



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

ISSN: 2173-9110

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social

Bolaños-Naranjo, Matilde; Aviño-Tarazona, Victoria;  
Jiménez-Ruiz, Francisco Javier; Bayo-Calero, Juan

Análisis de consultas no programadas en pacientes con cáncer digestivo

Revista Española de Salud Pública, vol. 93, e201907049, 2019, Enero-Diciembre

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17066277047>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEM  
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## ORIGINAL

Recibido: 5 de diciembre de 2018

Aceptado: 10 de julio de 2019

Publicado: 29 de julio de 2019

## ANÁLISIS DE CONSULTAS NO PROGRAMADAS EN PACIENTES CON CÁNCER DIGESTIVO

**Matilde Bolaños Naranjo (1), Victoria Aviñó Tarazona (1), Francisco Javier Jiménez Ruiz (1) y Juan Bayo Calero (1).**

(1) Servicio de Oncología Médica. Hospital “Juan Ramón Jiménez”. Huelva. España.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### RESUMEN

**Fundamentos:** La demanda de asistencia no programada por parte de los pacientes oncológicos es muy frecuente (1,2) y conllevan alteraciones y retrasos en la actividad ya programada. Describimos la incidencia de consultas no programadas en pacientes con cáncer digestivo de nuestro centro.

**Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo y sin intervención. Se recogieron cronológicamente en un periodo de 6 meses (15 de mayo al 14 de diciembre de 2017) y utilizando como fuente la historia clínica de los pacientes, las visitas no programadas atendidas en la consulta de oncología médica de tumores digestivos del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. Realizamos un análisis descriptivo de las variables recogidas mediante el programa estadístico G-STAT v.2.0.

**Resultados:** El mayor número de consultas fue realizado por pacientes con cáncer de colon o recto (68,63%), seguidas por los de páncreas (9,15%) y los gástricos (5,23%). La mayoría de los pacientes tenían un cáncer en situación metastásica o avanzada (59,87%) y estaban recibiendo tratamiento paliativo (58,82%) con quimioterapia o sintomático. El motivo de consulta más frecuente fueron los síntomas clínicos (47,05%), seguido por la demanda de información (18,30 %).

**Conclusiones:** Se constata una alta demanda de asistencia no programada por parte de los pacientes con cáncer digestivo, que interfiere con la asistencia programada y no siempre se resuelve satisfactoriamente. Se proponen varias medidas para reducir el número de estas consultas.

**Palabras claves:** Tumores digestivos, Citas no programadas, Cáncer avanzado, Clínica tumoral, Urgencia oncológica.

Correspondencia:

Matilde Bolaños.  
Hospital “Juan Ramón Jiménez”.  
Ronda Norte, s/n.  
21005 Huelva.  
mabolna@yahoo.es

### ABSTRACT

**Analysis of non-scheduled consultations in patients with digestive neoplasms**

**Background:** Non-scheduled consultation is very frequent among patients with cancer, creating alterations and delays in programmed visits. We describe the incidence of non-scheduled consultations in patients with digestive cancer in our hospital.

**Methods:** Descriptive, prospective, non-interventional study. In a six-month period (May–December 2017), non-scheduled visits were chronologically recorded in the medical oncology consultation of digestive tumours of Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. We performed a descriptive analysis of the variables collected through the statistical program G-STAT v.2.0.

**Results:** Patients with colon or rectal cancer generated most consultations (68.63%), followed by pancreatic (9.15%) and gastric (5.23%). Most patients had metastatic or advanced stage cancer (59.87%) and were under palliative or symptomatic treatment (58.82%). The most frequent reason for consultation was clinical symptoms (47.05%), followed by information demand (18.30%).

**Conclusions:** Non-scheduled consultations in cancer patients are frequent; they cause interference in scheduled consultations and not always resolved satisfactorily. We propose several measures to reduce the number of non-scheduled consultation in oncology.

**Key words:** Digestive neoplasm, Non-scheduled consultation, Advanced cancer patient, Tumoral symptom, Oncological emergency.

## INTRODUCCIÓN

La demanda de asistencia no programada por parte de los pacientes oncológicos es muy frecuente en diversos momentos de la evolución de su enfermedad<sup>(1,2)</sup>. Estas consultas a demanda conllevan alteraciones y retrasos en las consultas ya programadas y no siempre la respuesta que reciben es satisfactoria. Varias publicaciones han analizado las causas y características de estas demandas de asistencia, y muestran que los motivos de consulta son muy variados y en una gran proporción no están clasificados dentro de las consideradas verdaderas urgencias oncológicas<sup>(2,3,4,5,6)</sup>.

Los pacientes con cáncer tienen una evolución frecuentemente impredecible, con aparición de síntomas no esperables en diversas etapas de su evolución, lo que junto con el impacto psicológico que conlleva este diagnóstico, lleva a frecuentes consultas no programadas en los servicios de Oncología. Los recursos humanos y temporales que consume este tipo de actividad son importantes. Además, no siempre se resuelven satisfactoriamente. Es importante analizar qué pacientes consultan más frecuentemente y cuáles son las razones de estas consultas para poder buscar soluciones para las demandas más frecuentemente detectadas, así como proponer modelos de atención a estos pacientes.

## SUJETOS Y MÉTODOS

Realizamos un estudio prospectivo, no controlado, no intervencionista, de análisis no comparativo de variables.

Consideramos consultas no programadas las realizadas por pacientes que ya se atienden en consultas de oncología, pero que se realizan sin tener cita programada en el momento de la demanda. Las consultas se incluyeron en orden cronológico y se tabularon mediante el programa Excel 2017. Además se constató por

escrito el número de historia clínica, fecha, y el motivo de consulta. Se recogieron en un periodo preestablecido de 6 meses, del 15 de mayo al 14 de diciembre de 2017 en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, que atiende una población de aproximadamente 460.000 habitantes. Una vez completo el periodo de recogida de las consultas, se completó la recogida de datos demográficos y clínicos necesarios para completar la base.

Las variables recogidas en de cada consulta no programada (unidad de análisis) incluían:

- Datos demográficos de los pacientes: edad, sexo, población de residencia
  - Características de la patología tumoral: tipo de tumor, estadio de acuerdo a la clasificación TNM 8<sup>a</sup> edición<sup>(7)</sup>, situación terapéutica del paciente: seguimiento, quimioterapia e intención de la misma, o paciente sólo en tratamiento sintomático.
  - Motivo de consulta: por clínica relacionada o no con el tumor, para obtener información, para conseguir una prescripción bien de una medicación o de una prueba médica, por faltarle quimioterapia oral, o para cambiar o solicitar una cita en consulta.
  - Resolución: si se consigue resolver el motivo de la consulta de forma completa o parcial y se describe si el paciente es derivado a otros servicios, a Urgencias o requiere hospitalización.
- Tras recoger los datos, procedimos a realizar un análisis descriptivo de las variables recogidas, incluyendo las frecuencias de aparición de cada elemento estudiado, así como su porcentaje con respecto a la frecuencia total tras incluir los datos en base de Microsoft® office Excel 2017 y utilizando el programa estadístico G-STAT v. 2.0.

**Aspectos éticos.** Los datos obtenidos guardan el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal<sup>(8)</sup>. Los profesionales que han intervenido en este estudio han velado porque los procedimientos y actuaciones derivados de su ejecución se adecuen a las premisas éticas y al marco establecido por la legislación vigente, así como lo establecido por la *Declaración de Helsinki* y en las *Normas de Buena Práctica Clínica*.

## RESULTADOS

Durante el periodo del estudio, 123 pacientes demandaron asistencia, lo que corresponde a 153 consultas no programadas, ya que hubo 16 pacientes que consultaron en más de una ocasión. El número total de consultas de pacientes con cáncer digestivo realizadas en este periodo fue de 2.353. Por tanto, la asistencia no programada generó el 6,50% de la actividad atendida.

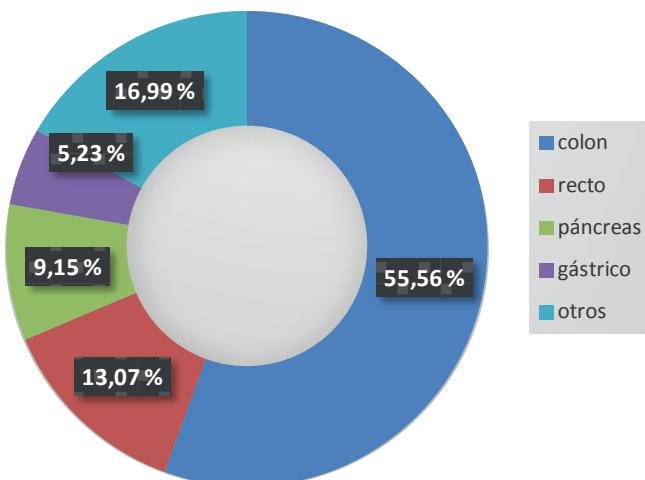
A continuación mostramos el análisis descriptivo de las distintas variables demográficas y clínicas recogidas:

**Edad y sexo.** El 46,41% de las consultas fueron hechas por varones y el 53,59% por mujeres. La media de edad de los 123 pacientes atendidos fue de 65,36 años, con una desviación típica de 11,25.

**Localidad de residencia.** 57 pacientes (46,34%) residían en Huelva, 28 (22,76%) a menos de 20 kilómetros de la capital y 38 (30,89%) a más de 20 kilómetros.

**Tipo de tumor.** De los pacientes que consultaron, la mayor frecuencia por localización tumoral fue el colon con 85 consultas (55,56% del total), seguido de tumores del recto con 20 consultas (13,07%), pancreáticos con 14 consultas (9,15%) y gástricos 8 consultas (5,23%). El resto de las patologías digestivas (16,99%) (esófago, GIST, tumores neuroendocrinos, hepatocarcinoma, colangiocarcinoma, canal anal, origen desconocido), supusieron cada una menos del 5% de las consultas. También se atendió una consulta de una paciente con cáncer de mama que no se incluye en la figura (figura 1).

**Figura 1**  
**Tipo de tumor digestivo atendido.**

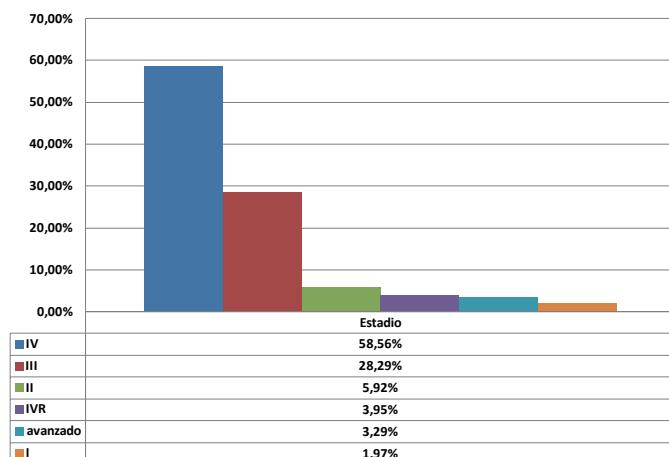


**Estadio (figura 2).** La estadificación tumoral se adecuó a las últimas directrices publicadas de la 8<sup>a</sup> edición del TMN<sup>(7)</sup>, añadiéndose la categoría de estadio IV resecado ya que es una situación no infrecuente en tumores colo-rectales y con importantes implicaciones en el pronóstico y manejo. El mayor número de consultas con 86 (56,58%) correspondió a pacientes con estadios IV, seguidos de estadio

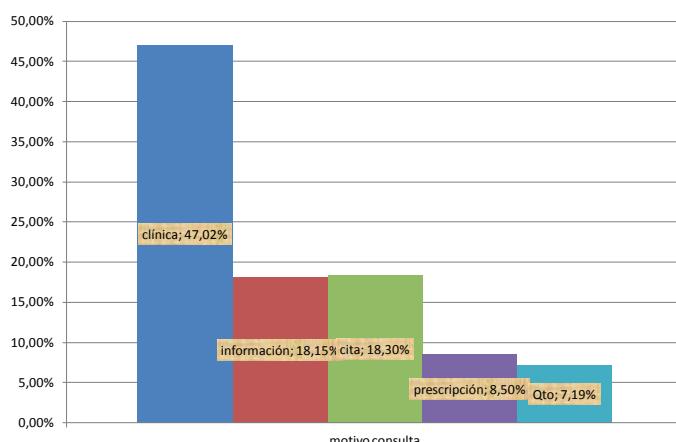
III con 43 consultas (28,29%), de estadio II con 9 consultas (5,92%), estadios IV resecados 6 consultas (3,95%), avanzado no metastásico con 5 consultas (3,29%) y estadios I con 3 consultas (1,97%)

**Tipo de tratamiento.** Estaban recibiendo tratamiento paliativo 90 pacientes (58,82%), en seguimiento 28 (18,30%), en quimioterapia ad-

**Figura 2**  
**Estadio de los pacientes que consultaron.**



**Figura 3**  
**Motivo de solicitud de consulta.**



yuvante o neoadyuvante 34 (22,22%) y con intención curativa 1 (0,65%).

**Motivo de la consulta (figura 3).** El motivo más frecuente de consulta fue la clínica relacionada o no con el tumor: 72 totales (47,05%), en 47 (30,72%) sin relación con el tratamiento oncológico y en 25 (16,34%) por toxicidad de los tratamientos. El segundo motivo en frecuencia fue la demanda de información 29 (18,30%). En tercer lugar las cuestiones relacionadas con las citaciones fueron 28 (18,15%). Con menos frecuencia encontramos: solicitud de prescripción farmacológica 13 (8,50%) y falta de quimioterapia oral para completar el tratamiento prescrito 11 (7,19%).

Apreciamos que el grupo mayor de consultas fue el motivado por razones clínicas, con 72 contabilizadas (**tabla 1**). Siendo dentro de este grupo lo más frecuente, con 47 consultas, la clínica no relacionada con los tratamientos oncológicos. El motivo más frecuente en este

grupo fue la falta de control analgésico (11 consultas 23,40% de las consultas por esta razón), que se resolvió con ajuste o prescripción de nueva medicación en 9 de ellos, aunque dos consultaron a los pocos días requiriendo nueva intervención. El segundo motivo de consulta fue el sangrado tumoral con un total de 7 consultas (14,89%). De estos, 4 fueron derivados al servicio de Urgencias de nuestro hospital al considerarse que el sangrado era de cuantía significativa con riesgo y 3 de ellos requirieron ingreso hospitalario. La tercera causa en frecuencia fue el deterioro del estado general, motivo por el que consultaron 5 pacientes (10,63%), 3 de los cuales fueron remitidos a la Unidad de Cuidados Paliativos para su valoración, uno requirió ingreso para control sintomático y otro se manejó ambulatoriamente, mejorando tras ajuste del tratamiento domiciliario. Los cinco pacientes tenían tumores en situación avanzada y fallecieron en los 3 meses siguientes. El mismo número de consultas, 5 (10,63%), se realizó por síntomas que sugerían una posible

**Tabla 1**

**Motivo y resolución de consulta por clínica tumoral no programada de pacientes que consultan por clínica no atribuible a toxicidad del tratamiento (n=47).**

Motivos de consulta	Nº de consultas	Nº de resolución en consulta
Dolor	11	11
Sangrado	7	4
Deterioro	5	4
Obstrucción	5	1
Fiebre	4	1
Diarrea	2	1
Infección	2	1
Otros	11	11

obstrucción intestinal, 4 casos eran tumores de colon en situación metastásica y un caso de cáncer de páncreas con carcinomatosis peritoneal. Se hospitalizaron 4 de los pacientes con esta clínica, todos ellos previa atención en el Servicio de Urgencias. La siguiente causa de consulta fue la fiebre, con 4 casos (8,59%), tres de los cuales fueron remitidos a Urgencias al cumplir criterios de posible fiebre secundaria a neutropenia en relación con la quimioterapia administrada. En dos de ellos se constató neutropenia febril y fueron hospitalizados para antibterapia hospitalaria. La diarrea sin relación con la quimioterapia fue motivo de consulta en dos pacientes (4,25%). Uno de los cuales requirió una segunda intervención. Dos pacientes acudieron por clínica infecciosa sin fiebre, siendo ingresado uno de ellos en relación con neumonía nosocomial. El resto de las 11 consultas por clínica (23,40%) se debieron a motivos variados, no requiriendo ingreso ni consulta en Urgencias.

Fueron frecuentes (16,34%) las consultas motivadas por toxicidad de los tratamientos

oncológicos (**figura 4**), con 25 consultas totales. La toxicidad se valoró y manejó según las recomendaciones de la SEOM<sup>(9)</sup>. La toxicidad detectada más frecuentemente fue la diarrea con 9 consultas, seguida de la eritrodisestesia palmo-plantar con 5 consultas. Las restantes consultas consideradas debidas a la toxicidad del tratamiento se distribuyeron entre náuseas (3), neurotoxicidad aguda (2), mucositis (2), astenia (2), dolor abdominal (1) y febrícula (1).

La demanda de información constituyó el 18,30% del total de las consultas. El tipo de información solicitado se refería fundamentalmente a la evolución de su proceso oncológico, aunque también hubo consultas para aclaraciones respecto a los tratamientos oncológicos y el manejo de los posibles efectos secundarios.

Las consultas para prescripción 13 (8,50%) se refieren a las que realizaron los pacientes por requerir medicación complementaria (no quimioterapia) y también aquéllas en las que se solicitó alguna prueba de laboratorio o de

**Figura 4**  
**Tipo de toxicidad que motivó la consulta.**

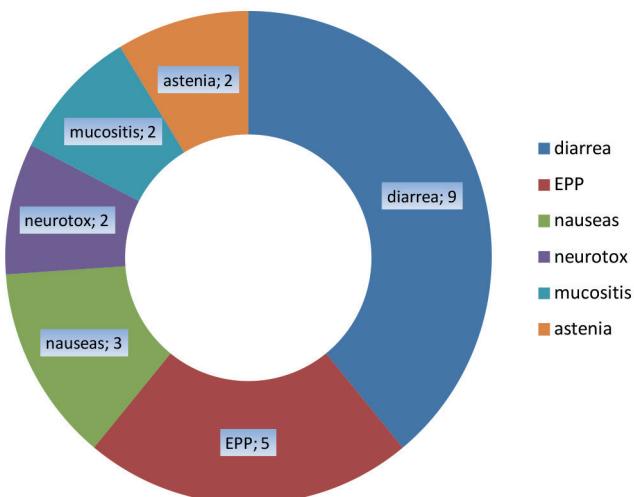


imagen o requirieron la prescripción de material ortoprotésico.

Encontramos que 11 pacientes (7,19%) que acudieron a consulta por faltarles quimioterapia de administración oral necesaria para completar el tratamiento.

**Resolución.** En el 88,89% de los casos (136) se dio una respuesta adecuada a la demanda de asistencia. La resolución fue parcial en 9 casos (5,88%), con envío de 4 pacientes a la unidad de soporte de cuidados paliativos y 2 a cirugía y 1 a ginecología. No se resolvió la demanda en 8 casos (5,23%). Durante el periodo de seguimiento de 6 meses fallecieron 22 de los pacientes que habían consultado.

Con respecto a la reincidencia de las consultas, 16 pacientes de los 123 consultaron en más de una ocasión, 10 de ellos en 2 ocasiones y 6 en más de dos ocasiones, rango 2-7.

## DISCUSIÓN

La bibliografía sobre el tema de consultas no programadas en la especialidad de Oncología es escasa. La mayoría de las publicaciones analiza las consultas en pacientes oncológicos de forma global sin limitarse a ningún tipo tumoral<sup>(1,2,3,4,5,10,11)</sup>, con alguna excepción<sup>(12)</sup>. No obstante, no consideramos que los motivos fundamentales de consulta sean muy distintos entre los distintos tipos de patología tumoral, aunque sí es previsible que haya diferencias en la sintomatología clínica que la genera.

Una limitación de este estudio es no disponer de un grupo control de pacientes atendidos en consultas programadas, por lo que no podemos realizar análisis comparativos con el global de los pacientes atendidos en la consulta. Sin embargo, el objetivo del estudio fue conocer las razones de las consultas y sus posibles soluciones. Dado el consumo de recursos que

provocan estas consultas y la interferencia con las consultas ya programadas, es importante que las soluciones se enfoquen a los distintos aspectos en los que los pacientes demandan asistencia. A destacar que casi la cuarta parte de los pacientes consultaron por motivos administrativos, en relación con solicitudes, adelantos y retrasos de citas que no requerían en su mayoría la intervención de un facultativo al considerarse tareas de índole administrativa.

Las consultas más frecuentes fueron realizadas por pacientes que tenían cáncer de colon o recto. Consideramos que se debe a la alta prevalencia de este tipo tumoral en la consulta de tumores digestivos. Según el informe de la SEOM de 2017 de las cifras del cáncer en España<sup>(13)</sup>, la estimación de la prevalencia para cáncer de intestino grueso fue de 440 por 100.000 habitantes a 5 años, la tercera en ambos sexos tras los tumores de próstata y mama<sup>(13)</sup>. En segundo lugar consultaron los pacientes con cáncer de páncreas que aunque tiene una incidencia y prevalencia mucho menor, es un tumor de alta agresividad y rápida evolución que genera frecuente sintomatología de presentación subaguda.

No nos ha sorprendido el mayor número de consultas en los pacientes que tienen tumores en estadios metastásicos o avanzados, ya que estos producen más complicaciones clínicas y de más difícil control. Así mismo, también era esperable que los pacientes que más consultan estén bajo tratamiento paliativo consistente en quimioterapia o únicamente control sintomático.

Las consultas por sintomatología, relacionada o no con el tumor, fueron las más frecuentes, lo que coincide con las experiencias de otros centros hospitalarios<sup>(1,5,11,14)</sup>. Esta sintomatología fue secundaria a toxicidades de los tratamientos oncológicos en 25 casos (16,34%). Los pacientes con cáncer buscan frecuentemente atención no programada en situaciones que

perciben como urgentes. Muchas veces se enfrentan en su domicilio con problemas derivados de la enfermedad y de los efectos derivados del tratamiento y desconocen si la sintomatología que aquejan puede derivar en una complicación importante. Aunque no es infrecuente que estos síntomas requieran intervención médica para solventarse, las intervenciones educativas a los pacientes pueden ayudarle a distinguir las verdaderas urgencias de los cuadros clínicos leves que pueden ser tratados adecuadamente en domicilio por el propio paciente.

Al igual que en la bibliografía consultada el síntoma más frecuente fue el dolor oncológico<sup>(2)</sup>, seguido de sangrado tumoral, ya que es frecuente en los tumores del tracto gastro-intestinal. La falta de medicación para completar la quimioterapia oral no es una situación infrecuente ya que muchos tumores digestivos se tratan de forma oral y los tratamientos se suelen prescribir ajustados a las citas previstas. Muchas veces las modificaciones de las citas conllevan que el paciente no disponga de suficiente medicación para acabar en el plazo estimado. No parece un problema importante, pero es sí lo es descartar mal cumplimiento por parte del paciente o pérdida de la medicación o confusiones en pacientes polimedicados. Encontramos que el 18,30% de las consultas sin cita consistieron en demanda de información. Hay que tener presente que la capacidad de asimilar la información en momentos de fuerte impacto emocional, tal como constituye el diagnóstico de un cáncer, la necesidad de recibir quimioterapia o sobre la mala evolución de la enfermedad, es limitada. Por otra parte, el tiempo de que disponemos para dedicar a esta tarea es escaso.

Son varias las intervenciones que se pueden llevar a cabo con objeto de minimizar este tipo de consultas. Estas propuestas son complementarias y lo deseable es que todas se pusieran en marcha:

**Educación al paciente.** Es importante dedicar el tiempo suficiente en las primeras visitas a formar el paciente en el conocimiento de los síntomas que son esperables según la situación de su enfermedad, el tipo de tratamiento que se prevea o si el paciente está recibiendo quimioterapia, los efectos secundarios más frecuentes que pueden aparecer y cuáles de estas toxicidades pueden ser manejadas por el mismo paciente en su domicilio, cuándo debe consultar con su médico de atención primaria y cuándo debe sospechar una complicación severa y debe acudir sin demora a un servicio de urgencias hospitalario. La información debe ser clara, adaptada a la situación del paciente y complementarse por escrito.

**Consultas telefónicas.** Comprobado que no pocas consultas hacen referencia a dudas sobre cómo realizar determinados tratamientos y sobre la importancia de determinados síntomas o signos, pensamos que muchas de ellas se podrían resolver mediante consulta telefónica.

**Consulta de enfermería especializada.** Ya está operativa en muchos servicios incluyendo el nuestro, aunque queda por reforzar sus funciones. El personal debería estar entrenado en conocimientos para la prevención y el control de signos y síntomas de enfermos sometidos a quimioterapia. En la entrevista, se haría hincapié en la información facilitada por el médico respecto los cuidados del paciente en tratamiento activo, cómo identificar y actuar ante las principales toxicidades derivadas de los tratamientos y se aconsejaría sobre medidas higiénico-dietéticas adecuadas según la situación del paciente.

**Implicación de atención primaria.** Consideramos fundamental que el médico de atención primaria de cada paciente tenga un extenso conocimiento del proceso oncológico que padece el mismo, que disponga de acceso a la historia clínica hospitalaria completa y que se implique en

su cuidado. Un paso esencial es que estos facultativos dispongan de una formación adecuada en Oncología, realizando cursos complementarios en esta materia. Además, se hace imprescindible una buena comunicación entre los facultativos y vías de atención prioritaria al paciente oncológico cuando su médico lo considere adecuado. Así se podría lograr que una primera atención al paciente oncológico que necesita atención la realizaran los médicos de atención primaria, sin necesidad de que el paciente acudiese al centro hospitalario.

**Mejora de los servicios de Urgencia.** En nuestro medio, y posiblemente sea una situación generalizada<sup>(10,15,16,17,18)</sup>, nos encontramos una gran reticencia por parte de los pacientes para acudir a los servicios de Urgencia hospitalaria porque consideran que la atención en esas unidades conlleva gran demora tanto en la entrevista con el facultativo, como en la realización de estudios complementarios y en el tiempo que tardan en recibir el alta o ingreso hospitalario. Esto resulta especialmente inconveniente en pacientes que tienen una enfermedad en muchas ocasiones debilitante y que conlleva limitaciones en su actividad. En nuestro centro está ya en marcha una vía rápida para la atención de pacientes oncológicos que acuden a Urgencias a los que se atiende de manera prioritaria. Sería deseable reducir los tiempos de espera tanto en la atención inicial, como en la recogida de resultados como en el alta o ingreso. Esto podría lograrse no sólo con aumento de los recursos en los centros hospitalarios, sino también con una buena educación sanitaria a los pacientes, sin distinción de su patología y estado de salud, para que hagan un uso racional de los servicios, acudiendo prioritariamente a su centro de salud si la situación clínica no reviste gravedad o no es realmente urgente.

**Estrecha colaboración con las Unidades de Soporte de Cuidados Paliativos.** El soporte

por la Unidad de Cuidados Paliativos es esencial en pacientes con cáncer en etapas avanzadas. Hay estudios que demuestran mejor control sintomático y mayor satisfacción de los pacientes y sus familias cuando entran en programas de paliativos al inicio del diagnóstico de la enfermedad avanzada<sup>(15,19)</sup>. No debe demorarse la consulta con las Unidades de Cuidados Paliativos en los pacientes en los que se prevea una mala evolución a corto plazo con datos que sugieran progresión de la enfermedad. La comunicación entre estas unidades y los servicios de oncología debe ser fluida con sesiones clínicas periódicas<sup>(19,20,21)</sup>.

Sería deseable que todos los servicios de Oncología dispusieran de una consulta específica para atender pacientes sin cita. Aunque inicialmente supondría una inversión, podría amortizarse en breve tiempo, evitando una de las causas de sobrecarga de las consultas programadas y los servicios de urgencia. Esta consulta podría estar atendida por un enfermero y oncólogo con un horario lo más extenso posible.

Concluimos que las consultas no programadas de los pacientes con cáncer digestivo son más frecuentes de lo deseable, lo que provoca interferencias con la consulta de citas programadas y no siempre reciben una solución adecuada y satisfactoria. La mayor parte de las consultas están motivadas por razones clínicas secundarias o no a los tratamientos recibidos.

Son diversas las medidas que podemos poner en marcha para reducir el número de estas consultas o realizar adaptaciones en el marco de la atención ambulatoria en atención primaria y en los servicios de Urgencias para conseguir minimizarlas y aumentar la satisfacción y seguridad de los pacientes y la calidad del trabajo de los facultativos implicados en el proceso de atención a los pacientes oncológicos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Young A, Marshall AE, Krzyzanowska BM, Robinson B, Brown S, Collison F et al. Responding to Acute Care Needs of Patients With Cancer: Recent Trends Across Continents. *Oncologist* 2016;21:301–307.
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 Aug;20(8):1589-99. doi: 10.1007/s00520-012-1459-y.
3. Díaz-Couselo FA, O'Connor JM, Nervo A, Tossen G, Guercovich A, Puparelli C, Coronado C, Costanzo V, Zylberman M. Non-scheduled consultation in oncologic patients. How many of them are true emergencies? An observational prospective study. *Support Care Cancer*. 2004 Apr;12(4):274-7.
4. Valdespino-Gómez VM, López-Garza JR, González-Alemán JC, Valdespino-Castillo VE. Emergencies and urgent medical-surgical conditions attended at a comprehensive cancer center. *Cir Cir*. 2006 Sep-Oct;74(5):359-68.
5. Adewuyi SA, Ajekigbe AT, Campbell OB, Mbibu NH, Oguntayo AO, Kolawole AO, Usman A, Samaila MO, Shehu SM. Pattern of oncologic emergencies seen in adult cancer patients attending the Radiotherapy and Oncology Centre, Ahmadu Bello University Teaching Hospital, Zaria-Nigeria. *Niger Postgrad Med J*. 2012 Dec;19(4):208-14.
6. Basta YL, Tytgat KMAJ, Greuter HH, Klinkenbijl JHG, Fockens P, Strikwerda J. Organizing and implementing a multidisciplinary fast track oncology clinic. *Int J Qual Health Care*. 2017 Nov 1;29(7):966-971. doi: 10.1093/intqhc/mzx143.
7. TNM Classification of Malignant Tumors. Eighth edition. Edited by Brierly, Gospodarowicz MK and Wittekid C. Published 2017. ISBN:978-1-119-26357-9.
8. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Jefatura del Estado «BOE» núm. 298, de 14 de diciembre de 1999 Referencia: BOE-A-1999-23750 TEXTO CONSOLIDADO Última modificación: 5 de marzo de 2011.
9. Blasco A, Caballero C. Toxicidad de los tratamientos oncológicos. <https://seom.org/guia-actualizada-de-tratamientos/toxicidad-de-los-tratamientos-oncologicos>. Febrero 2013.
10. Li E, Schleif R, Edelen B. Hospital management of outpatient oncology treatment decisions: a survey to identify strategies and concerns. *J Oncol Pract*. 2013 Sep;9(5):e248-54. doi: 10.1200/JOP.2012.000814.
11. Thoresen CK, Sandvik H, Hunskaar S. Cancer patients' use of primary care out-of-hours services: a cross-sectional study in Norway. *Scand J Prim Health Care*. 2016 Sep;34(3):232-9. doi: 10.1080/02813432.2016.1207140.
12. Adam R, Wassell P, Murchie P. Why do patients with cancer access out-of-hours primary care? A retrospective study. *Br J Gen Pract*. 2014 Feb;64(619): e99-104. doi: 10.3399/bjgp14X677158.
13. Las cifras del cáncer en España. 2017. <https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos>.
14. Prenen K, Prenen H. Oncological emergencies associates with gastrointestinal tumors. *Ann Gastroenterol*. 2011;28,426-430.
15. Rabow MW, Dahlin C, Calton B, Bischoff K, Ritchie C. New Frontiers in Outpatient Palliative Care for Patients With Cancer. *Cancer Control*. 2015 Oct;22(4):465-74.
16. Moe J, Kirkland S, Ospina MB, Campbell S, Long R, Davidson A, Duke P, Tamura T, Trahan L, Rowe BH. Mortality, admission rates and outpatient use among frequent users of emergency departments: a systematic review. *Emerg Med J*. 2016 Mar;33(3):230-6. doi: 10.1136/emermed-2014-204496.
17. Moe J, Kirkland SW, Rawe E, Ospina MB, Vandermeer B, Campbell S, Rowe BH. Effectiveness of Interventions to Decrease Emergency Department Visits by Adult Frequent Users: A Systematic Review. *Acad Emerg Med*. 2017 Jan;24(1):40-52. doi: 10.1111/acem.13060.

18. Slim JN, Loch MM. Oncology patients with emergency based admissions: Targets for improvement. *JCO*.2017;35(15\_suppl):e18180.
19. Greer JA, Jackson VA, Meier DE, Temel JS. Early integration of palliative care services with standard oncology care for patients with advanced cancer. *CA Cancer J Clin.* 2013 Sep;63(5):349-63. doi: 10.3322/caac.21192.
20. Mercadante S, Marchetti P, Adile C, Caruselli A, Ferrera P, Costanzi A, Casuccio A. Characteristics and care pathways of advanced cancer patients in a palliative-supportive care unit and an oncological ward. *Supportive Care in Cancer.* 2018 Jun; 26(6):1961-1966. doi: 10.1007/s00520-017-4037-5.
21. Hanson LC., Collichio F, Bernard SA, Wood WA, Milowsky M, Burgess E et al. Integrating Palliative and Oncology Care for Patients with Advanced Cancer: A Quality Improvement Intervention. *J Palliat Med.* December 2017, 20(12): 1366-1371. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0100>.