

## Diagnóstico de sospecha de cáncer en los servicios de urgencias

### *Diagnosis of cancer in hospital emergency services*

A. Julián Jiménez<sup>1</sup>, D. Muñoz López<sup>1</sup>, L. Fernández Franco<sup>2</sup>, A. San Juan Del Moral<sup>2</sup>

#### **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)<sup>1</sup>. 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 enfermedad<sup>2</sup> o incluso cuando el proceso está tan avanzado o se complica de forma irreversible provocando el fallecimiento del paciente<sup>3</sup>. 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

SUH<sup>1</sup>, 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 EPOC<sup>4</sup>o en las neumonías<sup>5</sup>o en el tromboembolismo pulmonar<sup>6</sup>, 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 casos<sup>7</sup>, 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 eficiencia<sup>8</sup>. Parece evidente además que la sospecha de cáncer realizada en los SUH va a ir aumentando junto con la asistencia de pacientes ancianos<sup>9</sup>, 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 eficiencia<sup>10</sup>.

## 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.