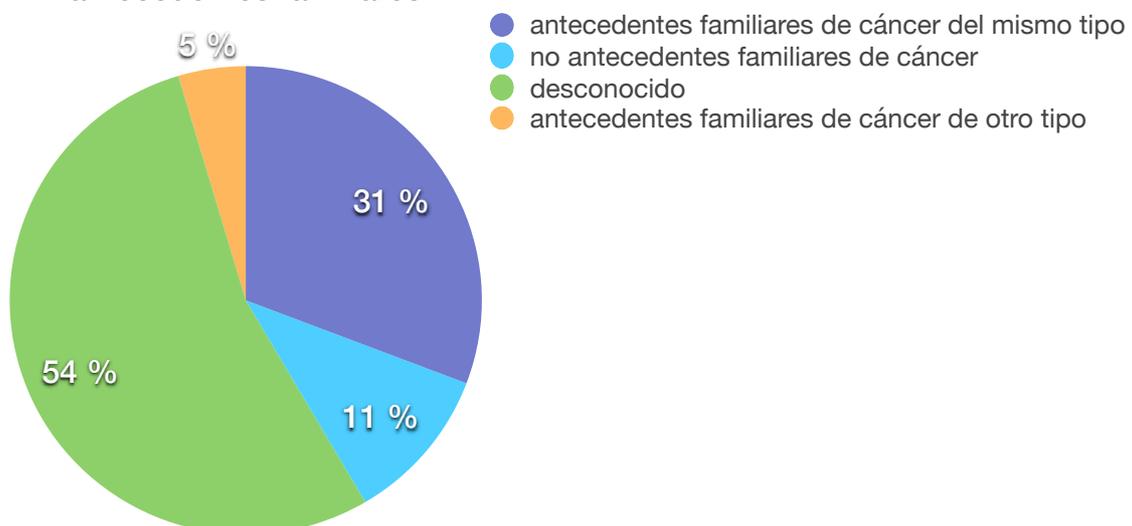
De los diferentes tipos de antecedentes personales recogidos los principales a reseñar en relación a la patología objeto de estudio están reflejados en la gráfica 4: tabaquismo 44,6% (29 pacientes), consumo de alcohol 13,8% (9 pacientes) y antecedentes oncológicos 15,4% (10 pacientes).

Gráfica 4: Principales antecedentes de los pacientes

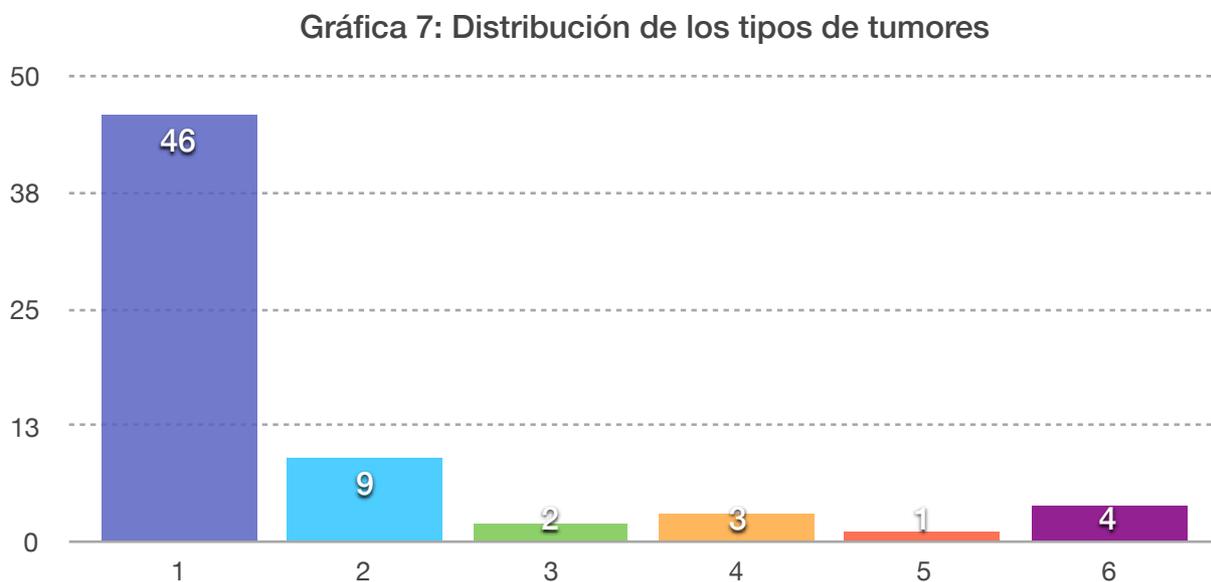
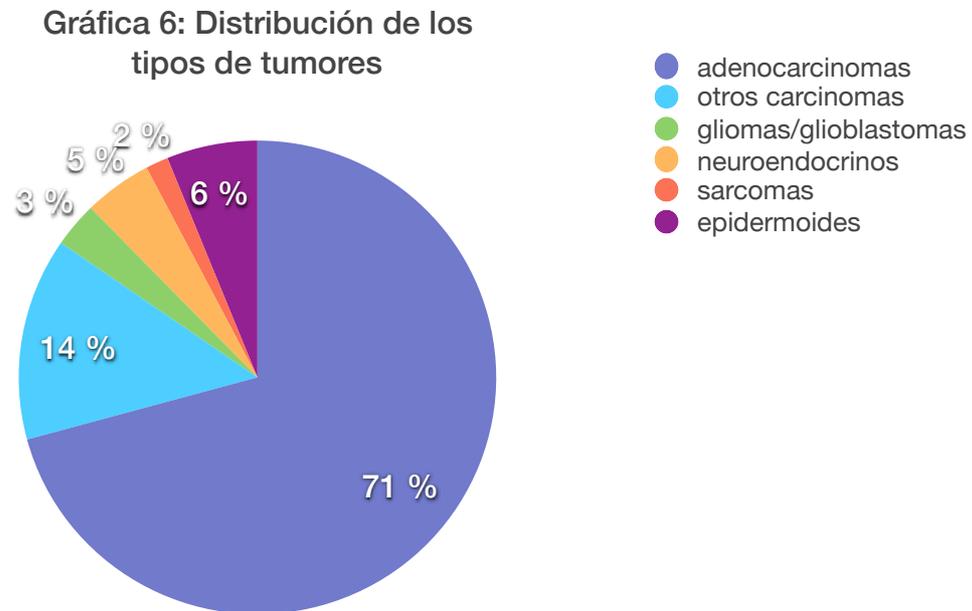


Respecto a los antecedentes familiares en la muestra se observó que: el 35,4% (23 pacientes) presentaban antecedentes familiares de cáncer siendo el 30,8% (20 pacientes) del mismo tipo y 4,6% (3 pacientes) de otro tipo, además, el 10,8% (7 pacientes) no presentaban antecedentes familiares de cáncer y en el 53,8% (35 pacientes) se desconocían los antecedentes. (Gráfica 5)

Gráfica 5: Distribución de los antecedentes familiares

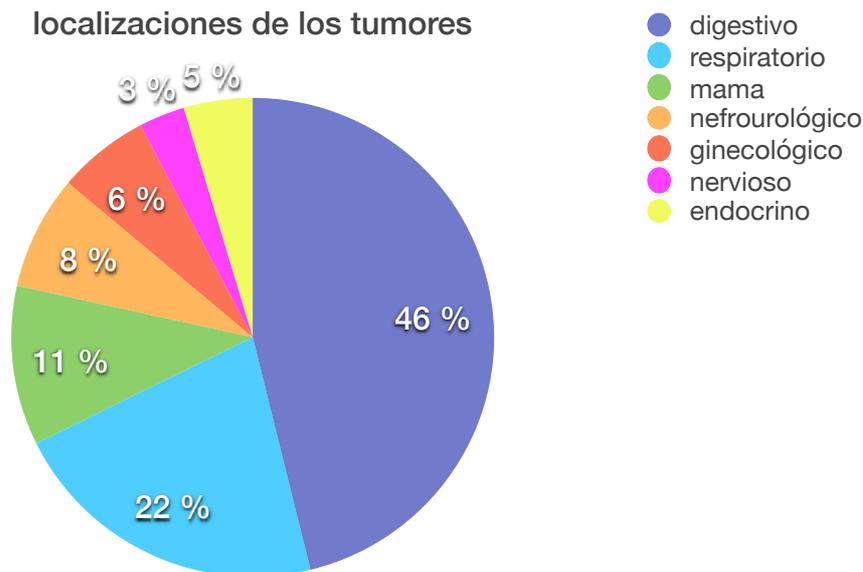


El 70,8%(46 pacientes) de todos los tumores eran adenocarcinomas, el 15,4% (9 pacientes) otros carcinomas, el 6.2% (4 pacientes) epidermoides, el 3,1% (2 pacientes) gliomas/glioblastomas, 3,1% (3 pacientes) neuroendocrinos y el 1,5% (1 paciente) sarcomas. (Gráficas 6 y 7)

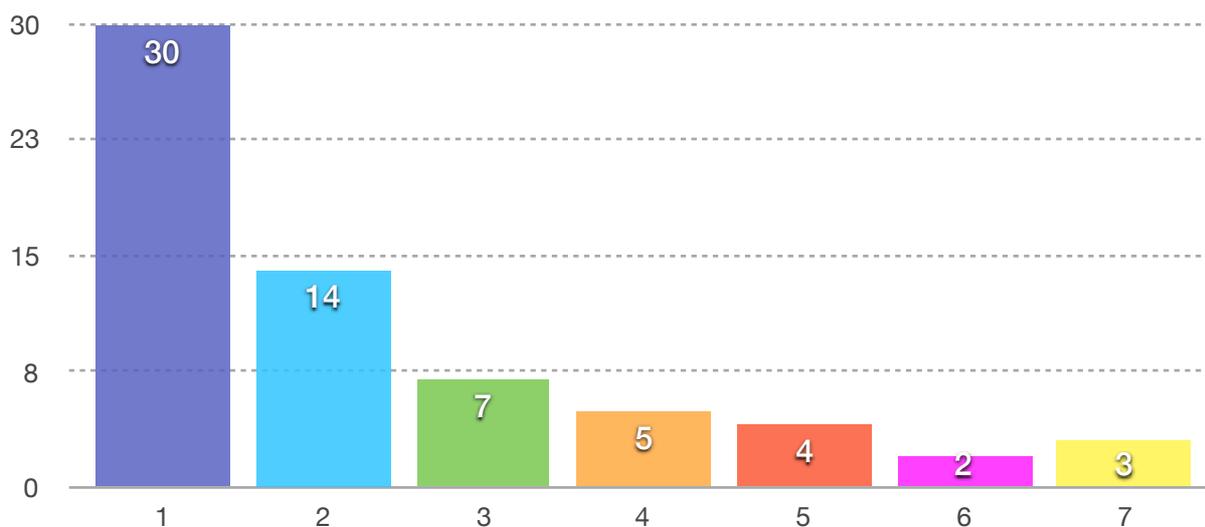


En cuanto a las localizaciones de los tumores: el 46,2% (30 pacientes) se localizaron en el sistema digestivo, el 21,5 % (14 pacientes) en el respiratorio, el 7,7% (5 pacientes) en el nefrourológico, el 6,2% (4 pacientes) en el ginecológico, 3,1% (2 pacientes) en el nervioso y 4,6 % (3 pacientes) en el endocrino, y el 10,8% (7 pacientes) en la mama. (Gráficas 8 y 9)

Gráfica 8: Distribución de las localizaciones de los tumores



Gráfica 9: Distribución de las localizaciones de los tumores



En el 96,9% el tumor primario era conocido y el 73,8% presentaban metástasis, de las cuales, el 72,9% ya estaban diagnosticadas y el 27,1% se diagnosticaron en urgencias. Además, el 89,2% se encontraban ya en estadio IV (enfermedad avanzada).

La situación de los pacientes en cuanto a su tumor se podría clasificar en: pacientes no curables con opción a tratamiento (47,7%), pacientes no curables paliativos (38,5%) y pacientes curables (13,8%).

2. Tratamiento

El 84,6% pacientes estaban recibiendo tratamiento paliativo mientras que el 10,8% estaban recibiendo tratamiento curativo.

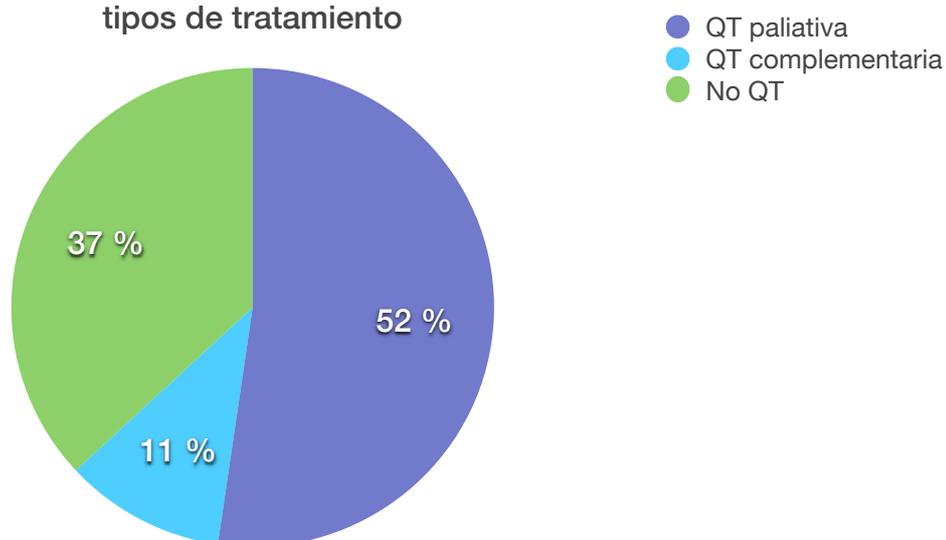
En cuanto a los tipos de tratamiento el 50,8% recibían QT, el 1,5% RT, el 9,2% QT+RT, el 33,8% sólo tratamiento sintomático (paliación) y el 4,6% ningún tratamiento.

Dentro de los pacientes en tratamiento con QT:

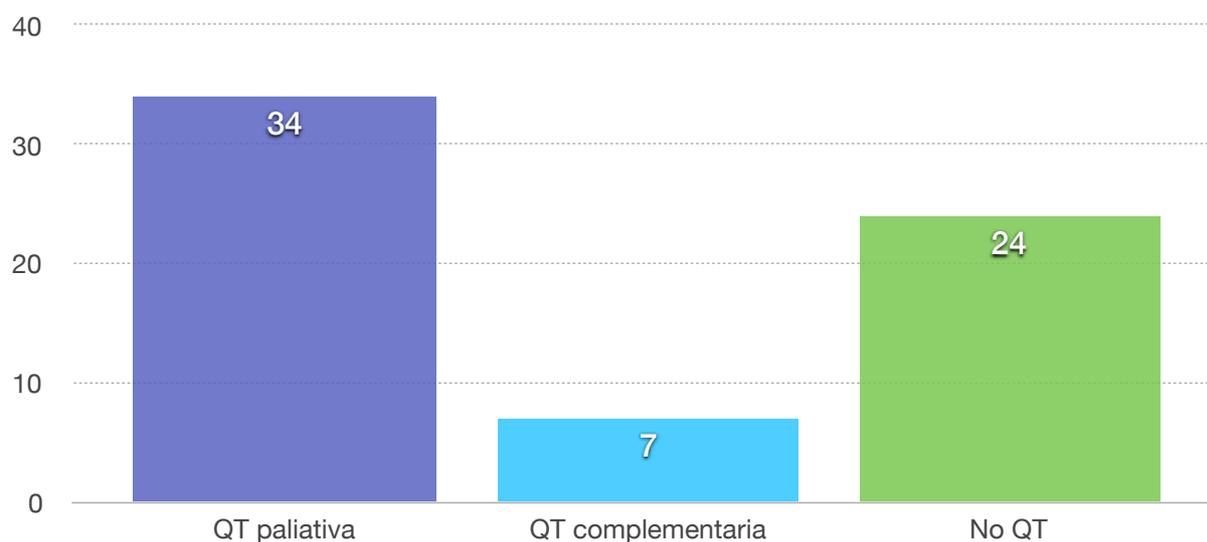
- El 52,3% estaban recibiendo QT paliativa (por enfermedad avanzada). Dentro de esta la mayoría (72,2%) estaban con la primera línea de tratamiento.
- El 10,8% estaban recibiendo QT complementaria con intención curativa (por enfermedad localizada). (Gráficas 10 y 11)

Además el 55,4% de los pacientes estaban en el programa de cuidados paliativos, independientemente del tipo de tratamiento recibido.

Gráfica 10: Distribución de los tipos de tratamiento



Gráfica 11: Distribución de los tipos de tratamiento



3. Atención en urgencias

En la tabla tres podemos ver reflejados los principales motivos de consulta de nuestra muestra, el dolor acompañado del malestar general (43,1% respectivamente) supone la mayor demanda, seguido de la distemia (27,7%) como motivo de consulta. Destacamos que los pacientes acuden, generalmente, por más de una causa. Una vez comprobada la sintomatología (tabla 3) y revisada la historia clínica hemos agrupado los motivos de consulta: el 29,2% de los pacientes acudieron por complicaciones secundarias al tratamiento oncológico, el 55,4% por sintomatología debida a progresión del tumor (por metástasis o progresión tumoral *per se*) o síntomas asociados al tumor en sí y el 15,4% por otros motivos no en relación directa con la patología tumoral. Tanto la progresión del tumor (incluidas las metástasis) como el tumor propiamente dicho pueden producir dolor al paciente y por eso ser el principal motivo de consulta.

En el 52,3% de los pacientes el destino fue el ingreso en oncología, en el 46,2% el alta y en el 1,5% la remisión a consultas externas.

Además la supervivencia actual es del 20%(13 pacientes) siendo, por lo tanto, el porcentaje de éxitos del 80%.

Tabla 3: Sintomatología

Síntoma	n	%	Síntoma	n	%
Dolor	28	43,1 %	Ictericia	4	6,2 %
Malestar general	28	43,1 %	Disfagia	4	6,2 %
Distemia	18	27,7 %	Tos	4	6,2 %
Astenia	15	23,1 %	Ansiedad	3	4,6 %
Nauseas/Vómitos	14	21,5 %	Bajo nivel de conciencia	3	4,6 %
Anorexia	11	16,9 %	Agitación	2	3,1 %
Disnea	10	15,4 %	Confusión	2	3,1 %
Diarrea	8	12,3 %	Disuria	2	3,1 %
Pérdida de peso	6	9,2 %	Estreñimiento	1	1,5 %
Ascitis	5	7,7 %			

DISCUSIÓN

Hemos realizado un estudio descriptivo, a fin de analizar por qué los pacientes acuden a un servicio de urgencias hospitalario y cuál es el destino del paciente. En este sentido, no hay muchos trabajos realizados sobre población oncológica y servicio de urgencias^{13,14}, sino en población oncológica ya ingresada o bien en consultas de oncología. Debemos reseñar además, que no disponemos de oncólogo de guardia en el hospital en el cual se ha realizado el trabajo.

Los pacientes oncológicos no representan un gran volumen dentro del global de un servicio de urgencias^{8,15}, pero sus características clínicas hacen que su atención sea a menudo compleja. Nosotros no hemos analizado el porcentaje que suponían los pacientes oncológicos dentro del global de las urgencias.

Al analizar la localización tumoral más frecuente en los pacientes de nuestra muestra (independientemente del motivo de demanda), a pesar de que no tiene un elevado número de pacientes, hemos constatado que el cáncer procedente del tubo digestivo es el predominante, lo cual se correlaciona con la incidencia y la prevalencia del cáncer en la población (los últimos datos de Globocan del año 2012¹ indican que el cáncer de procedencia digestiva, en concreto el colon-rectal, es el más prevalente).

El cáncer de pulmón es el segundo en frecuencia en nuestra muestra y también en la población de manera genérica.

A pesar de que de manera general, el cáncer de próstata es otro de los más prevalentes en la población, nosotros hemos obtenido un porcentaje bajo de este tipo de tumores en nuestra muestra, probablemente debido a que a pesar de su alta prevalencia e incidencia, la sintomatología que producen es más escasa que en el resto de tipos de tumores, y suelen ser más localizados y menos letales, por lo tanto, no suelen necesitar acudir al servicio de urgencias con tanta frecuencia. Además, la supervivencia y el índice de curación es mayor en los pacientes con este tipo de cáncer.

Estos datos pueden sugerir que tanto los cánceres del aparato digestivo como los pulmonares son más proclives a dar complicaciones que precisen atención urgente, sobre todo, comparados con otros cánceres como el de próstata que no presentan tanta demanda del servicio de urgencias a pesar de presentar también una elevada frecuencia en la población.

Por último, el cáncer de mama ocupa el tercer lugar de las localizaciones tumorales de nuestra muestra, igual que ocurre en la población española^{3,4,8}.

Al analizar la sintomatología y motivo de consulta, destacamos que el dolor y el malestar general son los principales síntomas que les lleva a consultar. En una amplia revisión realizada con más de 2500 pacientes¹⁶ los cinco motivos principales de consulta a urgencias fueron: el dolor seguido de astenia, anorexia, ansiedad y pérdida de peso, lo cual, se puede constatar también en estudios descritos más cercanos a nuestro medio^{12,13,15}. Además, podemos decir que hemos visto que el mayor porcentaje de pacientes que acuden es por dolor y por diferentes tipos de sintomatología (sobre todo astenia) que podríamos englobar como malestar general. Llama la atención el escaso número de pacientes recogidos con sintomatología de ansiedad. Esto puede ser debido a que este síntoma no se recoge habitualmente en las historias clínicas, en parte quizás, atribuible a que el resto de las quejas que presentan estos pacientes cobran mayor importancia opacando la sintomatología psíquica.

Como hemos mencionado, el principal motivo de consulta en urgencias fue el dolor mal controlado al igual que se ha observado en diversos estudios^{8,13,17}.

Debemos destacar que no hemos analizado si el dolor es secundario a la presencia o no de metástasis ni la escala analgésica en la que se encontraba el paciente, hecho que podría ser de interés estudiar.

Por el contrario, llama la atención el bajo porcentaje de síndromes anémicos obtenidos en la muestra, aunque la astenia resultara ser el cuarto motivo de consulta en nuestra muestra, sólo en un pequeño porcentaje de estos pacientes constatamos anemia. Es posible que esto sea debido, al menos en parte, a la existencia de las unidades de hospitalización de día en las cuales se realizan transfusiones a los pacientes que lo necesitan sin necesidad de que acudan a un servicio de urgencias.

Los síntomas como fiebre, disnea o dolor pueden ser la manifestación clínica de una situación de emergencia vital, sin embargo, muchas veces estas quejas no representan una amenaza para la vida de estos pacientes, aunque sí empeoran su calidad de vida y, debido a esto, son los motivos por los que con más frecuencia estos pacientes demandan atención urgente. Por ello, la identificación y el manejo de estas circunstancias en los SU es una cuestión importante debido al aumento del número de estos pacientes y a la patología urgente que puede existir tras estos síntomas.

En nuestra muestra hemos observado que los pacientes con enfermedad diseminada y aquellos que están en tratamiento quimioterápico activo son los que más demandan atención urgente, por lo que, probablemente sería útil para el personal médico el estar familiarizado con este tipo de efectos que pueden producir los distintos tratamientos activos del paciente¹⁹, conocer y manejar las toxicidades específicas de los nuevos fármacos utilizadas en quimioterapia para mejorar el manejo clínico de estos pacientes.

La mayoría de los pacientes que acuden al SU precisan ingreso hospitalario. Este hecho puede demostrar la severidad de la patología aguda¹³ o la complejidad del manejo de los síntomas en el paciente oncológico a nivel domiciliario, incluso con la ayuda del programa de cuidados paliativos, sobretodo en casos de enfermedad diseminada y paciente terminal como son la mayoría de los casos de nuestra muestra. Pese a no tener un amplio número de pacientes, este estudio puede contribuir al conocimiento de la población oncológica que demanda atención urgente y, por tanto, ayudar a mejorar la atención médica prestada. Identificar los subgrupos de pacientes que sólo necesitan cuidados paliativos puede facilitar el manejo clínico en urgencias, y evitar pruebas innecesarias y optimizar los recursos humanos y materiales del sistema sanitario.

Creemos que sería interesante poder ampliar y completar la muestra para un mejor conocimiento y capacidad de mejora de los profesionales que atienden a este tipo de pacientes.

Limitaciones del estudio: las debidas al tamaño de la muestra y las derivadas de la historia clínica a que a fecha de realización del estudio no es electrónica con lo cual , en ocasiones hay una codificación errónea o bien ilegibilidad de la historia al ser escaneada y ser manual.

CONCLUSIONES

Los pacientes oncológicos no representan un gran volumen dentro del global de un servicio de urgencias, pero sus características clínicas hacen que su atención sea a menudo compleja.

La localización tumoral más frecuente es el cáncer procedente del tubo digestivo.

Además, los cánceres del aparato digestivo, así como, los pulmonares parecen ser más proclives a dar complicaciones que precisen atención urgente.

El principal motivo de consulta es el dolor. Sin embargo, el dolor depende de diferentes parámetros, y además, puede ser la manifestación de una situación de emergencia vital o representar una amenaza para la calidad de vida del paciente. Por ello, la identificación y el manejo de estas circunstancias en los SU es importante para realizar un abordaje y enfoque terapéutico adecuado.

Los pacientes con enfermedad diseminada y aquellos que están en tratamiento quimioterápico activo son los que más demandan atención urgente. Además, la mayoría de los pacientes que acuden al SU precisan ingreso hospitalario. Esto puede deberse a la severidad de la patología aguda o la complejidad del manejo de los síntomas de estos pacientes a nivel domiciliario. Por ello, para poder disminuir el número de ingresos hospitalarios, deberíamos intentar llegar a acuerdos con unidades de oncología y unidades de cuidados paliativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. GLOBOCAN 2012 (IARC). Cancer Incidence, Mortality and Prevalence. Worldwide in 2012. 2012 Jul. Available in: <http://www-dep.iarc.fr>.
2. López-Abente G, Pollán Santamaría M, Aragonés Sanz N, Pérez Gómez B, Hernández Barrera V, Suárez Rodríguez B et al. Plan Integral del Cáncer: Situación del cáncer en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2014.
3. Cabanes A, Pérez-Gómez B, Aragonés N. La situación del cáncer en España, 1975-2006. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 2009.
4. El Cáncer en España. Sociedad Española de Oncología Médica. 2012 Jul. Disponible en: www.seom.org.
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Urgencia Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
6. Sánchez M. ¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente? Med Clin (Barc) 2004; 123(16): 619-20.

7. Barceló R, Muñoz A, Rodríguez ÑP, Pérez T. Urgencias en oncología. Gas Med (Bilbao). 2004; 19: 11-5.
8. Fortún MT, Encina Y, Etxebarria MJ, Escudero JM, Bardón AI, Martínez S. Enfoque global del enfermo oncológico en urgencias. Datos epidemiológicos. An Sist Sanit Navar. 2004; 27 (3): 9-16.
9. Markman M. Common complications and emergencies associated with cancer and its therapy. Cleveland Clin J Med. 1994; 61: 105-14.
10. Casal Codesino JR; Carnero López B. Manejo básico del paciente con urgencia oncológica. En: Guía de urgencias oncológicas 1ª edición. 2014. ISBN: 979-84-697-0871-2. Capítulo 1: 9-16.
11. Barneto I, Rubio MJ, Gosálbez B, Jiméner Murillo L, Montero FJ. Urgencias en el paciente oncológico (I). En: Jiménez Murillo L y Montero Pérez F.J. Medicina de Urgencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Madrid: Harcourt Brace España S.A. 1999: 575-89.
12. Valdespino-Gómez VM, López-Garza JR, González- Alemán JC, Valdespino Castillo VE. Atención de las emergencias y urgencias médico-quirúrgicas en un hospital oncológico. Cir Ciruj. 2006; 74:359-68.
13. Ferrer Pérez AI, Vidal Losada MJ, Tobeña Puyal M, Serrano Solares S, Ruiz-Echarri Rueda M, Millastre Bocos E. Evaluación sintomática del paciente oncológico en urgencias. Emergencias 2009; 21:186-8.
15. Vandyk AD, Harrison MB, Macartney G, Ross-White A, Stacey D. Emergency department visits for symptoms experienced by oncology patients: a systematic review. Support Care Cancer. 2012; 20(8): 1589-99.
- 16 .Arancil Monllor C, Jover Pinillos JL, Tortajada Soriano JL, River Alcamí J, Mora Bresó C, Lázaro Fernández A. Pacientes oncológicos en un servicio de urgencias:

remitidos desde atención primaria frente a petición propia. *Semergen*. 2001; 27:176-81.

17. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2007; 34(1): 94-104.

18. Halfdanarson TR, Hogan WJ, Moynihan TJ. Oncologic emergencies: diagnosis and treatment. *Mayo Clinic Proc*. 2006; 81:835-48.

19. Buendía Bravo S, Gonzalez Haba Peña E, García Sánchez R, Arrabal Durán P, Sánchez Fresneda N, Sanjúrjo Sáez R. Análisis descriptivo de los motivos que originan visitas a urgencias en pacientes oncológicos: toxicidad postquimioterapia. *Farm Hosp*. 2015; 39(6):