

# Evaluación sintomática del paciente oncológico en urgencias

ANA ISABEL FERRER PÉREZ, MARÍA JESÚS VIDAL LOSADA, MARÍA TOBEÑA PUYAL, SARA SERRANO SOLARES, MANUEL RUÍZ-ECHARRI RUEDA, ESTHER MILLASTRE BOCOS

Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza, España.

---

## CORRESPONDENCIA:

Dra. Ana Isabel Ferrer Pérez  
Servicio Oncología Médica  
Hospital Clínico Lozano Blesa  
Av/ San Juan Bosco, 15  
50009 Zaragoza, España  
E-mail: anafp2001@yahoo.es

## FECHA DE RECEPCIÓN:

22-7-2008

## FECHA DE ACEPTACIÓN:

22-9-2008

## CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

**Objetivos:** Describir el perfil del paciente oncológico atendido en el servicio de urgencias de un hospital terciario, los motivos de consulta y su manejo clínico.

**Método:** Desde octubre de 2007 a marzo de 2008, se recogieron las características de estos pacientes junto con los motivos de consulta y el manejo clínico de los pacientes oncológicos en el servicio de urgencias.

**Resultados:** Se atendieron un total de 251 pacientes (12 pacientes/semana): 65 pacientes padecían cáncer de pulmón (25,9%), 47 padecían cáncer colorrectal (18,7%), y 32 cáncer de mama (12,7%). De todos ellos, 185 tenían enfermedad metastásica (73,7%) y 133 recibían tratamiento quimioterápico (52,9%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron fiebre en 46 casos (18,3%), dolor relacionado con el tumor en 39 casos (15,5%), disnea en 36 casos (14,3%) y náuseas-vómitos en 28 casos (11,2%). Tras la atención urgente, 121 pacientes precisaron ingreso hospitalario (48,2%).

**Conclusiones:** Los pacientes metastásicos y aquellos que están en tratamiento activo son los pacientes oncológicos que más demandan atención urgente y casi la mitad precisan ingreso hospitalario. [Emergencias 2009;21:186-188]

**Palabras clave:** Servicios de urgencias. Cuidados paliativos. Neoplasia.

---

## Introducción

En los últimos años estamos viviendo un progresivo aumento en la prevalencia de cáncer, afortunadamente debido sobre todo al aumento en la supervivencia de estos pacientes<sup>1</sup>.

Éstos pueden presentar complicaciones urgentes médicas o quirúrgicas relacionadas con su tumor primario, las metástasis o los efectos sistémicos del tumor<sup>2</sup>. También pueden sufrir urgencias no oncológicas, como hemorragias digestivas o infarto de miocardio. En los últimos años han aparecido tratamientos antitumorales con mecanismos de acción diferentes a la quimioterapia clásica y con toxicidades diferentes y específicas. La tendencia actual es a tratar con quimio o radioterapia pacientes más ancianos o con comorbilidad asociada, por lo que son más susceptibles de desarrollar complicaciones<sup>3</sup>.

Las urgencias oncológicas tradicionales, como la compresión medular o la hipercalemia tumoral son bien conocidas y se manejan habitualmente en los servicios de urgencias (SU)<sup>4,5</sup>. Pero la presentación del paciente oncológico en urgencias no siempre es por este tipo de situaciones. Los pacientes con cáncer avanzado habitualmente demandan sólo cuida-

dos paliativos, y es frecuente que para obtenerlos accedan al sistema sanitario por el SU. El paciente oncológico terminal suele presentar astenia, anorexia, dolor y debilidad<sup>6</sup>. Esta evidencia se ha obtenido sobre todo de pacientes en las últimas etapas de la enfermedad que estaban recibiendo cuidados paliativos domiciliarios. El desarrollo de las unidades de cuidados paliativos domiciliarios ha supuesto una mejora en la atención a este tipo de pacientes, además de ser beneficiosas para el sistema sanitario desde el punto de vista de coste-efectividad<sup>7,8</sup>. Sin embargo, actualmente hay poca información que evalúe la asistencia de los pacientes oncológicos a los SU.

El objetivo de este estudio es describir la población oncológica que es atendida en el SU de un hospital terciario, examinar sus motivos de consulta y el manejo clínico.

## Método

De octubre de 2007 a marzo de 2008, se desarrolló un estudio descriptivo de forma prospectiva. El marco fue el SU de nuestro hospital. Se trata de un hospital de tercer nivel con 800 camas y con una me-

día de 350 pacientes atendidos al día en el SU y que da servicio a una población de unas 300.000 personas. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético del hospital.

Tras la valoración inicial por parte del médico de urgencia, el paciente oncológico era revalorado por un oncólogo médico, como es la práctica habitual en el hospital. Después de la consulta médica, previo consentimiento del paciente, se recogían los siguientes datos sobre la visita: síntoma o signo que motiva la consulta (se agruparon en nueve categorías: fiebre, dolor abdominal agudo, dolor relacionado con el tumor, disnea, lesiones dermatológicas, clínica neurológica, hemorragia, náuseas o vómitos y tos) tumor primario, estadio tumoral, tratamiento quimioterápico en ese momento, diagnóstico realizado en urgencias y decisión clínica (alta, observación o ingreso). Todas las consultas recogidas fueron incluidas en el análisis estadístico.

Los resultados se expresan en frecuencias absolutas y relativas y se analiza la prevalencia de consultas por tumor primitivo, estadio tumoral y motivo de consulta. Así mismo se describe la frecuencia de ingresos hospitalarios.

## Resultados

Un total de 251 pacientes fueron atendidos, con una media de 12 casos a la semana. Los síntomas más frecuentes que motivaron la consulta fueron: fiebre 46 casos (18,3%); dolor relacionado con el tumor, 39 casos (15,5%); disnea, 36 casos (14,3%) y náuseas-vómitos, 28 casos (11,2%) (Tabla 1). Respecto al tipo de tumor primario, 65 pacientes padecían cáncer de pulmón (25,9%), 47 padecían cáncer colorrectal (18,7%) y 32 estaban diagnosticados de cáncer de mama (12,7%) (Tabla 2). Del total, 185 presentaban enfermedad metastásica (73,7%) y 89 de ellos (48%) estaban recibiendo tratamiento quimioterápico activo en ese momento. De los 60 pacientes diagnosticados de enfermedad localizada (estadios I-III), el 73% (44 pacientes) estaban recibiendo quimioterapia.

Tras la evaluación en el SU, 121 pacientes (48,2%) precisaron ingreso hospitalario en la Unidad de Oncología Médica y Cuidados Paliativos para recibir tratamiento o continuar estudio. A 99 pacientes (39,4%) se les dio el alta médica en el SU y 31 pacientes (12,4%) necesitaron observación médica durante 24 horas.

## Discusión

Los pacientes oncológicos requieren atención médica urgente por muchos y diferentes motivos.

**Tabla 1.** Motivos de consulta en el servicio de urgencias

	Casos	Porcentaje (%)
Fiebre	46	18,3
Dolor relacionado con el tumor	39	15,5
Disnea	36	14,3
Náuseas-vómitos	28	11,2
Clínica neurológica	22	8,8
Abdomen agudo	22	8,8
Deterioro general	15	6,0
Hemorragia	13	5,2
Lesiones cutáneas	6	2,4
Tos	4	1,6
Otros	24	8,0
<b>Total</b>	<b>251</b>	<b>100</b>

Los síntomas como fiebre, disnea o dolor pueden ser la manifestación clínica de una situación de emergencia vital<sup>9</sup>. Sin embargo, muchas veces estas quejas no representan una amenaza para la vida de estos pacientes, aunque sí empeoran su calidad de vida<sup>10</sup> y son los motivos más frecuentes por los que estos pacientes demandan atención urgente. 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 la primera evaluación del paciente con cáncer es necesario distinguir si un tratamiento agresivo y rápido va a ser oportuno o, por otro lado, sería más acertado un tratamiento paliativo y de soporte a pesar de la gravedad de la complicación aguda. La primera situación, normalmente constituida por pacientes con tumores localizados y en tratamiento activo, puede beneficiarse de unos cuidados intensivos similares a los que se llevarían a cabo en pacientes no oncológicos. En la segunda situación, habitualmente constituida por pacientes en situación terminal, debería ser rápidamente reconocida para proporcionarles un adecuado soporte y cuidado<sup>11</sup>.

Las causas más frecuentes por las que el paciente con cáncer acude al SU son la fiebre, el dolor secundario a su tumor y la disnea. Los pacien-

**Tabla 2.** Tumor primario

	Casos	Porcentaje (%)
Pulmón	65	25,9
Colorrectal	47	18,7
Mama	32	12,7
Área biliarpancreática	17	6,8
O.R.L.*	13	5,3
Próstata	13	5,2
Urológico	12	4,8
Sarcoma	12	4,8
Esófago-gástrico	12	4,8
Hipernefoma	6	2,4
Ginecológico	4	1,6
Otros	9	3,6
<b>Total</b>	<b>251</b>	<b>100</b>

\*Tumor del área otorrinolaringológica.

**Tabla 3.** Tratamiento quimioterápico por estadios en el momento de la consulta

Estadio	Tratamiento QT	
	No [n (%)]	Sí [n (%)]
I	1 (1,0)	2 (1,5)
II	7 (6,7)	14 (10,5)
III	5 (4,8)	28 (21,1)
IV	92 (87,6)	89 (66,9)
<b>Total</b>	<b>105 (100)</b>	<b>133 (100)</b>

tes con enfermedad diseminada y aquellos que están en tratamiento quimioterápico activo son los que más demandan atención urgente. Sería útil para el personal del SU conocer y manejar las toxicidades específicas de los nuevos fármacos utilizadas en quimioterapia para mejorar el manejo clínico de estos pacientes<sup>12</sup>.

La mayoría de los pacientes que acuden al SU precisan ingreso hospitalario. Este hecho puede demostrar la severidad de la patología aguda o la complejidad del manejo de los síntomas en el paciente oncológico.

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.

Sería razonable analizar si las unidades de cuidados paliativos domiciliarios modifican el número o las características de los pacientes oncológicos que consultan en los SU, ya que la existencia de este tipo de unidades podría modificar el perfil de paciente oncológico que acude a urgencias. Se

necesitan más estudios que contribuyan a analizar los flujos de pacientes oncológicos urgentes, de manera que se detecten necesidades y se evalúen alternativas a la visita de estos pacientes en los SU, lo que podría contribuir a mejorar su calidad de vida al evitar su paso por dichos servicios.

## Addendum

Presentado en el 44th Annual Meeting of American Society of Clinical Oncology, y en el 33th European Society of Medical Oncology Congress.

## Bibliografía

- 1 Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2000: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Cancer base n°5. Lyon. IARC Press 2001.
- 2 Spinazzé S, Schrijvers D. Metabolic emergencies. Crit Rev Oncol Hematol 2006;58:79-89.
- 3 Takemura G, Fujiwara H. Doxorubicin-induced cardiomyopathy from the cardiotoxic mechanisms to management. Prog Cardiovasc Dis 2007;49:330-52.
- 4 McCachren SS, Silberrnan HR. Approach to oncologic emergencies in the elderly. Clin Geriatr Med 1987;3:575-88.
- 5 Halfdanarson TR, Hogan WJ, Moynihan TJ. Oncologic emergencies: diagnosis and treatment. Mayo Clinic Proc 2006;81:835-48.
- 6 Lidstone V, Butters E, Seed PT, Sinnott C, Beynon T, Richards M. Symptoms and concerns amongst cancer outpatients: identifying the need for specialist palliative care. Palliat Med 2003;17:588-95.
- 7 Smith TJ, Coyne P, Cassel B, Penberthy L, Hopson A, Hager MA. A high-volume specialist palliative care unit and team may reduce in-hospital end-of-life care costs. J Palliat Med 2003;6:699-705.
- 8 Raftery JP, Addington-Hall JM, MacDonald LD, Anderson HR, Bland JM, Chamberlain J, et al. A randomized controlled trial of the cost-effectiveness of a district co-ordinating service for terminally ill cancer patients. Palliat Med 1996;10:151-61.
- 9 Saskia C, Wesker W, Kruitwagen C. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. J Pain 2007;34:94-105.
- 10 Singer PA, Martin DK, Keiner M. Quality end-of-life care: patients' perspectives. JAMA 1999;281:163-88.
- 11 Lorenz KA, Lynn J, Dy S, Shugarman LR, Wilkinson A. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. Ann Intern Med 2008;148:147-59.
- 12 Saif MW, Kim R. Incidence and management of cutaneous toxicities associated with cetuximab. Expert Opin Drug Saf 2007;6:175-82.

## Symptom evaluation of oncologic patients in the emergency department

Ferrer Pérez AI, Vidal Losada MJ, Tobeña Puyal M, Serrano Solares S, Ruiz-Echarri Rueda M, Millastre Bocos E

**Objectives:** To describe the profile of the oncologic patient seen in the emergency department of a tertiary hospital and to analyze the reasons for consultation and the clinical management of the symptoms that gave rise to the consultation.

**Method:** Between October 2007 and March 2008, we performed a prospective, descriptive study in which we recorded the characteristics of all the oncology patients seen in the emergency department of our hospital, together with the reasons for consultation and the clinical management.

**Results:** A total of 251 patients were seen (mean, 12 patients/wk). Categorized according to the primary tumor, 65 patients (25.9%) had lung cancer, 47 (18.7%) colorectal cancer, and 32 (12.7%) breast cancer. One hundred eighty-five (73.7%) had metastatic disease and 133 (52.9%) were receiving chemotherapy. The most common reasons for consultation were fever (46 cases, 18.3%), tumor-related pain (39 cases, 15.5%), dyspnea, (36 cases, 14.3%), and nausea and vomiting (28 cases, 11.2%). After evaluation in the emergency department, 121 patients (48.2%) required admission.

**Conclusions:** Patients with metastatic tumors and those receiving active treatment make the greatest demands on emergency departments and almost half the oncology patients seen in the emergency department required hospital admission. [Emergencias 2009;21:186-188]

**Key words:** Emergency services. Palliative care. Neoplasm.