
Diagnóstico de sospecha de cáncer en los servicios de urgencias

Diagnosis of cancer in hospital emergency services

A. Julián Jiménez¹, D. Muñoz López¹, L. Fernández Franco², A. San Juan Del Moral²

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el reciente trabajo publicado en su revista por Lana y col en relación al diagnóstico de sospecha del cáncer en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH)¹. El día a día desde dichas unidades proporciona muchas sensaciones y nos hace conscientes de distintas realidades asistenciales de nuestro sistema, y trabajos novedosos y bien diseñados como el de Lana y col nos las confirman científicamente más allá de la simple percepción subjetiva.

Coincidimos con los autores al señalar la importancia cuantitativa y cualitativa que tienen los SUH al atender a pacientes con el diagnóstico confirmado de cáncer que acuden por complicaciones o evolución de su enfermedad² o incluso cuando el proceso está tan avanzado o se complica de forma irreversible provocando el fallecimiento del paciente³. Pero, junto al aumento de la incidencia de atenciones en el SUH en pacientes ya diagnosticados de cáncer, también se ha observado un aumento del número de casos donde se realiza la sospecha de cáncer en el propio

SUH¹, tal y como apuntan los autores (7,9% de los tumores diagnosticados durante su periodo de estudio, cifra que resulta muy similar a la objetivada en nuestro centro entre 2008 y 2012, del 8,3%). También nos describen cómo el diagnóstico de sospecha es más frecuente en el SUH que en Atención Primaria. Indiscutiblemente este dato nos hace reflexionar sobre los impedimentos para que el médico de atención primaria pueda diagnosticar, porque seguro que lo sospecha, el diagnóstico de cáncer en sus pacientes que mejor que nadie conoce. Así, sería muy interesante saber, entre otras cosas para valorar cuál es la capacidad y eficacia de nuestros sistemas, cuántos de estos pacientes acuden al SUH por la demora en la cita con el especialista y cuántos de ellos por complicaciones mientras están a la espera de ser valorados por el mismo. En nuestro centro durante los cuatro años mencionados casi el 35% de los diagnosticados en urgencias. Si a estos pacientes añadimos los que son diagnosticados inicialmente sólo de un proceso agudo, sin conocerse que el diagnóstico real es cáncer, como puede ser en procesos respiratorios como en el caso de

An. Sist. Sanit. Navar. 2015; 38 (1): 131-136

-
1. Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo. España.
 2. Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo. España.

Correspondencia:

Agustín Julián Jiménez
Servicio de Urgencias
Complejo Hospitalario de Toledo
Avda. de Barber, 30
45004 Toledo. España
E-mail: agustinj@sescam.jccm.es

la agudización de la EPOC⁴o en las neumonías⁵o en el tromboembolismo pulmonar⁶, es indudable que el diagnóstico de sospecha directo o derivado de la atención en el SUH es mayor del que podríamos estimar subjetivamente. Al hilo de lo comentado nos gustaría señalar que hemos estudiado, aprovechando las bases de datos de otros estudios, desde hace años la proporción de pacientes que acuden al SUH y son diagnosticados inicialmente de un problema agudo y durante los 30 días posteriores se les cambió el diagnóstico de sospecha inicial del SUH al de cáncer o se añadió este último al inicial. Así por ejemplo, desde el 1 de enero de 2008 hasta el 31 de julio de 2012 fueron valorados e incluidos en un estudio sobre los pacientes diagnosticados inicialmente de neumonía en nuestro SUH un total de 960 casos⁷, de los que 79 (8,22%) cambiaron el diagnóstico o añadieron al mismo el de cáncer de pulmón tras ser dados de alta, durante el ingreso o al realizar a los 30 días la revisión con radiología de tórax tal y como se recomendaba en el protocolo de seguimiento. Por otro lado y como se comentó anteriormente, el diagnóstico de sospecha de cáncer de pulmón se estableció en el SUH en mayor proporción que en otros servicios y que en Atención Primaria, respecto al total de los casos diagnosticados en dicho periodo (54% frente 46%). De ahí que estamos de acuerdo con los autores y creemos totalmente justificada la necesidad de establecer circuitos asistenciales prioritarios para confirmar el diagnóstico e implantar el tratamiento adecuado para los pacientes con sospecha de cáncer atendidos en el SUH, intervención que ha demostrado su eficacia y eficiencia⁸. Parece evidente además que la sospecha de cáncer realizada en los SUH va a ir aumentando junto con la asistencia de pacientes ancianos⁹, por lo que alternativas a la hospitalización convencional de diagnóstico y tratamiento rápidos que disminuyan el tiempo hasta el diagnóstico y, conjuntamente, la necesidad de ingreso para “acelerar el diagnóstico”, son necesarias por la seguridad del paciente y para optimizar los limitados recursos y así conseguir la máxima eficiencia¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. LANA A, ÁLVAREZ-GUERRERO S, HERRERO-PUENTE P, FOLQUERAS M.V, LÓPEZ ML. Diagnóstico de sospecha del cáncer en los servicios de urgencias hospitalarios. *An Sist Sanit. Navar* 2014; 37: 59-67.
2. 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: 1589-1599.
3. RUIZ-RAMOS M, GARCÍA-LEÓN FJ, LÓPEZ-CAMPOS JL. Características demográficas de la mortalidad en los servicios de urgencias hospitalarios de Andalucía. *Emergencias* 2014; 26: 109-113.
4. SOLER-CATALUÑA JJ, PIÑERA SALMERÓN P, TRIGUEROS JA, CALLE M, ALMAGRO P, MOLINA J, et al. Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GesEPOC). Diagnóstico y tratamiento hospitalario de la agudización. *Emergencias* 2013; 25: 301-317.
5. JULIÁN-JIMÉNEZ A, GONZÁLEZ DEL CASTILLO J, MARTÍNEZ ORTÍZ DE ZÁRATE M, CANDEL GONZÁLEZ FJ, PIÑERA SALMERÓN P, MOYA MIR MS (en representación del grupo INFURG-SEMES). Características y cambios epidemiológicos de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en los servicios de urgencias hospitalarios. *An Sist Sanit Navar* 2013; 36: 387-395.
6. GÓMEZ-ZORRILLA MS, RIERA-MESTRE A, LEIVA PEDRAZA D, JORDÁN LUCAS S, JACOB RODRÍGUEZ J, FARRIOLS R. Diagnóstico alternativo al tromboembolismo pulmonar en urgencias en pacientes oncológicos y no oncológicos. *Emergencias* 2013; 25: 92-98.
7. JULIÁN-JIMÉNEZ A, PAREJO MIGUEZ R, CUENA BOY R, PALOMO DE LOS REYES MJ, LAÍN TERÉS N, LOZANO ANCÍN A. Intervenciones para mejorar el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad desde el servicio de urgencias. *Emergencias* 2013; 25: 379-392.
8. BOSCH X, MORENO P, RÍOS M, JORDÁN A, LÓPEZ-SOTO A. Comparison of quick diagnosis units and conventional hospitalization for the diagnosis of cancer in Spain: a descriptive cohort study. *Oncology* 2012; 83: 283-291.
9. EATTY S, STEVENS W, STEVENS G, KOLBE J, COX B. Lung cancer patients in New Zealand initially present to secondary care through the emergency department rather than by referral to a respiratory specialist. *N Z Med J* 2009; 122: 33-41.
10. MARTÍN FJ, FERNÁNDEZ C, MERINO C. El paciente geriátrico en urgencias. *An Sist Sanit Navar* 2010; 33 (Supl. 1): 163-172.

Diagnóstico de sospecha de cáncer en los servicios de urgencias

A. Darias Acosta¹, C. Gironés Bredy^{1,2}, M. Benito Lozano¹, G. Burillo-Putze^{1,2}

Sr. Director:

El trabajo de Lana y col publicado recientemente en su revista presenta unos resultados sorprendentes y da pie a algunas reflexiones¹.

En primer lugar, a tenor de los datos expuestos parece necesario revisar el funcionamiento de la Atención Primaria asturiana en la que a diagnóstico precoz del cáncer se refiere, al ser los casos diagnosticados en los servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) -10,4%- superiores a los que diagnostica la medicina familiar y comunitaria (6,8%) y, lo que resulta más preocupante, con un diagnóstico de estadio avanzado en el momento del diagnóstico en los SUH en el 33% de los casos¹. Ciertamente no conocemos lo que ocurre en otras comunidades autónomas españolas.

Además, si el paciente con sospecha de cáncer entra en el sistema sanitario a través de los SUH, se reduce el tiempo en que se confirma el diagnóstico de sospecha y el tiempo en que se inicia el tratamiento, en 10 y 15 días respectivamente¹. Con estos dos datos, no es de extrañar que un paciente con preocupación por su salud, y concretamente con la posibilidad de padecer una neoplasia aguda directamente a los SUH, con la consiguiente saturación de estos servicios². Como afirmaba Sesma en esta revista, los SUH han ido paulatinamente conformando la “red de seguridad

asistencial” del Sistema Nacional de Salud (SNS), soportando las debilidades del mismo, el cual se inhibe de ellas a sabiendas de que los SUH “resuelven muchas de las disfunciones del día a día que el propio sistema genera”³.

Es lógico que un paciente con síntomas de alarma (hemoptisis, rectorragia, metrorragia, hematuria, focalidad neurológica, etc) acuda al servicio de Urgencias⁴, también es lógico que los SUH demos soporte a las complicaciones agudas de los tratamientos oncológicos (sobre todo en los horarios en que no funcionan los hospitales de día oncológicos)⁵, pero no nos parece lógico incorporar a la rutina de los SUH algoritmos de diagnóstico de presunción de cánceres por sus beneficios para el sistema y para los pacientes¹. Como la experiencia nos dice que asumir más funciones asistenciales en los SUH no va siempre unido a un aumento de espacios, recursos y, por qué no decirlo, reconocimiento, deben potenciarse como también apuntan los autores, las unidades de diagnóstico rápido⁶ y la mejor coordinación entre atención primaria y atención hospitalaria⁷.

Mención aparte merecen los cuidados paliativos en los SUH que reciben en ocasiones estos pacientes, los cuales creemos que no deberían compartir espacios y dinámicas asistenciales con los SUH, tanto desde el punto de vista del paciente como de su entorno.

Correspondencia:

Dr. Guillermo Burillo Putze
Servicio de Urgencias
Hospital Universitario de Canarias
C/ Ofra s/n
38320 La Laguna. Tenerife.
E-mail: gburillo@telefonica.net

1. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España

2. Unidad de Farmacología. Departamento de Medicina Física y Farmacología. Universidad de La Laguna. Tenerife. España

Acostumbrados como estamos a suplir las carencias del SNS y a conocer sus puntos negros, parece lógico que en determinadas estrategias nacionales de salud, se cuente con la medicina de urgencias, en ocasiones infrarrepresentada cuando no ausente. Los datos tristemente así lo indican⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. LANA A, ÁLVAREZ-GUERRERO S, HERRERO-PUENTE P, FOLGUERAS M, LÓPEZ M. Diagnóstico de sospecha del cáncer en los servicios de urgencia hospitalario. *An Sist Sanit Navar* 2014; 37: 59-67.
2. MIRÓ O, ESCALADA X, BOQUÉ C, GENÉ E, JIMÉNEZ FABREGA FX, NETTO C et al. Estudio SUHCAT (2): mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias* 2014; 26: 35-46.
3. SESMA SÁNCHEZ J. Saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *An Sist Sanit Navar* 2012; 35: 195-198.
4. GÓMEZ-ZORRILLA MARTÍN S, RIERA-MESTRE A, LEIVA PEDRAZA D, JORDÁN LUCAS S, JACOB RODRÍGUEZ J, PUJOL FARRIOLS R. Diagnóstico alternativo al tromboembolismo pulmonar en urgencias en pacientes oncológicos y no oncológicos. *Emergencias* 2013; 25: 92-98.
5. SADIK M, OZLEM K, HUSEYIN M, ALIAYBERK B, AHMET S, OZGUR O. Attributes of cancer patients admitted to the emergency department in one year. *World J Emerg Med* 2014; 5: 85-90.
6. M. DE MIGUEL VALENCIA M, ESQUIROZ LIZAUR I, MARZO VIRTO J, DE MIGUEL VELASCO M, YAGÜE HERNANDEZ A. Invaginación intestinal como primera manifestación del cáncer de pulmón. *An Sist Sanit Navar* 2014; 37: 299-304.
7. MIRPURI-MIRPURI P, ÁLVAREZ-CORDOVÉS MM, PÉREZ-MONJE A. Programa de diagnóstico precoz de cáncer colorrectal en Canarias. A propósito de un caso. *Semergen* 2013; 39: e71-e74.
8. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Disponible en URL: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>. Acceso 20/09/2014.

Diagnóstico de sospecha de cáncer en los servicios de urgencias

J. Perdigones², L. Escobar², A. Trino Salto^{1,2}, F. J. Martín-Sánchez^{1,2}

Sr. Director:

Hemos leído con especial interés el artículo publicado por Lana y col sobre el diagnóstico de sospecha de cáncer en la población de Asturias. En dicho trabajo se documenta que casi un 8% de los diagnósticos de cáncer se lleva a cabo en los servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH). Además, cuando se compara el diagnóstico realizado en SUH frente al resto de servicios, destaca que las localizaciones más frecuentes son pulmón, aparato digestivo o sistema nervioso central, que existe mayor probabilidad de estar en fase avanzada, y sobre todo, la más rápida gestión del proceso diagnóstico¹. A pesar de las limitaciones sobre el lugar del estudio y la posible validez de los resultados a la hora de extrapolarlos al resto de comunidades autónomas, creemos que el presente trabajo aporta importantes conclusiones sobre el diagnóstico del cáncer poblacional y que merece la pena realizar una serie de reflexiones sobre el posible rol de los SUH.

Es indiscutible que la Atención Primaria juega y tiene que seguir jugando un papel clave como primer eslabón de la cadena en el diagnóstico precoz de las patologías oncológicas mediante los exámenes periódicos de salud y las estrategias de despistaje en los grupos de riesgo. Esto no excluye que, dada la alta probabilidad de contacto con el sistema sanitario a través de los SUH

(16,2 millones de visitas anuales) y la mayor frecuencia de cáncer en pacientes atendidos en urgencias por ciertos síndromes, se aproveche dicha oportunidad para realizar estrategias poblacionales y campañas de concienciación para potenciar el despistaje de ciertos tipos de cáncer^{2,3}. Este tipo de estrategias de salud pública, es decir, utilizar cualquier tipo de contacto sanitario e incluso urgente para canalizar el despistaje de enfermedades potencialmente graves, se ha empezado a realizar con buenos resultados en patología infectocontagiosa como el VIH⁴. En este sentido, y con el fin de ayudar a disminuir el tiempo entre el primer síntoma y la sospecha diagnóstica, creemos que los médicos de urgencias deben estar correctamente formados sobre la identificación de factores de riesgo y las situaciones clínicas donde se debe recomendar el despistaje de cáncer así como el disponer de los circuitos asistenciales para llevar a cabo un diagnóstico precoz en los grupos poblacionales de alto riesgo.

Por otro lado, con el fin de aminorar los tiempos desde el momento de la sospecha al diagnóstico y tratamiento definitivo, es preciso comentar que cada vez más centros hospitalarios disponen de unidades, por lo general vinculadas a los SUH, como la Unidad de Corta Estancia, que se han convertido en áreas de alta resolución de procesos como la descompensación de patologías

1. Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid
2. Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital San Carlos. Madrid

Correspondencia:

Francisco Javier Martín-Sánchez
Servicio de Urgencias.
Hospital Clínico San Carlos
C/ Profesor Martín-Lagos, s/n
28040 Madrid. España
E-mail: fjjms@hotmail.com

crónicas y el diagnóstico precoz⁵⁻⁸. En este sentido, son responsables de la atención de ciertos síndromes como la neumonía, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica descompensada, la hemoptisis, la hematuria, la lumbalgia, el prurito, la hemorragia digestiva alta y baja o las alteraciones del ritmo intestinal, que son frecuentemente la forma de presentación de patología oncológica y por tanto donde se puede realizar un diagnóstico etiológico precoz^{9,10}. Además, al ser un área asistencial situada en el ámbito hospitalario favorece una buena coordinación con otras especialidades responsables del tratamiento definitivo. Por tanto, dichas áreas asistenciales se sitúan como unidades de alta resolución diagnóstica y que cada vez más pueden ser una buena alternativa para el paciente que no se le puede ofrecer un rápido estudio ambulatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. LANA A, ALVAREZ-GUERRERO S, HERRERO-PUENTE P, FOLGUERAS M, LÓPEZ M. Suspected diagnosis of cancer in hospital emergency services. *An Sist Sanit Navar* 2014; 37: 59-67.
2. PEIRÓ S, LIBRERO J, RIDAO M, BERNAL-DELGADO E; Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios del sistema nacional de salud. *Gac Sanit* 2010; 24: 6-12.
3. LAM C, KUAN CF, MISER J, HSIEH KY, FANG Y. Emergency department utilization can indicate early diagnosis of digestive tract cancers: A population-based study in Taiwan. *A. Comput Methods Programs Biomed* 2014; 115: 103-109.
4. NÚÑEZ-ORANTOS MJ, MARTÍN-SÁNCHEZ FJ. El diagnóstico de virus de la inmunodeficiencia humana en los servicios de urgencias. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2014; 32: 273-274.
5. LLOPIS ROCA F, JUAN PASTOR A, FERRÉ LOSA C, MARTÍN SÁNCHEZ FJ, LLORENS SORIANO P, SEMPERE MONTES G et al. Proyecto REGICE: registro de las unidades de corta estancia en España: Localización, aspectos estructurales y dotación de profesionales (REGICE 1). *Emergencias* 2014; 26: 57-60.
6. LLOPIS ROCA F, FERRÉ LOSA C, JUAN PASTOR A, MARTÍN SÁNCHEZ FJ, SEMPERE MONTES G, LLORENS SORIANO P et al. Proyecto REGICE. Gestión Clínica de las Unidades de Corta Estancia en España (REGICE 2). *Emergencias* 2014 (En prensa).
7. MIRÓ O, ESCALADA X, GENÉ E, BOQUÉ C, JIMÉNEZ FÁBREGA FX, NETTO C et al. Estudio SUHCAT (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias* 2014; 26: 19-34.
8. SANCLEMENTE-ANSÓ C, SALAZAR A, BOSCH X, CAPDEVILA C, VALLANO A, CATALÀ I et al. A quick diagnosis unit as an alternative to conventional hospitalization in a tertiary public hospital: a descriptive study. *Pol Arch Med Wewn* 2013; 123: 582-588.
9. CHANDRA A, NICKS B, MANIAGO E, NOUH A, LIMKAKENG A. A multicenter analysis of the ED diagnosis of pneumonia. *Am J Emerg Med* 2010; 28: 862-865.
10. MITCHELL AD, INGLIS KM, MURDOCH JM, PORTER GA. Emergency room presentation of colorectal cancer: a consecutive cohort study. *Ann Surg Oncol* 2007; 14: 1099-1104.