

Pacientes oncológicos en un servicio de urgencias: remitidos desde atención primaria frente a petición propia

C. Aracil Monllor^a, J.L. Jover Pinillos^b, J.L. Tortajada Soriano^b, J. Rivera Alcamí^b, C. Mora Bresó^b y A. Lázaro Fernández^a

^aMédico Adjunto. Servicio de Urgencias. ^bMédico Residente. Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital SVS Verge dels Lliris. Alcoy. Alicante.

OBJETIVO: Describir las características de los enfermos oncológicos atendidos en un servicio de urgencias hospitalario.

Valorar la existencia de diferencias significativas en función de la procedencia del paciente (a petición propia, remitidos desde atención primaria procedentes de consultas externas/hospital de día de oncología).

Estudiar la posibilidad de una mayor implicación del médico de familia en el cuidado de éstos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal descriptivo y analítico. Participaron todos los enfermos oncológicos atendidos en el servicio de urgencias del hospital Verge dels Lliris de Alcoy durante 1996. Mediante protocolo elaborado al efecto, se recogieron variables sociodemográficas y clínicas. Se consideraron como variables principales la enfermedad oncológica de base, tiempo de evolución, estado funcional (índice de Karnowsky), motivo de consulta, diagnóstico de presunción y destino del paciente.

RESULTADOS: Se atendieron 314 pacientes, el 0,9% de las urgencias totales. El 59% eran varones. La edad media era de 65,6 años. El 76% acudió a petición propia. El motivo de consulta más frecuente fue empeoramiento del estado general. Las enfermedades neoplásicas más frecuentes fueron: pulmón, tracto digestivo, cáncer de mama y tumores urológicos. El estado funcional medio (índice de Karnowsky) fue de 73,3 puntos. Ingresó el 54,2%. El diagnóstico más frecuente fue progresión de la enfermedad. Se precisó menor número de pruebas complementarias en los pacientes remitidos por su médico de familia.

Se encontraron diferencias significativas en el motivo de consulta, diagnóstico y pruebas complementarias solicitadas en función de la procedencia. Hubo menor porcentaje de ingresos ($p = 0,506$) en los remitidos por su médico de familia.

CONCLUSIONES: Los enfermos oncológicos suponen un escaso peso en la presión asistencial del servicio de urgencias. Se encuentran ciertas diferencias significativas en función de la procedencia. El cribado del médico de familia es

eficaz (menor número de pruebas) pero debería serlo más (mayor número de ingresos aunque no es significativo; demasiados pacientes no acuden previamente a su centro de salud antes de acudir a urgencias).

Palabras clave:

Oncología. Urgencias. Atención primaria.

CANCER PATIENTS IN AN EMERGENCY DEPARTMENT: REFERRED FROM PRIMARY CARE VERSUS PATIENTS ATTENDED UPON THEIR OWN REQUEST

OBJECTIVE: To report the features of cancer patients attended at a hospital Emergency Department. To evaluate the presence of significant differences on the basis of patient's origin (upon personal request [PR] or referred from outpatient clinic/oncology day hospital [OC]). To study the possibility of a higher involvement of the family practitioner in the care of cancer patients.

MATERIAL AND METHODS: Prospective, descriptive, analytical study. All cancer patients attended at the ED of the Verge dels Lliris hospital, Alcoy, Spain, during 1966 were included in the study. By means of a especially designed protocol, socio-demographic and clinical variables were collected. Major variables included the oncologic underlying disease, evolution time, functional status (Karnowsky index), consultation complain, presumptive diagnosis and patient's destination.

RESULTS: A total of 314 patients were attended, representing 0.9% of the total of emergencies attended. Fifty-nine percent of patients were males. Mean age was 65.6 years. Seventy-six percent came on PR. The most common complain was worsening of general condition. The most common neoplastic diseases included lung, digestive tract, breast, and urologic tract locations. The mean functional status (Karnowsky index) was 73.3. Fifty-four percent of patients were admitted to the hospital. The most common diagnosis was progression of the disease. A lower number of complementary diagnostic tests were required in patients referred to by their family doctor (FD).

Correspondencia: Dr. J.L. Jover Pinillos.
C/ Oliver 44, 7.º, 2.ª.
03802 Alcoy (Alicante).

Significant differences were found regarding the consultation complain, diagnosis and requested complementary tests on the basis of patient's origin. A lower percentage of admissions ($p = 0.506$) was observed for patients referred to by FD.

CONCLUSIONS: Cancer patients entail a low burden in the care provided by the emergency department. Some significant differences regarding patient's origin were observed.

Screening by FD is efficient (lower number of tests) but it should be more efficient (higher number of admissions but not significant; a large number of patients do not attend previously their HC before going to the ED).

Key words:

Oncology. Emergency. Primary health care.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades oncológicas suponen en la actualidad la segunda causa de mortalidad global en España sólo superada por las cardiovasculares. Si se tiene en cuenta a la población entre 34-65 años es la principal causa de muerte^{1,2}. Desde hace algún tiempo hemos asistido a un aumento progresivo de la prevalencia de los enfermos oncológicos debido al envejecimiento de la población, a la mejora de los medios diagnósticos y terapéuticos así como a las medidas paliativas de soporte. Los pacientes oncológicos, por las características inherentes a su propia enfermedad y por las especiales circunstancias sociales que les rodean, son enfermos que dependen para su seguimiento y control en gran medida del ámbito hospitalario. En nuestra opinión esto puede deberse a la falta de implicación desde el primer nivel asistencial en el tratamiento de éstos, en parte por la falta de comunicación fluida entre atención primaria y los servicios de oncología, pero también por falta de formación específica de estos profesionales a la vez que por iniciativa del propio paciente, que recela de los servicios que se le pueden prestar en el control de su enfermedad desde el centro de salud.

Todo ello conlleva una mayor presión asistencial de las consultas de oncología, así como la hiperfrecuentación de los servicios hospitalarios de urgencias por parte de estos enfermos.

En el presente estudio pretendemos describir y analizar la atención prestada a los enfermos oncológicos en un servicio de urgencias hospitalario comarcal, valorando la procedencia, los motivos de consulta, los diagnósticos, el destino del paciente así como otros datos que nos permitan determinar lo adecuado del marco de la atención y si dichos enfermos son susceptibles de ser atendidos en la consulta de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

El emplazamiento del estudio corresponde al servicio de urgencias de un hospital comarcal de 300 camas que atiende al área 14 del Servei Valencià de Salut, con una población de 132.000 habitantes, durante el año 1996.

Se recogieron mediante protocolo elaborado al efecto (anexo 1) datos de filiación (edad y sexo); procedencia (según acudieran por iniciativa propia [APP], remitidos por su médico de familia desde atención primaria [MF] o desde las consultas externas y/o hospital de día de oncología [CO]); enfermedad oncológica de base (tipo de cáncer de cada paciente); tiempo de evolución del proceso

oncológico (número de años y su reagrupación en ≤ 2 años, 2-4 años, > 4 años); estatus funcional según el índice de Karnowsky de cada uno de los pacientes y la reagrupación de éstos en función del grado de autonomía según fueran los puntos obtenidos al aplicar este sistema de puntuación: grupo A, índice de Karnowsky entre 80 y 100 puntos (pueden llevar una vida autónoma), grupo B, de 50 a 79 puntos (requieren asistencia sin presentar incapacidad), y grupo C, de 0 a 49 puntos (presentan incapacidad grave); motivo de consulta o sintomatología principal por la que es remitido o acude al servicio de urgencias (dolor, fiebre, náuseas y vómitos y empeoramiento del estado general); diagnóstico inicial en urgencias según las siguientes categorías: progresión de la enfermedad, patología asociada no relacionada con la enfermedad oncológica, efectos secundarios del tratamiento oncológico y fallecimiento (entran cadáver o fallecen en urgencias); tratamiento aplicado en urgencias (analgesia, sueroterapia, hemoterapia, tratamiento antibiótico, procedimientos de enfermería, etc.) y destino del paciente (alta, ingreso, fallecimiento).

Se examinaron también los datos referentes a las urgencias médicas totales atendidas en el mismo periodo de tiempo aportados por el servicio de documentación del hospital.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS para Windows versión 7.5.2. Las variables cualitativas se compararon con la prueba de la χ^2 y las cuantitativas con la t de Student para un nivel de significación $p < 0,05$.

RESULTADOS

Durante el año 1996 fueron atendidos en nuestro hospital un total de 34.828 urgencias. Los pacientes oncológicos fueron 314, lo cual supone un 0,9% respecto del total. En estos últimos, el 54% fueron varones y la edad (media \pm desviación estándar) fue de $65,24 \pm 13,6$ años.

Según su procedencia encontramos que APP fueron un 69,1%, remitidos desde atención primaria (MF) un 18,3%, y procedentes de consultas externas de oncología/hospital de día (CO) un 12,6%. En el total de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias durante el mismo periodo de tiempo APP fueron el 76%, MF el 21%, y procedentes de consultas externas el 3%.

Los motivos de consulta fueron, por orden de frecuencia, empeoramiento del estado general un 38,9%; patología asociada no relacionada un 29,6%; dolor un 14,1%; fiebre un 9,3%; náuseas y vómitos un 8%.

Si bien no encontraron diferencias, sí que se observó una tendencia hacia la significación estadística ($p = 0,065$) en los motivos de consulta según procedencias (tabla 1). El motivo de consulta más frecuente entre los pacientes que acudieron APP o remitidos desde oncología fue el empeoramiento del estado general mientras que en los remitidos desde atención primaria fue la patología asociada no relacionada.

Las enfermedades oncológicas de base fueron, por orden de frecuencia, cáncer de pulmón un 22,6%; neoplasias digestivas un 17,8%; cáncer de mama un 16,6%; enfermedades neoplásicas urológicas un 12,1%; hematológicas un 8,6%; ORL un 8,3%; otras menos frecuentes fueron las ginecológicas, de piel y partes blandas y del sistema nervioso central (tabla 2).

El tiempo de evolución de la patología oncológica fue de 26,58 meses. Al clasificarlos por años de evolución (< 1 año, 1-2 años; 2-5 años; > 5 años) obtuvimos que el

grupo más frecuente correspondió a ≤ 1 año de evolución con un 74,8% del total. Analizando el tiempo de evolución en años en función de la patología oncológica de base se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,000$). El grupo con mayor porcentaje de casos de menos de un año de evolución fue el cáncer de pulmón con un 66,2% y con más casos de más de 5 años fue el cáncer de mama con un 44%.

Los datos obtenidos en el estatus funcional (índice de Karnowsky) (tabla 3) fueron los siguientes: media (DE) de $73,34 \pm 22,52$ puntos. El índice de Karnowsky más frecuente es de 90.

Reagrupando a los enfermos en tres categorías en función de su grado de autonomía, el grupo A (80 y 100 puntos) fue el más frecuente con un 52,8%; el grupo B (50 a 79 puntos) supuso el 34,5% de los pacientes, y el C (0 a 49 puntos) incluyó al 12,7% restante. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas procedencias (APP/MF/CO) y el índice de Karnowsky, (grupos A, B y C). Tampoco las hubo al comparar con la enfermedad oncológica de base. No encontramos diferencias significativas al intentar relacionar tiempo de evolución con el índice de Karnowsky; si bien, al reagrupar de un modo distinto adoptando períodos de tiempo más amplios y menos categorías (< 2 años, 2-4 años y > 4 años) sí las hubo. De esta forma encontramos que a medida que empeora el índice de Karnowsky aumenta el porcentaje de enfermos con más de 4 años de evolución ($p = 0,024$) (tabla 4).

También se encontraron diferencias significativas ($p < 0,0001$) en el destino del paciente (alta o ingreso) según el índice de Karnowsky, lo que analizaremos más adelante.

El diagnóstico final de los pacientes atendidos fue: progresión en un 48,9%; patología asociada no relacionada en un 40,5%; efectos secundarios del tratamiento en un 9,1%, y fallecimiento en un 1,6%. Se encontró relación estadísticamente significativa ($p = 0,041$) entre el diagnóstico y la procedencia: el más frecuente en los APP y CO fue la progresión de la enfermedad y en los MF la patología asociada no relacionada.

Las pruebas complementarias realizadas a los pacientes oncológicos de nuestra serie se exponen en la tabla 5.

Se obtuvo asociación estadística ($p = 0,015$) entre las pruebas realizadas y la procedencia del paciente. Todas se

Tabla 1. Motivos de consulta según procedencia

	APP n (%)	MF n (%)	CO n (%)
Empeoramiento estado general	68 (64,2)	19 (17,9)	19 (17,9)
Patología no relacionada	60 (69,8)	21 (24,4)	5 (5,8)
Dolor	24 (70,6)	6 (17,6)	4 (11,8)
Fiebre	18 (72)	1 (4)	6 (24)
Náuseas y vómitos	19 (79,2)	4 (16,6)	1 (4,2)

APP: a petición propia; MF: remitido por el médico de familia; CO: procedentes de consultas externas/hospital de día de oncología.

Tabla 2. Neoplasias más frecuentes

Cáncer no microcítico de pulmón	72
Cáncer de mama	52
Cáncer gástrico	25
Cáncer de próstata	21
Cáncer de colon	18
Cáncer de vejiga	18
Cánceres de cabeza y cuello	14
Mielomas	11
Linfoma no Hodgkin de bajo grado	10
Cáncer de laringe	10
Cánceres dermatológicos	7
Cáncer de recto	5
Síndromes mieloproliferativos	4
Hepatocarcinoma	4
Carcinoma de cérvix	4
Cáncer de ovario	4
Carcinomatosis peritoneal	4
Cáncer de páncreas	3
Sarcomas de partes blandas	3
Cáncer de origen desconocido	2
Leucemia aguda no linfóide	2
Cáncer de tiroides	2
Metástasis hepáticas	2
Otras metástasis	2
Cáncer de sigma	2
Linfoma no Hodgkin de alto grado	1
Síndromes mielodisplásicos	1
Enfermedad de Hodgkin	1
Cáncer de esófago	1
Cáncer de vesícula	1
Cáncer de endometrio	1
Otros tumores	1

Tabla 3. Índice de Karnowsky

0. Fallecido
10. Moribundo
20. Incapacidad grave, necesita tratamiento de sostén, hospitalización necesaria
30. Incapacidad grave, muerte no inminente
40. Incapacitado, requiere cuidados médicos especiales
50. Requiere asistencia y cuidados médicos frecuentes
60. Requiere asistencia ocasionalmente, posibilidad de realizar la mayoría de sus necesidades personales
70. Imposibilidad de hacer una vida normal o trabajo activo, posibilidad de cuidar de sí mismo
80. Actividad con esfuerzo
90. Síntomas leves, actividad normal
100. Asintomático

realizaron más frecuentemente entre los que acudieron APP con respecto a los remitidos desde atención primaria.

Con respecto al tratamiento aplicado en urgencias a los pacientes de la serie encontramos que el 50,6% no precisó ningún tratamiento; el 19,1% recibió algún tipo de farmacoterapia; un 8,9% precisó analgesia menor; el 7,6%, procedimientos de enfermería (sondajes, curas, etc.); un 7%, antibioterapia; un 2,5%, analgesia mayor, y un 1,9%, hemoterapia.

El destino de los pacientes fue: un 43,3% fue dado de alta (a su médico de cabecera o a consultas externas de especialidades), un 54,2% ingresó y un 2,6% falleció en el servicio de urgencias.

Se encontró relación significativa ($p = 0,003$) entre el destino del paciente y el motivo de consulta. Por orden de frecuencia de necesidad de ingreso encontramos:

Fiebre: un 85,7% ingreso; un 14,3% alta.

Empeoramiento del estado general: un 61,2% ingreso; un 36,4% alta; un 2,5% fallecimiento.

Dolor: un 50% ingreso; un 50% alta.

Náuseas y vómitos: un 44% ingreso; un 52% alta; un 4% fallecimiento.

Patología asociada no relacionada: un 41,8% ingreso; un 57,1% alta; un 1,1% fallecimiento.

Analizando el destino del paciente en función de la procedencia observamos que porcentualmente los ingresos se produjeron con más frecuencia en los remitidos por oncología (65,7%) frente a los que vienen desde atención primaria (56,9%) o los que acuden a petición propia (50,3%). Sin embargo las diferencias no son significativas ($p = 0,506$).

Si que parece influir, y con significación estadística ($p < 0,0001$), el destino de los pacientes según el estatus funcional de los mismos (índice de Karnowsky). Por orden de frecuencia de ingresos de mayor a menor obtenemos lo siguiente:

– Grupo B: ingresos un 60,9%; altas un 36,8%.

– Grupo C: ingresos un 50,0%; altas un 37,5%; fallecimientos un 12,5%.

– Grupo A: ingresos un 45,0%; altas un 55%.

En las edades extremas de la muestra (< 30 o > 80 años) se producen más ingresos con respecto al resto, siendo casi significativo ($p = 0,057$).

No se encontraron diferencias significativas en el índice de Karnowsky de los enfermos (grupos A, B y C) en función de la procedencia.

Tabla 4. Índice de Karnowsky según tiempo de evolución

	Índice de Karnowsky		
	> 80 puntos	50-79 puntos	≤ 49 puntos
< 2 años	51%	37%	12%
	85	62	21
2-4 años	86%	14%	0%
	19	3	0
> 4 años	49%	35%	16%
	21	15	7
Total	54%	34%	12%
	125	80	28

DISCUSIÓN

El presente estudio surgió por la necesidad de analizar los motivos de consulta de los pacientes oncológicos demandantes de atención sanitaria urgente de nuestra área, su repercusión en la actividad asistencial en un servicio de urgencias hospitalario de ámbito comarcal y la posibilidad de una mayor implicación de la atención primaria en el cuidado de este tipo de enfermos, lo cual les supondría beneficios en cercanía, accesibilidad y empatía, a la vez que descongestionar los servicios de urgencias.

Lo primero que llama la atención del presente estudio es la escasa carga asistencial que en nuestro servicio de urgencias representó la atención a pacientes oncológicos: 314 pacientes, tan solo el 0,9% del total de las urgencias atendidas al cabo del año. Este dato objetivo contrasta con la creencia subjetiva previa al inicio del estudio por parte de los miembros del servicio de una mayor frecuentación de este tipo de enfermos, lo cual puede ser debido a la masificación en general de los servicios de urgencias hospitalarios, pero también al esfuerzo que estos enfermos suponen en cuanto al tiempo, los conocimientos y el impacto emocional sobre los profesionales del servicio de urgencias^{3,4}. La cifra obtenida fue similar porcentualmente a la de otros estudios en hospitales de nivel superior al nuestro^{5,6}.

En cuanto a la procedencia de los pacientes oncológicos, se observa una menor frecuencia de pacientes que acuden APP (64,6%), en relación con los pacientes no oncológicos (76%). En un estudio de similares características al nuestro, el porcentaje de estos enfermos que acudieron al servicio de urgencias sin ser vistos antes por otro facultativo fue del 84%⁵. Desconocemos la razón de estas discrepancias. Ésta puede deberse al tipo de hospital donde se realiza el estudio, en el que en un mismo servicio son atendidas todo tipo de urgencias incluidas las traumatológicas o las pediátricas. Si se excluyeran éstas, los porcentajes de APP y MF probablemente serían similares en pacientes oncológicos y no oncológicos. Por otra parte, creemos que una buena parte de los enfermos oncológicos demandantes de atención sanitaria urgente que acuden APP son vistos sin cita previa en consultas externas/hospital de día de oncología en horas de funcionamiento de los mismos donde o se les soluciona el problema o bien se les remite al servicio de urgencias para valoración y/o ingreso. De todo lo anterior se desprende que el porcentaje de pacientes que acuden APP probablemente esté infravalorado; al menos

Tabla 5. Pruebas complementarias

Análítica sanguínea y/o urinaria más radiografías	23
	7,3%
Análítica sanguínea y/o urinaria	83
	26,4%
Radiografía	172
	54,8%
Eco y/o TAC	3
	1%
Otros (ECG, etc.)	26
	8,3%
Ninguna	7
	2,2%

debe ser igual en ambos grupos o posiblemente mayor en los oncológicos.

De forma similar a otras series⁵⁻⁸, las neoplasias que más consultas provocaron fueron las de pulmón, digestivas, de mama y urológicas. Dado el predominio de estas neoplasias en el varón⁸ el dato es coherente con su mayor frecuentación al servicio de urgencias.

La media de edad de 65 años fue muy similar a la de otros estudios⁵⁻⁷, al igual que la proporción de varones y mujeres.

Más de la mitad de las consultas en urgencias fueron realizadas por pacientes con menos de un año de evolución de su patología oncológica; sin embargo, no se encontraron diferencias en cuanto a su destino respecto a los restantes grupos de tiempo de evolución. El que acuden más enfermos de corto tiempo de evolución probablemente sea debido a la mayor prevalencia de enfermos en estos estadios, pero también es posible que influya un mayor componente de ansiedad debido a la naturaleza de la enfermedad. El médico de familia tiene un papel importante en el manejo de este último aspecto^{9,10}.

La media del índice de Karnowsky¹¹ nos indica que la mayoría de los pacientes que consultaron eran precisamente los que mantenían una buena calidad de vida. Esto junto con el hecho de que casi un 30% de los motivos de consulta fueron "patología no relacionada", y que en esta categoría es en la que menos ingresos se producen, nos podría hacer pensar que muchas de estas consultas podrían haber sido atendidas en su centro de atención primaria.

En cuanto a las exploraciones diagnósticas se observa que la mayoría de las veces se solicitó analítica convencional de sangre, orina, y/o técnicas radiológicas simples, siendo éstas suficientes para orientar al enfermo. Menos de un 2% requirió pruebas complementarias más complejas. Similares conclusiones fueron alcanzadas en otros estudios⁵.

Resulta concordante con lo anteriormente expuesto el hecho de que tan solo el 9% precisó analgesia menor; un 2,5%, analgesia mayor, y no requirieron tratamiento alguno la gran mayoría de los pacientes.

Es estadísticamente significativa la relación existente entre la calidad de vida de los pacientes oncológicos y el porcentaje de ingresos, observándose un mayor número de ingresos entre los pacientes con calidad de vida más baja.

El destino de los pacientes según su procedencia nos vuelve a remarcar la necesidad de que la población general, y en concreto los pacientes oncológicos, acuda en primer lugar a su centro de atención primaria. Si bien las diferencias no son significativas, los pacientes remitidos por facultativos ingresaron en un porcentaje mayor que aquellos que se saltaron dicho filtro, y acudieron por iniciativa propia.

En un estudio acerca del uso de los servicios médicos entre pacientes en tratamiento con quimioterapia se encontró que la mayoría del total de las visitas médicas de éstos fueron hechas a oncólogos (78%) y tan sólo el 5% de las mismas fueron hechas a médicos de familia¹². En este estudio no contabilizaron las visitas al servicio de urgencias.

Si bien los datos de este estudio no son del todo comparables a los obtenidos por nosotros, debido a que proceden de un sistema sanitario distinto además de considerar únicamente a pacientes en tratamiento quimioterápico activo, se observa la gran dependencia de este tipo de enfermos del especialista de oncología y su escaso uso del médico de familia.

Admitiendo de nuevo el sesgo, al tratarse de otro estudio realizado en EE.UU.¹³, en éste se encontró que el 30% de los enfermos encuestados preferían a su oncólogo a la hora de consultar por problemas no oncológicos. De hecho, en aquellos con enfermedades crónicas distintas a su problema oncológico, éstas eran seguidas en el 43,8% por dicho especialista, que se convertía así en su médico de familia.

El nivel de implicación del médico de familia en la atención del paciente oncológico varía enormemente según el país de que se trate: desde la responsabilidad casi plena, al manejo en exclusiva por parte del especialista⁹.

Muchas son las causas que podrían influir en la falta de participación desde el primer ámbito asistencial en la atención y cuidados del paciente con cáncer. Quizás la más importante y constantemente nombrada en numerosos trabajos sea la falta de comunicación entre el médico de familia y el especialista de oncología, en parte debido a la masificación de ambas consultas y a la falta de tiempo de dedicación. Por otra parte, es también destacable la falta de formación de posgrado en oncología del médico de atención primaria^{9,10,12,13,14}, así como la falta de coordinación entre oncólogos y atención primaria para definir claramente las misiones de uno y otro respecto del cuidado de estos pacientes, y unificar criterios de actuación¹⁵.

En conclusión: observamos una gran dependencia del ámbito hospitalario (servicios de urgencia/consultas de oncología) de los enfermos oncológicos. Tanto el 64,6% de procedencia APP de nuestro estudio como el 85,5% obtenido en el Hospital La Paz⁵ nos parecen excesivos.

Una buena parte de los enfermos de nuestra serie (recordemos que el 43,3% fueron dados de alta tras ser vistos en urgencias) se beneficiarían de una mayor implicación desde el primer ámbito asistencial en sus cuidados; ahora bien, para que esto pueda tener lugar se precisa una mayor formación oncológica por parte del médico de atención primaria; una menor presión asistencial en las consultas; una mayor comunicación y coordinación con la atención especializada, en especial con las unidades de oncología y, por último, una mejor relación médico-paciente que convenza a este último que desde su centro de salud también se le pueden prestar unos servicios de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Avellana E, Mendive JM, Martí J, Cots JM, Ciurana R, Espel C et al. Registro de tumores en un centro de asistencia primaria. *Aten Primaria* 1992; 9: 137-143.
2. González CA. Epidemiología y grupos de riesgo en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Manual de atención primaria* (2.ª ed.). Barcelona: Ediciones Doyma, 1989; 123-137.
3. Unquart AS, Whitefort DL. Care of malignant disease in an urban practice. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 326-328.

4. Nylema M. A survey of cancer patients. *Fam Pract* 1986; 33: 168-173.
5. Artal A, Garrido P, Berrocal A, Barón JM, Espinosa E, De la Gandara I et al. Estudio descriptivo de la asistencia a enfermos oncológicos en el servicio de urgencias de un hospital general. *Rev Clin Esp* 1991; 188: 345-348.
6. Córdoba A, Delgado LC, Cabrera R, Vélez R, Kessler P, Perpiñá C et al. Estudio de la mortalidad en el servicio de urgencias de medicina interna del Hospital 12 de Octubre durante 1989. *An Med Intern* 1991; 8: 487-490.
7. Aguiar JA, Fernández J, Torrano C, González E, Rodríguez San Román MT, Martínez MT. Manejo de los enfermos con cáncer terminal en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1994; 14: 555-558.
8. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte 1992. Madrid: INE, 1995.
9. Wood ML. Communication between cancer specialists and family doctors. *Can Fam Physician* 1993; 39: 49-57.
10. Pérez G. El papel del médico general en la asistencia del enfermo oncológico. *Oncología (Barc)*. 1982, 5(5): 11-12.
11. Verger E, Conill C, Chicote S, De Aspiazu P. Valor del índice de Karnowsky como indicador pronóstico de vida en pacientes oncológicos en fase terminal. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 74.
12. Mor V, Rice C. Physician use among patients receiving cancer chemotherapy. *Cancer* 1993;71:219-225.
13. Rypkema S, Randall F, Holcombe MD. The role of the haematologist/oncologist as a primary care provider. *Am J Med Sci* 1994; 308: 360-364.
14. Espinosa E, Zamora P. Llamada a la atención sobre la organización de cuidados paliativos en oncología. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 375-376.
15. Barceló JR, López G. Medicina paliativa. Reflexiones desde la oncología medica. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 94-95.

ANEXO 1. Protocolo de pacientes oncológicos atendidos en urgencias

Filiación

Número de caso
 Número de historia
 Identificación (iniciales)
 Fecha asistencia
 Edad
 Sexo
 Procedencia (MF/APP/CO)

Datos clínicos

Patología oncológica de base
 Tiempo de evolución (años)
 Estatus funcional (índice de Karnowsky)
 Motivo de consulta
 Motivo reagrupado (dolor/náuseas y vómitos/ fiebre/empeoramiento del estado general/patología no relacionada)
 Pruebas complementarias (analítica + radiografía/analítica/radiografía/eco, TAC/otras/ninguna)
 Diagnóstico inicial
 Diagnóstico recodificado (progresión de la enfermedad/efectos secundarios del tratamiento/patología asociada no relacionada/fallecimiento)
 Tratamiento aplicado en urgencias
 Destino (alta/ingreso/fallecimiento)

MF: remitido por el médico de familia; APP: a petición propia; CO: procedentes de consultas externas/hospital de día de oncología.