

---

## Enfoque global del enfermo oncológico en urgencias. Datos epidemiológicos

### *The oncology patient in emergencies. Epidemiological data*

---

M.T. Fortún<sup>1</sup>, Y. Encina<sup>1</sup>, M.J. Etxebarria<sup>2</sup>, J.M. Escudero<sup>1</sup>, A.I. Bardón<sup>1</sup>, S. Martínez<sup>1</sup>

---

#### RESUMEN

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 realización de una historia clínica completa, en la que se especifiquen las características y estadio de la enfermedad tumoral, es un arma fundamental para la toma de decisiones en el momento urgente.

Según datos de nuestro centro, los enfermos oncológicos representan un 5% del total de las urgencias. El tipo de tumor que más frecuentemente atendemos es el pulmonar, seguido del de mama y colon. Es frecuente que estos enfermos acudan a urgencias varias veces en un mismo mes y el motivo de consulta más frecuente es el dolor, aunque es habitual que comenten varias causas en cada ocasión. En un alto porcentaje de casos la causa de su consulta está relacionada con la propia enfermedad pero hasta en un 35% de las ocasiones es una patología intercurrente. El índice de ingresos es elevado (alrededor del 50%) y especialmente si el paciente ha acudido por un motivo relacionado con la enfermedad. En global suponen un 14% del total de ingresos desde urgencias.

**Palabras clave.** Urgencia oncológica. Causa de consulta. Motivo de ingreso.

#### ABSTRACT

Oncology patients do not form a large proportion within the overall figures of an emergency service, but their clinical characteristics mean that attending to them is often complex. The elaboration of a complete clinical history, specifying the characteristics and stage of the tumoural disease, is a basic weapon for taking decisions when an emergency arises.

According to the data from our centre, oncology patients account for 5% of the total of emergency cases. The most frequent type of tumour that we deal with is pulmonary, followed by breast and colon. It is often the case that these patients come to the emergency department several times in the same month and pain is the most frequent reason for consultation, although it is normal for them to mention several causes on each occasion. In a high percentage of cases the reason for the consultation is related to the disease itself, but on as many as 35% of occasions it is an intercurrent pathology. The index of admissions is high (around 50%), especially if the patient has come for a reason related to the disease. In global terms, they account for 14% of total admissions from emergencies.

**Key words.** Oncological emergency. Reason for consultation. Reason for admission.

An. Sist. Sanit. Navar. 2004; 27 (Supl. 3): 9-16.

1. Servicio de Urgencias. Hospital de Navarra. Pamplona.
2. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

#### Correspondencia:

María Teresa Fortún Pérez de Ciriza  
Servicio de Urgencias  
Hospital de Navarra  
Tfno. 848 422117  
Fax: 848 422200  
E-mail: mfortunp@cfnavara.es

## INTRODUCCIÓN

Urgencia oncológica es toda aquella situación que implica un riesgo para la vida o causa un deterioro agudo del estado de salud de los pacientes oncológicos y está directa o indirectamente relacionada con la enfermedad y su tratamiento<sup>1</sup>.

Los continuos avances diagnósticos y terapéuticos en oncología han hecho mejorar la supervivencia de estos enfermos<sup>2</sup>, con lo que aumenta la prevalencia de incidentes clínicos en su evolución y por lo tanto el porcentaje de consultas urgentes.

Además los nuevos fármacos quimioterápicos inducen efectos secundarios frecuentes, unas veces menores (como las náuseas o la mucositis), que aunque no ponen en riesgo la vida, empeoran su calidad y les hacen consultar. Pero no hay que olvidar otros tan graves como la inmunodepresión y las infecciones, que pueden acarrear serias consecuencias tanto en la calidad como en la cantidad de tiempo vivido si no se tratan urgente y adecuadamente<sup>3,4</sup>.

Por otro lado, en la evolución de estos pacientes pueden existir también otras patologías intercurrentes y tratables en el momento agudo, cuya resolución mejora claramente la calidad de vida<sup>5</sup>. El reconocimiento y tratamiento de estos casos puede ser importante para estos enfermos.

No hay que olvidar tampoco que su situación emocional es especial. La aceptación de una patología oncológica no siempre es fácil y eso hace que el enfermo esté en ocasiones retraído y poco colaborador con el médico que debe atenderle, y siempre angustiado, intranquilo y demandante ante cualquier pequeño cambio en su situación personal. No es infrecuente tampoco el caso de enfermos que desconocen el diagnóstico, no lo aceptan, carecen de un adecuado soporte familiar, factores todos ellos que condicionan su aptitud en urgencias.

Estos pacientes son además "médico-dependientes" con respecto a su oncólogo de referencia y frecuentemente al llegar al servicio de urgencias demandan la atención directa por dicho especialista, cosa que en nuestro centro no está contemplada. Además, así como el oncólogo que atiende por

ejemplo un carcinoma microcítico de pulmón no es el mismo que el que trata un carcinoma ductal de mama, las situaciones urgentes que presenten ambos pacientes son atendidas por un único médico de urgencias. Esto hace necesario que los profesionales que trabajan en este medio deban conocer, cuando menos de forma inicial, los diferentes tumores, sus tratamientos y las posibles complicaciones que puedan presentarse en estos enfermos.

En ocasiones, la escasa información de que se dispone en el momento urgente sobre el avance de la enfermedad y su pronóstico, dificultan la toma de decisiones por parte del médico que atiende la urgencia.

Todas estas circunstancias condicionan la atención urgente al enfermo oncológico y hacen que el médico responsable deba desarrollar una actitud paciente y empática con el enfermo y su familia.

No hay ninguna regla de oro que nos permita ser infalibles en estos casos, pero el arma fundamental debe ser una historia clínica completa<sup>2</sup>.

En los casos en los que la neoplasia no es todavía conocida, se ha de realizar una anamnesis exhaustiva del síntoma guía, lo que puede servir para realizar el diagnóstico diferencial. Así deberemos pensar en un tumor cerebral ante una primera crisis convulsiva en el adulto, en el carcinoma pulmonar ante una hemoptisis en personas fumadoras sin patología pulmonar previa, o en el carcinoma de páncreas ante una ictericia indolora. Esta sospecha diagnóstica servirá para solicitar las exploraciones complementarias a realizar con vistas a confirmar el diagnóstico y si es posible iniciar una adecuada orientación terapéutica desde urgencias, lo que redundará en una disminución del tiempo de ingreso posterior.

Otras veces el enfermo relata una sintomatología inespecífica (anorexia, pérdida de peso...) sin otros signos, lo que frecuentemente le hace repetir sus consultas y casi siempre con resultados normales en las exploraciones que le realizamos. Ante la insistencia del paciente debe primar la anamnesis ya que suele ocurrir que la posterior realización de estudios más profundos detecta el tumor de base. En ocasiones

en urgencias solo llegamos a una “presunción diagnóstica” o diagnosticamos las metástasis como primera manifestación de un tumor y el paciente debe “ingresar para estudio”<sup>5</sup>.

Situación diferente se plantea cuando el paciente que atendemos ya está diagnosticado de un tumor. En estos casos es importante concretar el motivo de consulta e intentar encuadrarlo en uno de los apartados más frecuentes<sup>2</sup>:

- Efectos secundarios a la progresión del tumor.

- Toxicidad de la quimio/radioterapia.

- Enfermedades intercurrentes.

Por esto, preguntas como ¿qué tratamiento está llevando?, ¿cuándo le pusieron el último ciclo?, ¿quién le hace las revisiones?, ¿le había ocurrido antes algo similar a esto?... deben ser habituales en nuestra anamnesis.

En cuanto al tratamiento, en urgencias, se deben solucionar aquellas situaciones que entrañan riesgo vital para el enfermo (obstrucción de vía aérea, taponamiento cardiaco, hipertensión intracraneal...) así como aquéllas que van a empeorar su calidad de vida (compresión medular, control del dolor...). Otras situaciones requerirán la realización de estudios diferentes y el tratamiento se realizará durante su ingreso hospitalario.

En cualquier caso siempre se precisa un conocimiento claro de la situación clínica y pronóstico de cada paciente, a fin de evitar maniobras innecesarias y a veces molestas en los casos de enfermos terminales. En estos pacientes se debe realizar sólo aquellas exploraciones complementarias que puedan aportar algo más que una simple exploración física detallada<sup>4</sup>.

A la hora de enfrentarse a un enfermo terminal hay que tener en cuenta unos “pilares fundamentales”<sup>6</sup>:

- Comunicación eficaz con el enfermo: deberemos enterarnos de hasta donde conoce el tipo y grado de la enfermedad que padece (hasta un 75% desconocen su situación), después, al hablar con la familia, corroborar estos datos e informar de la mejor manera a ambos, no sólo por tener unas obligaciones legales al respecto, sino

porque esto facilita la toma de decisiones posteriores.

- Control de los síntomas: es el objetivo fundamental del tratamiento urgente en el paciente terminal, por eso no debemos mostrarnos remisos a la utilización de mórficos y sedantes que mejoren la calidad de vida.

- Apoyo a la familia: hay que explicar la situación que se está produciendo con claridad. No es infrecuente el caso de familias que se niegan a aceptar lo que les decimos, agarrados a la idea de que la situación no es tan mala como se les quiere dar a entender. En estos casos es importante que el médico de urgencias conozca, mediante la historia clínica del paciente, si han sido informados de la gravedad del proceso y las posibilidades terapéuticas. Nuestra postura debe ser comprensiva y empática en todo momento. El sitio donde se les da la “mala noticia” y el “acompañamiento” que se les haga puede ser tan importante como la exactitud de los datos que se les suministre.

No es infrecuente que tengamos que solicitar ayuda de otros especialistas, bien porque debamos realizar exploraciones o técnicas complementarias o porque el paciente o la familia solicitan de forma reiterada la participación del equipo médico al que ya conocen. La atención a estos pacientes puede precisar aspectos tan diferentes como psiquiatría, asistente social, médicos de diversas especialidades o apoyo religioso.

## DATOS EPIDEMIOLÓGICOS LOCALES

En el Hospital de Navarra, hospital terciario y de referencia en oncología para toda la Comunidad Autónoma, se ha realizado un pequeño estudio para conocer la situación con estos enfermos.

Revisamos las atenciones realizadas a estos pacientes en el mes de octubre de los años 1999, 2002 y 2003. Elegimos octubre por considerarlo representativo de la actividad habitual de urgencias. Incluimos pacientes con una neoplasia activa o en tratamiento en el momento de acudir a urgencias y aquellos casos en los que se detecta la tumoración en urgencias. Se

excluyen las neoplasias posiblemente curadas y aquellos casos en los que, pese al alto índice de sospecha clínica, no se pudo confirmar en urgencias

Los datos globales de atención a los enfermos oncológicos se indican en la tabla 1.

El número de enfermos oncológicos atendidos ha aumentado de forma progresiva, así como el global de atenciones que les realizamos, creemos que en clara relación con el incremento en las tasas de supervivencia globales. De la misma forma ha aumentado el porcentaje de estos pacientes respecto al global de urgencias, pasando de un 3,44% en 1999, a 5% en 2003 y con cifras estables en el total de urgencias.

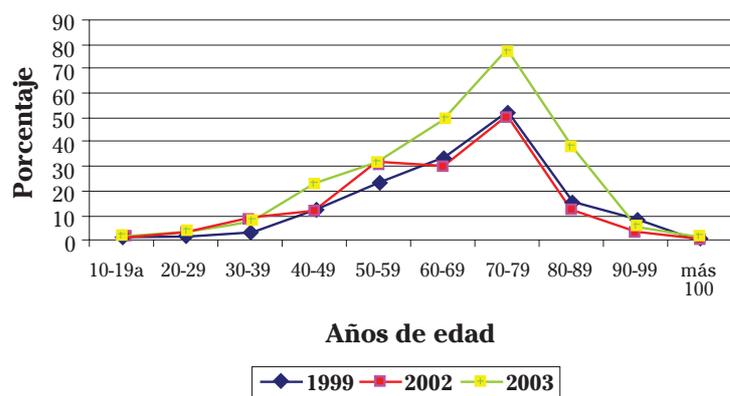
De forma global podemos decir que los pacientes oncológicos no suponen un elevado porcentaje de la actividad total de un servicio de urgencias, sin embargo su atención es "especial" y a veces dificultosa, debido a las múltiples circunstancias que se dan en estos enfermos.

El análisis de nuestros datos confirma la idea de que la situación de estos pacientes es en ocasiones tan precaria que les hace volver a urgencias en varias ocasiones en el mismo mes (13 pacientes fueron atendidos en 2 ocasiones en octubre de 1999; en octubre de 2002 se observó cómo 2 personas acudieron en 3 fechas y 10 lo hicieron en 2 ocasiones cada uno y en octubre de 2003 comprobamos como 21 personas vinieron a urgencias 2 veces en el mismo mes y 3 pacientes lo hicieron en 3 días).

En cuanto a la edad, existe un amplio rango que ha variado desde los 17 hasta los 102 años. La prevalencia es mayor en la década de 70-79 años, si bien se observa un aumento en las atenciones de enfermos jóvenes (en los 40 y los 60 años) aunque sin llegar a apreciarse diferencias estadísticamente significativas. Las medias respectivas fueron 67,3±13,9 años en 1999, 62,89±14,95 años en 2002 y 66,93±15,05 años en octubre de 2003. La distribución por décadas se refleja en la figura 1.

**Tabla 1.** Datos comparativos de atenciones a los enfermos oncológicos en el mes de octubre de los tres años estudiados.

	Año 1999	Año 2002	Año 2003
Nº urgencias totales	4.736	4.993	4.781
Nº atenciones a enfermos oncológicos	163	166	237
Nº enfermos oncológicos atendidos	150	152	213
% del total de urgencias	3,44%	3,36%	5%



**Figura 1.** Pacientes oncológicos que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra distribuidos por edades.

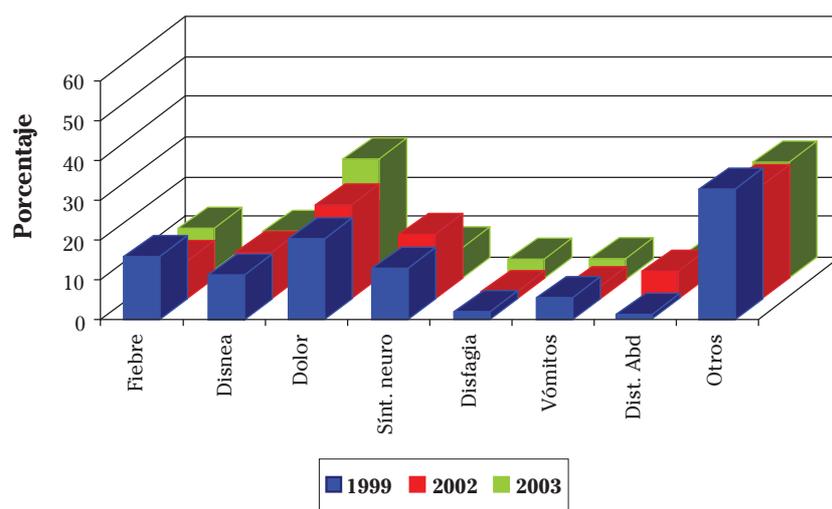
Los tipos de cánceres más frecuentemente atendidos se representan en la tabla 2. Si bien en el año 2002 predominaron las atenciones a los pacientes con carcinoma de próstata, en los otros dos años se mantiene la tendencia de ser los pacientes con tumores de pulmón, mama y colon los que más se han visto, datos que parecen estar en relación con la incidencia de las diversas neoplasias en nuestro medio<sup>7-9</sup>.

Las neoplasias que se diagnosticaron en urgencias disminuyeron de 20 (12%) en el 2002 a 13 (4,2%) en octubre del 2003, correspondiendo 9 a tumores primarios (2 cerebrales, 2 páncreas, 3 hematológicos, 1 esófago y 1 vía biliar) y 4 metastáticos o estadio avanzado de la enfermedad (carcinomatosis...).

Al analizar el motivo de consulta en urgencias se aprecia que con frecuencia estos pacientes refieren varios síntomas

**Tabla 2.** Tipo de neoplasias atendidas en urgencias.

Neoplasias	Año 1999		Año 2002		Año 2003	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Pulmón</b>	<b>28</b>	<b>17,2</b>	15	9	<b>37</b>	<b>15,61</b>
<b>Mama</b>	23	14,1	17	10,2	36	15,18
<b>Colon</b>	19	11,7	11	6,6	32	13,5
<b>N. hematológicas</b>	12	7,4	10	6,2	20	8,43
<b>Vejiga</b>	9	5,5	7	4,2	11	4,64
<b>Próstata</b>	4	2,5	<b>22</b>	<b>13,3</b>	19	8,01
<b>SNC</b>	8	4,9	10	6,02	6	2,53
<b>Estómago</b>	5	3,1	11	6,6	10	4,21
<b>Diagnóstico en Servicio de Urgencias</b>	11	6,7	20	12	13	5,48
<b>Otras</b>	44	26,9	53	31,9	53	22,36



**Figura 2.** Motivo de consulta de pacientes oncológicos en el Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra.

concomitantes (dolor, disnea, astenia...). Los datos se presentan en la figura 2 y la tabla 3. La causa más frecuente, en los tres años analizados, es el dolor, dato que concuerda con otras publicaciones<sup>10</sup>, en las que se llega a cuantificar como síntoma principal en un tercio de los cánceres en tratamiento activo y en dos tercios de los enfermos en estadio tumoral avanzado<sup>11</sup>.

A partir del diagnóstico y tratamiento realizado analizamos si el motivo que les hace acudir a urgencias está relacionado con la propia enfermedad, es complicación del tratamiento recibido, depende de ambos factores o bien es una patología intercurrente. Los resultados se expresan en la tabla 4. En estos años se ha visto cómo lo más frecuente es que el paciente acuda a urgencias por manifestaciones de la propia enfermedad oncológica, si bien no es desdeñable el número de atenciones realizadas a estos pacientes por problemas intercurrentes (31,9; 25,9 y 35% en los tres años estudiados).

El porcentaje de ingresos en los pacientes oncológicos es muy elevado y se mantiene en los tres años en torno al 50%, cifra claramente superior al número

de ingresos globales en el Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra (18,8 en 1999, 17,27 en 2002 y 17,7% en octubre del año 2003). Los ingresos de pacientes oncológicos han supuesto entre un 10 y un 14% del total de ingresos desde urgencias. Los datos de ingresos se resumen en las tablas 5 y 6.

Por último estudiamos si la decisión de ingreso o alta a domicilio en estos pacientes guarda relación con la causa que motivó su atención urgente. Los datos se recogen en la figura 3. Como vemos, en todos los años, si el paciente acude por un motivo relacionado con la enfermedad tumoral el porcentaje de ingresos es elevado (62-74%). La tasa de ingresos por complicaciones del tratamiento ha disminuido prácticamente a la mitad y si el paciente oncológico acude a urgencias por una patología intercurrente ingresan aún menos (30% en 1999, 28% en 2002 y 20% en 2003), cifras que de todas formas son superiores al porcentaje de ingresos globales de los mismos periodos en el Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra (18,8; 17,27 y 17,69% respectivamente).

**Tabla 3.** Cuantificación del motivo de consulta en porcentaje.

	Octubre 1999	Octubre 2002	Octubre 2003
<b>Fiebre</b>	16	9,6	12,2
<b>Disnea</b>	10,4	11,4	11,8
<b>Dolor</b>	20,2	23,5	29,5
<b>Sint. neurológicos</b>	12,3	15,7	7,6
<b>Disfagia</b>	1,8	2,4	4,6
<b>Vómitos</b>	5,5	2,4	4,6
<b>Distensión abdominal</b>	1,2	6,6	4,2
<b>Otros</b>	32,5	28,3	29,1

**Tabla 4.** Valoración del motivo de consulta urgente.

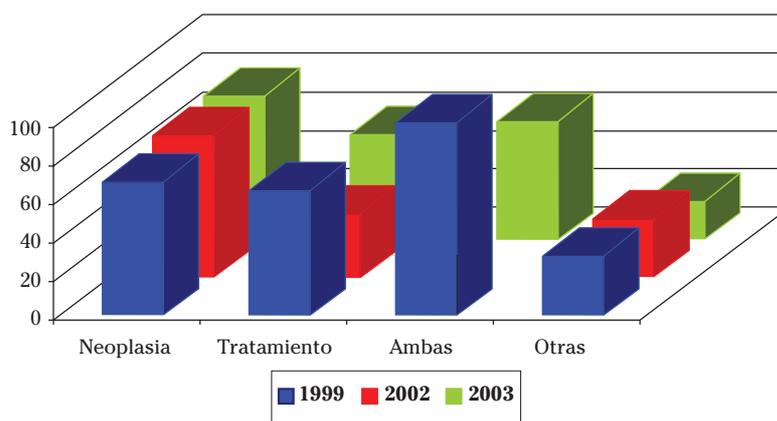
Motivo de consulta en relación con	Octubre 1999	Octubre 2002	Octubre 2003
<b>Neoplasia</b>	89 (54,6%)	96 (57,8%)	102 (43,03%)
<b>Efectos del tratamiento</b>	20 (12,3%)	27 (16,3%)	31 (13,1%)
<b>Ambas</b>	2 (1,2%)	-	21 (8,9%)
<b>Otra causa</b>	52 (31,9%)	43 (25,9%)	83 (35%)

**Tabla 5.** Ingresos de pacientes oncológicos.

Ingresos	Octubre 1999	Octubre 2002	Octubre 2003
NO	70	73	117
SI	93	93	120
%	57,1	56,02	50,6

**Tabla 6.** Relación de ingresos entre enfermos oncológicos y global en el mismo período de tiempo.

Urgencias Totales	Octubre 1999	Octubre 2002	Octubre 2003
Nº atenciones	4.736	4.933	4.781
Nº ingresos	861 (18,8%)	852 (17,2%)	846 (17,7%)
% ingresos onco/total	10,57	10,91	14,2

**Figura 3.** Relación entre el motivo de consulta y porcentaje de ingreso hospitalario.

## CONCLUSIONES

1. Los pacientes oncológicos suponen un porcentaje relativamente pequeño del total de urgencias, pero en el Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra va en aumento y además son enfermos que en ocasiones acuden varias veces a lo largo del mismo mes.
2. La media de edad del paciente atendido se mantiene constante pero con un rango muy amplio.
3. El tipo de neoplasia más frecuentemente atendida en urgencias es la pulmonar, seguido de mama y colon por este orden.
4. El porcentaje de neoplasias diagnosticadas en urgencias ha descendido (4,2%).
5. El motivo más frecuente por el que paciente acude a urgencias sigue siendo el dolor, seguido de fiebre y disnea.
6. El porcentaje de ingresos de pacientes oncológicos es muy alto, principalmente en aquellos pacientes que acuden por un motivo relacionado con la neoplasia, y suponen un alto porcentaje del total de ingresos desde urgencias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. BARNETO I, RUBIO MJ, GOSÁLBEZ B, JIMÉNEZ 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: 575-589.
2. MARCOS M, MEIRIÑO R. El paciente oncológico. En: Oliván A.S., Pinillos M.A., Agorreta J., Rubio T. Guía de Urgencias Hospital de Navarra 1999. Pamplona: Hoechst Marion Roussel, 1999: 237-239.
3. PRUJÁ E. Infecciones en el paciente neutropénico. En: Oliván A.S., Pinillos M.A., Agorreta J., Rubio T. Guía de Urgencias Hospital de Navarra 1999. Pamplona: Hoechst Marion Roussel, 1999: 239-242.
4. GARCÍA GIL D. Urgencias oncológicas. En: Manual de Urgencias. Roche Farma, Madrid 2000: 509-534.
5. CRUZ JJ, RODRÍGUEZ SÁNCHEZ CA LÓPEZ MATEOS Y. Urgencias en Oncología. En: Carrasco Jiménez M.S. y De la Paz Cruz J.A. Tratado de emergencias médicas. Arán, Madrid 2000: 1791-1814.
6. HERRERO, BELLVER. El enfermo terminal. En: V Curso de Urgencias médicas para residentes. Fundación Jiménez Díaz 2001. <http://www.fjd.es/webOtrosServicios/Residentes/Manuales/Urgencias.pdf>
7. LÓPEZ-ABENTE G, POLLÁN M, ARAGONÉS N, PÉREZ GÓMEZ B, HÉRNANDEZ BARRERA V, LOPE V, SUÁREZ B. Situación del cáncer en España: incidencia. An Sist Sanit Navar 2004; 27:165-173.
8. LÓPEZ-ABENTE G, POLLÁN M, VERGARA A, ARDANAZ E, MOREO P, MORENO C Et al. Tendencia temporal de la incidencia de cáncer en Navarra y Zaragoza. Gac Sanit 2000; 14: 100-109.
9. MORENO V, GONZÁLEZ JR, SOLER M, BOSCH F, KOGEVINAS M, BORRAS J. Estimación de la incidencia de cáncer en España: período 1993-1996. Gac Sanit 2001;15:380-388.
10. BARNETO I, RUBIO MJ, GOSÁLBEZ B, JIMÉNEZ MURILLO L, MONTERO FJ. Urgencias en el paciente oncológico (II): Manejo del dolor. 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: 591-599.
11. MURIEL VILLORIA C, MADRID ARIAS JL. Dolor agudo y crónico en el paciente con cáncer. En: Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico. Vol II. Ed ELA. Madrid 1994: 1017-1070.