

# Trabajo de Investigación

---

MOTIVO DE CONSULTA MÁS FRECUENTE DEL PACIENTE  
ONCOLÓGICO HOSPITALIZADO EN EL HOSPITAL DE SAGUNTO.  
ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Departament de Medicina  
Universitat Autònoma de Barcelona  
Mireia Gil Raga  
Director: Dr. Josep Planas Domingo  
Convocatoria setembre 2012

## ÍNDICE

1.	RESUMEN.....	3
2.	INTRODUCCIÓN.....	4
3.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	6
3.1	DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	
3.2	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
3.3	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
3.4	METODOLOGÍA ESTADÍSTICA	
3.5	CONFIDENCIALIDAD	
4.	RESULTADOS.....	12
4.1	PARTE DESCRIPTIVA	
4.1.1	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	
4.1.2	VARIABLES CLÍNICO-PATOLÓGICAS	
4.1.3	MOTIVO DE INGRESO	
4.1.4	CONSTELACIÓN SINTOMÁTICA	
4.1.5	DOLOR	
4.2	PARTE INFERENCIAL	
4.2.1	ASOCIACIÓN MOTIVO DE INGRESO CON OTROS FACTORES	
4.2.2	ASOCIACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA CON OTROS FACTORES	
4.2.3	ASOCIACIÓN DOLOR CON OTROS FACTORES	
5.	DISCUSIÓN.....	23
6.	CONCLUSIONES.....	28
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	30
	ANEXO 1.....	34
	ANEXO 2.....	39
	ANEXO 3.....	40

## 1. RESUMEN

- **Introducción:** los avances diagnósticos y terapéuticos han mejorado la supervivencia del paciente oncológico, con lo que aumenta la prevalencia de incidentes clínicos en su evolución. El paciente oncológico puede presentar múltiples síntomas, especialmente en fases avanzadas de la enfermedad, el reconocimiento y tratamiento de estos síntomas puede mejorar la calidad de vida.

- **Material y Métodos:** estudio descriptivo de los principales motivos de ingreso y síntomas más frecuentes del paciente oncológico. Se realiza, previa aprobación del CEIC, en el Hospital de Sagunto y en el Consorcio Hospital Provincial de Castellón (CHPC). Durante un periodo de reclutamiento de cuatro meses, se obtienen datos demográficos, clínicos y patológicos del paciente; así como el principal motivo de ingreso y la sintomatología asociada. En este trabajo se presentan los datos relativos al Hospital de Sagunto.

- **Resultados:** 104 pacientes han sido analizados. El cáncer de pulmón es la neoplasia más prevalente (35 %). El principal motivo de ingreso son las complicaciones derivadas de la neoplasia (84 %), y en concreto, el dolor mal controlado la principal causa. La sintomatología más prevalente ha sido la anorexia (69 %), el dolor (60%) y la pérdida de peso (40 %), siendo los tumores digestivos los más sintomáticos. El dolor ha sido el síntoma principal, sin embargo, en el 60 % de los pacientes con dolor, estaba mal controlado (EVA > 4).

- **Conclusiones:** el paciente oncológico ingresa sobre todo por complicaciones derivadas de la neoplasia. El dolor es el síntoma principal, siendo su control deficiente.

## 2. INTRODUCCIÓN

Gracias a los avances obtenidos en oncología en las últimas décadas, tanto en los métodos de cribaje como en los tratamientos oncológicos específicos, se ha producido una mejora en la supervivencia<sup>1</sup>. A pesar de ello el cáncer continúa siendo uno de los principales problemas de salud en el mundo. Anualmente se diagnostican más de 12 millones de casos nuevos y más de 7 millones de enfermos fallecen por esta patología<sup>2</sup>.

En España, la incidencia global prevista de cáncer en el año 2015 es de 222.069 personas (136.961 varones y 85.108 mujeres), siendo los tipos más frecuentes el cáncer colorrectal, el cáncer de pulmón y el cáncer de mama<sup>3</sup>. En el año 2006, el cáncer en España produjo más de 98.000 defunciones, 61.000 en hombres y 37.000 en mujeres, siendo la segunda causa de muerte en las últimas décadas después de las enfermedades del aparato circulatorio<sup>4</sup>.

La oncología médica es una especialidad dedicada a la atención del enfermo desde el diagnóstico hasta la curación o el periodo terminal. Los objetivos prioritarios de la oncología deben ser: la curación, el aumento del intervalo libre de enfermedad, la paliación de los síntomas y la mejora de la calidad de vida de los enfermos. Los tratamientos curativos y sintomáticos no son excluyentes entre sí, sino que forman parte de un todo en el control de los pacientes con cáncer.

Los continuos avances diagnósticos y terapéuticos en oncología han hecho mejorar la supervivencia de estos enfermos<sup>5</sup>, con lo que aumenta la prevalencia de incidentes clínicos en su evolución y por lo tanto el porcentaje de consultas urgentes y hospitalizaciones.

Además el tratamiento quimioterápico induce efectos secundarios frecuentes, unas veces menores (como las náuseas, la mucositis, la disgeusia), que aunque no ponen en riesgo la vida, empeoran su calidad. Pero también otros tan graves como la inmunodepresión y las infecciones, que pueden llevar a graves consecuencias tanto en la calidad como en la expectativa vital si no llevan un tratamiento adecuado<sup>6,7</sup>.

Por otro lado, en la evolución de estos pacientes oncológicos pueden existir también otras patologías intercurrentes, muchas veces complicaciones derivadas de la propia neoplasia, así como múltiples síntomas sobre todo en las fases avanzadas de la enfermedad<sup>5</sup>. El reconocimiento y tratamiento de estos síntomas puede repercutir positivamente en la calidad de vida de estos pacientes.

Los síntomas físicos más frecuentes en los pacientes oncológicos son el dolor, la astenia, la anorexia, la debilidad, la xerostomía, el estreñimiento, la disnea y la pérdida de peso, con una prevalencia entre el 50 % y el 84 %. Los síntomas psicológicos más frecuentes son el insomnio, la depresión y la ansiedad. En la mayoría de los casos, los síntomas en la enfermedad oncológica son múltiples, cambiantes y multifactoriales. En un estudio realizado sobre 1000 pacientes oncológicos incluidos en un programa de cuidados paliativos, se observó una mediana de número de síntomas de once<sup>8</sup>. Por otro lado, no todos los síntomas son percibidos por el paciente en igual medida. Mientras que la xerostomía bucal está presente en más de la mitad de los enfermos con un bajo grado de preocupación, el dolor además de ser uno de los síntomas más prevalentes genera un alto grado de preocupación en el paciente.

El objetivo principal del estudio es determinar cuál es la principal causa de ingreso del paciente oncológico, diferenciando principalmente tres grupos: ingreso para administración de tratamiento quimioterápico (QT), ingreso por toxicidad derivada del

tratamiento oncológico activo (QT o RT) e ingreso por complicaciones derivadas de la propia enfermedad oncológica.

Los objetivos secundarios del estudio son: determinar las principales toxicidades derivadas del tratamiento oncológico específico; determinar las principales complicaciones derivadas de la enfermedad oncológica; determinar qué síntomas son los más prevalentes al ingreso; determinar la prevalencia del dolor en el paciente ingresado, su intensidad y el tratamiento que está recibiendo al ingreso; y por último, relacionar los resultados obtenidos con diferentes variables clínico-patológicas.

En este estudio se presentan los resultados obtenidos en el Hospital de Sagunto.

### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Es un estudio descriptivo de los principales motivos de ingreso y síntomas más frecuentes del paciente oncológico que precisa hospitalización en los Servicios de Oncología del Hospital de Sagunto y del Consorcio Hospital Provincial de Castellón, durante un periodo de reclutamiento de 4 meses.

Dado que la media de ingresos semanales estimada en el Hospital de Sagunto es de 6 por semana, obtendremos una “n” de 100 pacientes aproximadamente.

Los datos se registraron mediante la cumplimentación por parte del oncólogo de un cuestionario que se realiza el primer día del ingreso. El cuestionario consta de 3 partes que se detallan a continuación:

Primera parte (*Anexo I*):

- Recogida de datos demográficos (Hospital, identificación del paciente mediante sus iniciales, edad, sexo y procedencia). Por lo que respecta a procedencia, los pacientes se distribuyeron según entorno rural o urbano, entendiendo como entorno rural aquellos núcleos de población de menos de 10000 habitantes, según criterio del Instituto Nacional de Estadística<sup>10</sup>.
- Recogida de variables clínico-patológicas (localización tumoral primaria, estadio<sup>9</sup>, si está recibiendo tratamiento específico quimioterápico, hemoglobina al ingreso, comorbilidades, y la existencia o no de ingresos previos del paciente). Respecto a la hemoglobina al ingreso se establecieron 5 categorías según la gradación del National Cancer Institute (NCI) ( $Hb \geq 12$  g/dl para valores normales. Anemia grado 1:  $12 > Hb \geq 10$  g/dl. Anemia grado 2:  $10 > Hb \geq 8$  g/dl. Anemia grado 3:  $8 > Hb \geq 6.5$  g/dl. Anemia grado 4:  $Hb < 6.5$ )<sup>11</sup>.

Segunda parte (*Anexo I*):

- Recogida del motivo de ingreso. Tres son los posibles motivos de ingreso: administración de quimioterapia, toxicidad derivada del tratamiento oncológico específico o complicaciones derivadas de la propia enfermedad oncológica. En caso que el motivo de ingreso sea la toxicidad derivada del tratamiento oncológico específico, hay un total de 12 ítems para determinar de forma más precisa qué tipo de toxicidad se trata. En caso que el motivo de ingreso sea una complicación derivada de la propia neoplasia, hay un total de 22 ítems para determinar de forma más precisa cuál es la complicación que motiva el ingreso.

Tercera parte (*Anexo 2*):

- Recogida de síntomas más frecuentes en el momento en el que se procede a la hospitalización del paciente. Para ello se utiliza un listado de 21 síntomas diferentes, entre los cuales el paciente determina aquel que más le afecta (recogiéndose como síntoma principal). Además, se realiza entre aquellos pacientes que tienen dolor al ingreso una evaluación del mismo, determinando su intensidad y el tratamiento analgésico que estaban recibiendo hasta el momento del ingreso. Para determinar la intensidad del dolor se utilizó una Escala Visual Analógica, en la que el paciente da una puntuación de 0 a 10 para su dolor, en el que el valor 0 significa ausencia de dolor y el valor 10 traduce el dolor máximo; ante una puntuación de la EVA de 0-4 se entiende que el dolor está bien controlado<sup>12</sup>, no así ante valores superiores a 4. Para cuantificar la dosis de opioides los pacientes tratados con dicho grupo de fármacos, se estableció tres niveles: dosis altas, dosis medias y dosis bajas. Se estableció como dosis bajas la administración de Fentanilo transdérmico  $\leq 25$  ug/h y sus respectivas equivalencias con otros fármacos opioides; como dosis altas quedo establecida la dosis  $> 75$  ug/h de Fentanilo transdérmico y sus respectivas equivalencias con otros fármacos opioides. En la recogida del síntoma dolor, también se tiene en consideración el uso o no de fármacos coadyuvantes, entendiéndose como tal a las drogas cuya acción farmacológica principal no es la analgesia pero que, debido a su mecanismo de acción particular, se utilizan de forma complementaria en el tratamiento del dolor; estos fármacos pueden tratar síntomas que acompañan a la experiencia dolorosa o directamente complementan la acción analgésica.



El estudio fue presentado y valorado por la Comisión de Investigación, así como por el Comité Ético de Investigación Clínica del Consorcio Hospital Provincial de Castellón, siendo aprobado por el mismo a fecha 4 de Mayo de 2011. Anexo 2.

El reclutamiento de los pacientes se realizó durante un periodo de 4 meses en ambos hospitales, entre el 1 de Diciembre de 2011 y el 31 de Marzo de 2012.

Los datos que se presentan, son relativos a los resultados obtenidos en el Hospital de Sagunto.

### 3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes diagnosticados de cualquier neoplasia maligna, que ingresen en el Servicio de Oncología Médica del Consorcio Hospital Provincial de Castellón y del Hospital de Sagunto, durante un periodo de reclutamiento de 4 meses.
- El paciente debe otorgar su consentimiento informado para participar en el estudio

### 3.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente que no otorgue el consentimiento para participar en el estudio.

### 3.4. METODOLOGÍA ESTADÍSTICA

Se ha llevado a cabo en primer lugar un estudio descriptivo de las principales características de la muestra, y posteriormente se ha realizado un análisis estadístico de las relaciones entre las distintas variables implicadas en el estudio.

En el estudio descriptivo se han utilizado tablas de frecuencias simples y cruzadas, así como gráficos de sectores, de barras e histogramas. Para las variables de naturaleza numérica se han calculado además los estadísticos descriptivos más representativos de posición (media, mediana, cuartiles), dispersión (rango) y forma (asimetría y curtosis),

así como un diagrama de caja. En esta primera fase el objetivo es describir la muestra y trazar un primer perfil de los pacientes que la componen.

Posteriormente, para explorar y contrastar posibles relaciones de interés clínico entre las diferentes variables recogidas en la muestra de estudio se han utilizado las siguientes pruebas y herramientas estadísticas:

- Para contrastar asociaciones entre pares de variables discretas o discretizadas con 2 o más valores distintos se han usado el test de Fisher, para tablas  $2 \times 2$ , y su extensión para el caso general  $r \times c$ , conocida como test de Freeman-Halton. Ambas pruebas, denominadas exactas, son alternativas al conocido test ji-cuadrado de Pearson y generalmente se recomienda utilizarlas cuando el tamaño muestral no es excesivamente elevado, o bien la tabla contiene casillas con pocas o ninguna observación. En cualquier caso, el test ji-cuadrado ha sido también llevado a cabo en su versión exacta.
- En el caso particular en que ambas variables discretas presentan algún tipo de orden lógico o natural (caso conocido habitualmente como tablas de contingencia doblemente ordenadas) se han aplicado los tests exactos de Jonckheere-Terpstra y linear-by-linear association, además del test ji-cuadrado exacto para tablas  $2 \times 2$ , todos ellos unilaterales.
- Para contrastar si existen diferencias entre grupos respecto a una variable numérica (caso del número de síntomas), se han utilizado las versiones exactas de los tests de Kruskal-Wallis y de la mediana; el primero proporciona más potencia para detectar diferencias que el segundo, pero en ocasiones, cuando el número de datos y/o grupos es moderadamente elevado, no es posible ejecutarlo debido a la excesiva carga computacional que supone.

- Se utilizó el método exacto de Hodges-Lehmann para calcular intervalos de confianza para las medianas.
- Para determinar la significatividad estadística de los resultados a partir de las pruebas realizadas, se tomó un umbral o nivel de significatividad  $\alpha = 0,05$ .

Cabe recordar que las pruebas estadísticas efectuadas no son capaces de ni tienen como objeto, en general, determinar relaciones de causa-efecto; simplemente pueden poner de manifiesto, en su caso, asociaciones o correlaciones entre variables.

En relación con esto último, cabe destacar también que, en ocasiones, una asociación entre un par de variables puede ser explicada, en todo o en parte, por la correlación de ambas con una tercera variable. En consecuencia, dado el elevado número de cruces de variables analizados, sería recomendable la realización de un posterior análisis estadístico de carácter multivariante que pudiera revelar posibles relaciones entre grupos de variables, el cual escapa de los límites del presente trabajo.

El software estadístico utilizado fue SPSS 16 y StatXact 9 para el cálculo de las pruebas exactas arriba referidas, junto con un uso auxiliar del programa Excel 2010.

### 3.5. CONFIDENCIALIDAD

Toda la información obtenida se ha tratado de forma confidencial, los datos recogidos se han introducido por el investigador en una base de datos para realizar el análisis estadístico, pero la identificación del paciente no aparece en ningún documento del estudio, sólo se le asigna un número. En ningún caso se le identificará en las publicaciones que puedan realizarse con los resultados del estudio. Sin embargo, esta información puede ser revisada por el Comité Ético de Investigación Clínica del Consorcio Hospital Provincial de Castellón así como por organismos gubernamentales competentes.

El estudio se ha realizado asegurando el cumplimiento de normas éticas y legales vigentes (Declaración de Helsinki).

## 4. RESULTADOS

### 4.1. PARTE DESCRIPTIVA

#### 4.1.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Entre el 1 de diciembre de 2011 y el 31 de marzo de 2012 se incluyeron 104 pacientes, de los cuales 67 (64,5 %) eran hombres.

En cuanto a la distribución por edad, la media y la mediana fue de 65 años. El 65% de los pacientes procedían de un entorno urbano. Los núcleos poblacionales representados con mayor frecuencia fueron Sagunto y Puzol.

#### 4.1.2. VARIABLES CLÍNICO-PATOLÓGICAS

Las neoplasias que precisaron de ingreso con más frecuencia fueron el cáncer de pulmón (35 %), el cáncer colorrectal (11 %) y el cáncer de mama (10 %). Del total de pacientes incluidos, el 76 % eran metastásicos (estadio IV). Si se analiza la distribución por estadios en los tres tumores más frecuentes, el 100 % del cáncer colorrectal y el 64 % del cáncer de pulmón era metastásico. Sin embargo, el 70 % del cáncer de mama eran estadios iniciales (I-III). En el momento del ingreso, el 59 % de los pacientes no estaba recibiendo tratamiento quimioterápico específico para su enfermedad, es decir, estaban recibiendo tratamiento sintomático exclusivo o se encontraban en seguimiento.

La presencia de comorbilidades en los pacientes hospitalizados, entendida como la presencia de una o más enfermedades además de la neoplasia diagnosticada, estaba

presente en el 66 % de los casos. La mayoría de ellos (40 %) presentaban una sola comorbilidad. El 26 % de los casos restantes presentaban dos o tres comorbilidades. Las patologías observadas con más frecuencia son algún factor de riesgo cardiovascular (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Dislipemia), presente en el 70 % de los casos, la broncopatía y la cardiopatía, presentes en el 36 % y 20 % de los casos respectivamente. Si valoramos la comorbilidad más frecuente según la localización tumoral, los factores de riesgo cardiovascular sigue siendo la patología más frecuente en todas las localizaciones. En el cáncer de pulmón, la Broncopatía adquiere un valor importante ya que se observa en el 50 % de los casos que presentan alguna comorbilidad.

El 44 % de los pacientes había presentado al menos un ingreso previo al analizado en el estudio. El Cáncer de Pulmón es la localización tumoral que presenta mayor número de casos con ingresos previos (16 pacientes). El grado anemia, valorada mediante la Hemoglobina al ingreso según la gradación del NCI, estaba presente en el 64 % de los pacientes. La mayoría de los casos presentaba anemia grado 1 (35,6 %). Tan sólo el 8.7 % presentaba anemia grado 3, sin objetivarse ningún caso con anemia grado 4 al ingreso. (*Gráfica 1*)

*Gráfica 1. Características basales de la población.*

<b>Características de los pacientes</b>	<b>Mediana</b>	<b>n (%)</b>
Edad (años)	65	
Género Mujer Hombre		37 (36 %) 67 (64 %)
Estadio I-III IV		25 (24 %) 79 (76 %)
Tratamiento QT  Sí  No		43 (41 %) 61 (59 %)
Comorbilidades  Sí  No		69 (66 %) 35 (34 %)
Ingresos previos  Sí  No		46 (44 %) 58 (56 %)
Anemia (Hb < 12 g/dl)  Sí  No		37 (41 %) 67 (64 %)

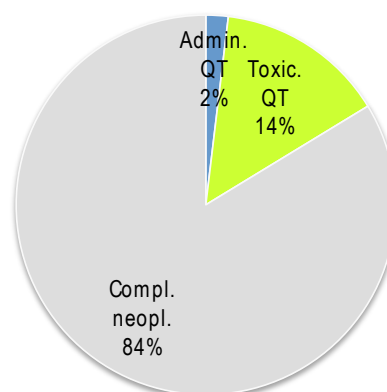
#### 4.1.3. MOTIVO DE INGRESO

El principal objetivo del presente estudio es conocer el principal motivo de ingreso de los pacientes oncológicos en el Hospital de Sagunto. Los resultados muestran como la

causa más frecuente de ingreso es la presencia de una complicación derivada de la neoplasia, que supone el 84 % del total de ingresos. El 14 % de los pacientes analizados ingresan por toxicidad derivada de los tratamientos oncológicos específicos y, tan sólo, el 2 % de los pacientes ingresan para la administración de quimioterapia (*Gráfica 2*). El análisis del motivo de ingreso según la localización tumoral, muestra un alto porcentaje de ingresos por complicación de la neoplasia tanto en el cáncer de pulmón como en el cáncer colorrectal, el 81 % y el 91 % de los casos respectivamente. Sin embargo, en el cáncer de mama el 50% de los casos ingresan por toxicidad derivada de la neoplasia y el otro 50 % por complicación de la neoplasia.

*Gráfica 2. Motivo de ingreso.*

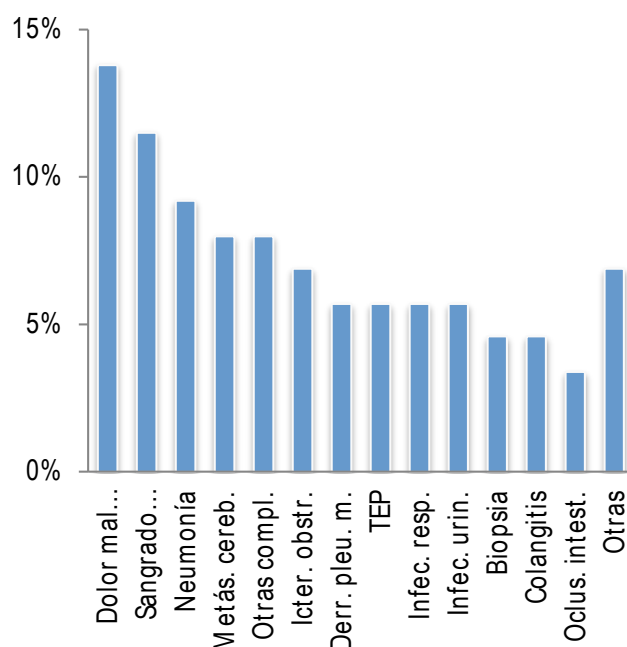
Motivo de ingreso	n	%
Administración de QT	2	1,9
Toxicidad QT	15	14,4
Complicación neoplasia	87	83,7
TOTAL	104	100,0



Las tres complicaciones que aparecen con más frecuencia como principal causa de ingreso son el dolor mal controlado (14 %), el sangrado grave (12 %) y la neumonía (9 %). Las metástasis cerebrales suponen un 8 % de los ingresos por complicación (*Gráfica 3*). Ninguno de los pacientes que ingresan por este motivo presentan hipertensión intracraneal. Si se analiza la complicación de la neoplasia más frecuente

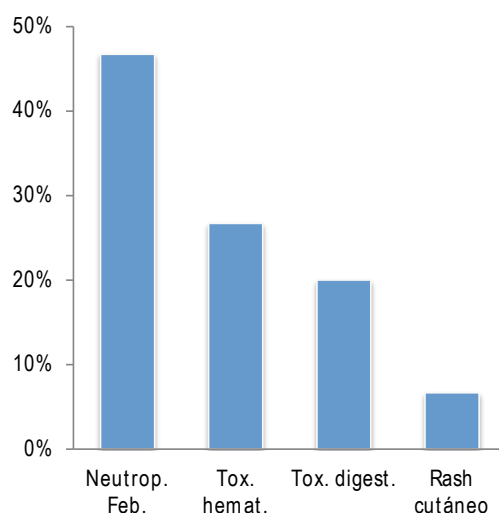
según la localización, cabe destacar que el dolor mal controlado (21 %) y las metástasis cerebrales son las dos causas más frecuentes de ingreso en el cáncer de pulmón. Los 4 pacientes diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello ingresaron por una complicación infecciosa (neumonía en todos los casos).

Gráfica 3. Complicación de la neoplasia más frecuente.



En cuanto a la toxicidad derivada de los tratamientos oncológicos específicos (Gráfica 4), la neutropenia febril es la causa de ingreso más frecuente (47 % de los casos). La toxicidad hematológica sin neutropenia febril supone el segundo motivo de ingreso más frecuente (26 %). El análisis de la toxicidad según localización tumoral, muestra que la principal causa de ingreso por toxicidad en el cáncer de pulmón y el cáncer de mama es la neutropenia febril (66 % y 60 % respectivamente). Sin embargo, en el cáncer de colon y esófago, todos los pacientes que ingresaron por toxicidad, lo hicieron por toxicidad digestiva.



*Gráfica 4. Principal toxicidad derivada de los tratamientos oncológicos específicos.*

#### 4.1.4. CONSTELACIÓN SINTOMÁTICA

El 99 % de los pacientes presenta algún síntoma en el momento del ingreso. La mediana del número de síntomas por paciente es de 5. El 73 % de los pacientes presenta de 3 a 7 síntomas. Es importante destacar que más del 10 % de los pacientes presentan 9 síntomas o más en el momento de la hospitalización.

Al analizar de forma detallada la sintomatología más prevalente, el 69 % presenta anorexia, seguido de dolor (62 %) y pérdida de peso (40 %). (Gráfica 5). Al requerir al paciente qué síntoma es el que más le afecta en su vida cotidiana, el dolor es el síntoma principal en el 29 % de los pacientes (lo que supone que entre todos los pacientes que expresan dolor como síntoma, para el 50% de los pacientes es el síntoma principal), el segundo síntoma principal más frecuente es la disnea con un 26 % (lo que supone que entre todos los pacientes que expresan disnea como síntoma, para el 67 % es el síntoma principal), el tercer síntoma principal más frecuente es la distermia, con un 10 %.

Si se tiene en cuenta el tipo tumoral y la sintomatología más prevalente, el cáncer de pulmón, con una media de 5,3 síntomas, presenta anorexia en un 6 % de los pacientes, seguido de disnea (64 %) y dolor (56 %); siendo el síntoma principal la disnea (39 %) y

el dolor (22 %). El cáncer de mama, con una media de 4,7 síntomas, presenta dolor y anorexia en un 70 % de los pacientes, seguido de astenia (50 %); siendo el síntoma principal el dolor en el 40 %. El cáncer de colon y recto, con una media de 6,4 síntomas, presenta xerostomía en un 82 % de los pacientes, seguido de pérdida de peso y anorexia (73 % para ambos); siendo un síntoma digestivo (náuseas/vómitos o estreñimiento) el síntoma principal en el 36 % de los casos.

Gráfica 5. Síntomas más frecuentes.

Síntoma (frecuente o principal)	n	%
Anorexia	72	69,2
Dolor	62	59,6
Pérdida de peso	42	40,4
Disnea	40	38,5
Náuseas/vómitos	39	37,5
Astenia	39	37,5
Tos	37	35,6
Xerostomía	36	34,6
Estreñimiento	29	27,9
Insomnio	28	26,9
Somnolencia	21	20,2
Ansiedad	19	18,3
Distemia	15	14,4
Otros síntomas	15	14,4
Confusión/delirio	14	13,5
Saciedad precoz	13	12,5
Disfagia	12	11,5
Depresión	9	8,7
Disgeusia	8	7,7
Incontinencia	7	6,7
Hipo	4	3,8
TOTAL	104	100,0



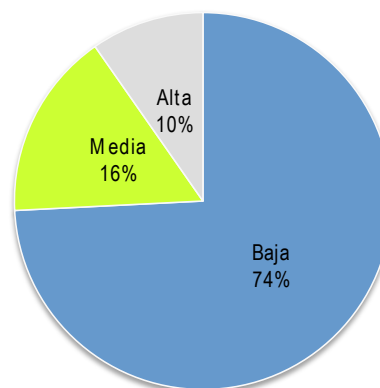
#### 4.1.5. DOLOR

Del total de pacientes incluidos en el estudio, el 44% lleva tratamiento para el control del dolor, de los cuales un 67% lleva tratamiento con fármacos opioides. Del total de pacientes que presenta dolor, 60 % del total de la muestra, el 74 % recibe algún tipo de tratamiento antiálgico.

Un 74 % de los pacientes tratados con opioides recibe dosis bajas (Fentanilo 25 ug/h o sus respectivas equivalencias analgésicas con otros opioides). (Gráfica 6). Cabe destacar que en el tumor más frecuente incluido en el estudio (cáncer de pulmón), únicamente el 28 % de los pacientes lleva tratamiento para el dolor en el momento de la hospitalización. De ellos, el 90 % es tratado con opioides de base (con dosis bajas en el 70 % de los casos).

*Gráfica 6. Dosis de mórficos*

Dosis de mórficos	<i>n</i>	%
Baja	23	74,2
Media	5	16,1
Alta	3	9,7
TOTAL	31	100,0



De los pacientes que presentan dolor al ingreso, únicamente el 40 % lo tienen bien controlado ( $EVA \leq 4$ ), mientras que el 60 % restante tienen dolor mal o muy mal controlado. Como cabría esperar, si el dolor estaba presente como síntoma no principal, el dolor está bien controlado ( $EVA \leq 4$ ) en el 65 % de los pacientes. Por el contrario, en

aquellos pacientes en los que el dolor es el síntoma principal, encontramos que el 77 % tiene el dolor mal o muy mal controlado.

Al considerar al grupo de pacientes en el que el dolor es el motivo del ingreso (dentro de la categoría complicación derivada de la neoplasia), el 100 % de los pacientes presenta dolor mal o muy mal controlado medido por la EVA. Si el motivo de ingreso es cualquier otra causa, el porcentaje de pacientes que presentan dolor mal o muy mal controlado es menor del 30 %. (*Gráfica 7*).

*Gráfica 7. EVA frente a dolor mal controlado como complicación de la neoplasia*

Causa de ingreso	Sin dolor		EVA 0-4		EVA 5-7		EVA 8-10	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Dolor mal controlado	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(8,3)	11	(91,7)
Otra complicación	34	(45,3)	21	(28,0)	10	(13,3)	10	(13,3)
Otra causa de ingreso	8	(47,1)	4	(23,5)	2	(11,8)	3	(17,6)
TOTAL	42	(40,4)	25	(24,0)	13	(12,5)	24	(23,1)

## 4.2. PARTE INFERENCIAL

### 4.2.1. ASOCIACIÓN DEL MOTIVO DE INGRESO CON OTROS FACTORES

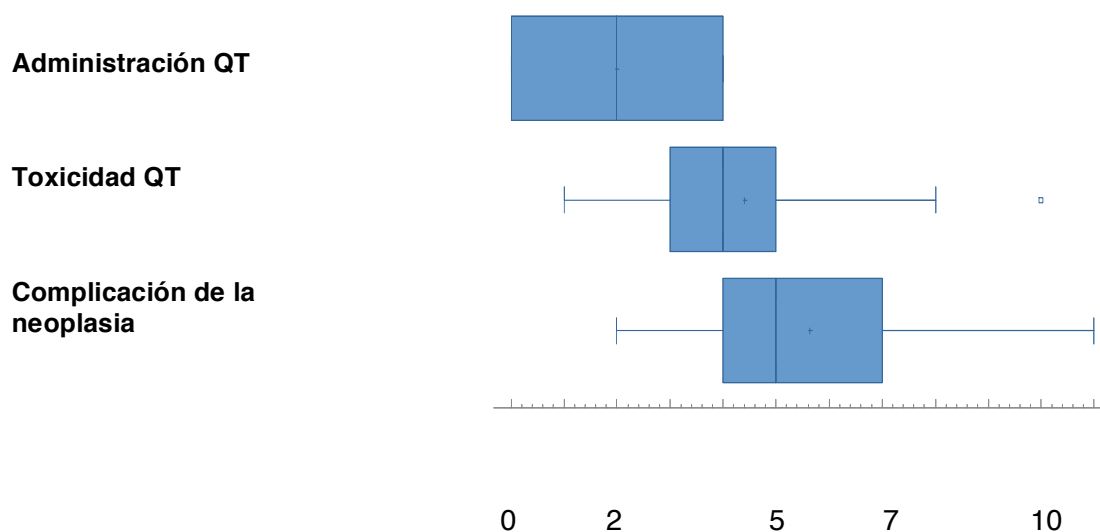
No se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre los distintos motivos de ingreso y diferentes variables analizadas como el entorno (rural vs urbano), la edad, comorbilidad o la Hemoglobina al ingreso. Los pacientes con Estadio IV ingresan más por complicación derivada de la neoplasia que los Estadios I-III, aunque esta diferencia no llega a alcanzar la significación estadística (p-valor = 0.09).

## 4.2.2. ASOCIACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA CON OTROS FACTORES

No se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre el número de síntomas y diferentes variables analizadas como el entorno (rural vs urbano), el estadio (I-III vs IV), localización tumoral o si llevaban tratamiento quimioterápico. Sin embargo, sí se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre el número de síntomas y el motivo de ingreso, con un p-valor = 0.009; es decir, el número de síntomas por paciente varía en función del motivo de ingreso, siendo mayor en los pacientes que ingresan por una complicación derivada de la neoplasia (*Gráfica 8*).

*Gráfica 8. Número de síntomas frente a motivo de ingreso*

Motivo de ingreso	n	Número de síntomas				
		Media	Mediana	(IC95%)	Desv. Típ.	Mín-Máx
Administración de QT	2	2,00	2	(n/d)	2,8284	0-4
Toxicidad QT	15	4,40	4	(3,5-5,5)	2,1974	1-10
Complicación neoplasia	87	5,64	5	(4,5-5,5)	2,1833	2-11
TOTAL	104	5,39	5	(4,5-5,5)	2,2659	0-11



También existe una asociación estadísticamente significativa entre el número de síntomas ( $\leq 2$  vs.  $> 2$ ) y la localización tumoral, con un p-valor = 0.006; por tanto, en función de la localización hay una distribución distinta del número de síntomas que presenta el paciente (p.e., cáncer de pulmón es el más sintomático). Además, se analizan clusters de síntomas (es decir, aquellos síntomas que están relacionados entre sí) con la localización tumoral. Se establecen cuatro clusters: sintomatología ansioso-depresiva que incluye ansiedad, depresión e insomnio; sintomatología de cuadro constitucional que incluye pérdida de peso, anorexia y astenia; sintomatología digestiva que incluye xerostomía, estreñimiento, saciedad precoz, náuseas, vómitos, disgeusia y disfagia; y sintomatología respiratoria que incluye disnea y tos. No se observa asociación entre la sintomatología ansioso-depresiva y la localización tumoral. Sin embargo, sí se observa una asociación estadísticamente significativa entre el cuadro constitucional frente a localización (por ejemplo, el cuadro constitucional aparece con mayor frecuencia en tumores como cáncer de estómago, esófago y pulmón frente al cáncer de mama y el cáncer de próstata). También se observa una asociación estadísticamente significativa entre la sintomatología digestiva y la localización tumoral, siendo más frecuente en el cáncer de colon, cáncer de vías biliares y de estómago. Por último, también se observa una asociación estadísticamente significativa entre la sintomatología respiratoria y la localización tumoral. El cáncer de pulmón es el tumor que presenta con mayor frecuencia síntomas respiratorios seguido del cáncer de cabeza y cuello.

No se observa asociación entre el número de síntomas y el grado de anemia. De hecho, la media de número de síntomas en función del grado de anemia varía de 5 a 6 entre los cuatro grados de anemia.

#### 4.2.3. ASOCIACIÓN DEL DOLOR CON OTROS FACTORES

No se evidencia asociación estadísticamente significativa ( $p$ -valor = 0.26) entre el síntoma dolor, como síntoma principal, y la localización tumoral. Sin embargo, existe asociación estadísticamente significativa entre el síntoma dolor y el estadio ( $p$ -valor = 0.02), de ello se desprende que la presencia de dolor es mayor en el E-IV que entre los pacientes con E-I a E-III.

Otro resultado esperable es que la asociación entre la presencia del síntoma dolor y el tratamiento para el dolor sea estadísticamente significativa ( $p$ -valor < 0.0001), tanto si se analiza el dolor como síntoma frecuente o como síntoma principal. No obstante, estos resultados evidencian que un 26 % de los pacientes con dolor no reciben tratamiento alguno; este porcentaje es menor (10 %) cuando el dolor es el síntoma principal del paciente.

Por último, se relaciona el valor de la EVA con el síntoma dolor cuando este es el síntoma principal, la relación es estadísticamente significativa con un  $p$ -valor < 0.0001, lo que pone de manifiesto que ante dolor mal o muy mal controlado hay un mayor número de pacientes que califican el dolor como síntoma principal, frente a los que tienen el dolor bien controlado.

## 5. DISCUSIÓN

Este es un estudio descriptivo que pretende poner de manifiesto la situación actual del paciente oncológico que ingresa en un hospital oncológico comarcal. Establece una visión, una instantánea, de cuál es el principal motivo de ingreso de dicho paciente

oncológico, cuáles son sus síntomas más prevalentes y en qué situación se encuentra el control del dolor presente como síntoma en muchos de ellos.

En la literatura se han comunicado escasos estudios al respecto, siendo más frecuentes aquellos que comunican las principales consultas en un servicio de Urgencias del paciente oncológico<sup>13,14</sup>, pero no así el motivo de ingreso (la causa de la hospitalización)<sup>15</sup>.

Al analizar la localización tumoral que ingresó de forma más frecuente (independientemente del motivo de ingreso), fue el cáncer de pulmón (35 %), seguido del cáncer de colon (11 %) y del cáncer de mama (10 %); de lo cual podemos deducir que no se correlaciona con la incidencia ni con la prevalencia del cáncer en la población, ya que según los últimos datos de Globocan del año 2008, el cáncer colorrectal era el más incidente seguido del cáncer de próstata<sup>2</sup>. Lo cual es sugestivo de que el cáncer de pulmón es más proclive a dar más complicaciones que precisen ingreso que otras localizaciones.

En lo que respecta al objetivo principal del estudio, la principal causa de hospitalización fue la complicación derivada de la neoplasia, con un 84 % de los ingresos. Frente a un 16 % cuyo motivo de ingreso fueron las otras dos causas (un 14 % que ingresó por toxicidad de los tratamientos oncológicos específicos recibidos y un 2 % que ingresó para administración de tratamiento quimioterápico). Si analizamos la hipótesis de trabajo, la distribución del motivo de ingreso en función del estadio era distinta sin llegar a alcanzar una significación estadística ( $p = 0.09$ ). Tan sólo el 2 % de los pacientes hospitalizados lo hicieron para la administración de QT debido al desarrollo del Hospital de día del Hospital de Sagunto y a la colocación de vías de acceso venoso



central para la administración de QT en infusión continua, factores que permiten administrar la mayoría de los tratamientos quimioterápicos de forma ambulatoria.

Los pacientes que fueron hospitalizados por toxicidad derivada del tratamiento recibido, el principal motivo fue la neutropenia febril (47 %) y la segunda causa la toxicidad hematológica (26 %). El riesgo de infecciones está relacionado tanto con la intensidad como con la duración del tratamiento antitumoral, pero hay otros múltiples factores en el paciente oncológico que determinan que se potencie la inmunosupresión como: defectos de las células fagocíticas (p.e. afectadas por el uso de corticoterapia), defectos de linfocitos T, hipogammaglobulinemia, pérdida de la integridad de las barreras mucocutáneas (como p.e. el uso de reservorios o las mucositis secundarias al tratamiento)<sup>16,17</sup>. Todo ello predispone a infecciones bacterianas y fúngicas (sobre todo ante afectación de función fagocítica) y a infecciones virales (por defecto en la inmunidad celular).

Los pacientes que fueron hospitalizados por complicaciones derivadas de la neoplasia, la principal causa fue el dolor mal controlado con un 14 % de los casos (datos concordantes con el motivo de consulta en el Servicio de Urgencias del M.D. Anderson Cancer Center<sup>18</sup>, donde el dolor era la causa de consulta del 17% ). Pero el dolor no solo fue el principal motivo de ingreso entre los pacientes que ingresaban por complicaciones derivadas de la neoplasia, sino que era el segundo síntoma más prevalente entre toda la población del estudio. De hecho, un 60% de los pacientes lo presentaba en el momento del ingreso. Un gran número de trabajos han investigado la presencia del dolor en el cáncer y el manejo del mismo, además es sabido que es subestimado por el médico oncólogo, como se demostró en una encuesta realizada por el ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), la cual reflejaba que entre el 57 al

76% de los oncólogos no pregunta a sus pacientes por el dolor, además de que el dolor solo se menciona en el 10% de las historias médicas oncológicas<sup>19,20,21</sup>.

En nuestro estudio, además, como objetivo secundario, se recogía la sintomatología más prevalente, y se encontró como resultado destacable que el 69 % presentaba anorexia, seguido del dolor (60 %) y la pérdida de peso (40 %); toda la constelación sintomática recogida y su prevalencia presentaba similitudes con los resultados publicados en una revisión sistemática de 25074 pacientes<sup>22</sup>, en la cual los 5 síntomas más prevalentes (dolor, astenia, anorexia, ansiedad, pérdida de peso) coincidían con nuestro estudio. El número de síntomas medio por paciente fue de 5.4, siendo los tumores más sintomáticos los digestivos (cáncer de vía biliar, cáncer de colon y esófago) con una media de síntomas entre 5,5 y 6,5, el cáncer de vejiga con una media de 6,5 síntomas y el cáncer de pulmón con una media de 5,3 síntomas. El número de síntomas medio por paciente, variaba en función del motivo de ingreso ( $p = 0.009$ ), siendo pacientes más sintomáticos los que ingresaban por complicación derivada de la neoplasia.

Al analizar la asociación entre el número de síntomas y el grado de anemización, no se observó una diferencia en el número de síntomas entre los 4 grados de anemia, teniendo en cuenta la definición de anemia por la EORTC y NCI que establece como criterio de Anemia una Hb < 12 g/dl. La anemia estaba presente en el 64 % de los pacientes (datos muy similares al estudio ECAS<sup>23</sup>, que incluía pacientes oncológicos en tratamiento o no tratamiento activo, con una prevalencia de anemia del 67%). Se ha demostrado que la anemia es un factor pronóstico independiente<sup>24</sup>, supone un deterioro en la calidad de vida del paciente, y además es un problema infravalorado por el oncólogo, pues como se pudo ver en el estudio ECAS el 61% de los pacientes con anemia no recibía tratamiento. En nuestro estudio no hemos observado una asociación estadísticamente significativa con el número de síntomas ni con el motivo de ingreso, asociaciones esperables al inicio

del estudio, aunque no se han valorado otros parámetros importantes a la hora de establecer la importancia de la anemia en el paciente oncológico, como son las escalas de calidad de vida y los datos de supervivencia de los enfermos incluidos.

Además se requería al paciente que reflejase qué síntoma era el que más afectaba a su vida cotidiana, de modo que para el 29 % el dolor era el síntoma principal. Lo más importante de los resultados obtenidos fue, que si bien un 60% tenía dolor como síntoma, sorprendentemente un 26 % no llevaba tratamiento antiálgico, ni siquiera analgésicos del primer escalón de la OMS. Un 50 % sí llevaba tratamiento con opioides, aunque el 74 % de ellos llevaba dosis bajas de los mismos, el problema no es la dosis que llevaban sino que al ser evaluada la intensidad del dolor, un 60 % presentaba dolor mal o muy mal controlado (con una EVA  $> 4$ )<sup>25</sup>, es más, en aquellos pacientes en los que el dolor era el síntoma principal el porcentaje de dolor mal o muy mal controlado ascendía al 87 % ( $p < 0.0001$ ). Estos resultados son concordantes con la literatura al respecto, en los que con los resultados de varios países se pone de manifiesto que del 50 al 60% de los pacientes con dolor no reciben una adecuada terapia analgésica: EEUU con 42%, Francia 51%, Nueva Delhi 79% y Pekin 67%, de hecho los pacientes con manejo más pobre eran aquellos con cáncer en estadios avanzados, demostrando que a pesar de la alta prevalencia y la severidad del dolor por cáncer, el manejo es inadecuado<sup>26,27,28</sup>.

Al analizar los resultados en función de la localización tumoral el 83 % de los pacientes afectos de cáncer de vejiga presentan dolor, el 80% de las pacientes afectos de cáncer de próstata y el 70 % de las pacientes con cáncer de mama. Estas diferencias entre la presencia del dolor y la localización tumoral no son significativas desde el punto de vista estadístico ( $p = 0.26$ ). Sin embargo, si que se observa una diferente presencia del dolor como síntoma principal en función del estadiaje ( $p = 0.02$ ). Al comparar nuestros

resultados con los reportados por la literatura, la prevalencia del dolor en el cáncer de pulmón es similar (50 %). En el cáncer de mama es superior en nuestro estudio (70 % vs 54 % en la literatura). En el metaanálisis analizado, se excluía aquellos estudios que incluían pacientes curadas, incluyendo pacientes con enfermedad en tratamiento y también pacientes en enfermedad avanzada o terminal (es decir, características muy similares a nuestro estudio), pero los resultados se obtuvieron de un total de 3300 pacientes y, por tanto, nuestros resultados no son valorables ante la escasa potencia estadística, pero sí pueden mostrar una tendencia. Llama la atención la ausencia de dolor como síntoma en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en nuestro estudio cuando es un tipo de tumor con una prevalencia de dolor alta según los datos publicados (70 %) <sup>19</sup>. Una posible explicación es la baja representación de este tumor en nuestra muestra (5 pacientes incluidos). Estos datos pueden variar en función de la situación geográfica, edad del paciente y tratamientos empleados para el control de la neoplasia, entre <sup>26</sup>.

## 6. CONCLUSIONES

1. La principal causa de hospitalización del paciente oncológico en el Hospital de Sagunto son las complicaciones derivadas de la propia enfermedad neoplásica (84 % de los ingresos). El estadiaje tumoral, influye en los distintos motivos de hospitalización.
2. La principal complicación derivada de la enfermedad oncológica fue el dolor mal controlado.

3. La principal toxicidad derivada del tratamiento oncológico específico que ha requerido ingreso es la neutropenia febril (47 %) seguido de la toxicidad hematológica (26 %).

4. Los síntomas más prevalentes del paciente oncológico ingresado son la anorexia (69 %), el dolor (60%) y la pérdida de peso (40 %); siendo los tumores digestivos los que presentan mayor media de número de síntomas por paciente.

5. La anemia es un factor prevalente en el paciente oncológico (64 %) aunque no se ha observado una asociación del grado de anemia ni con el motivo de ingreso ni con el número de síntomas.

6. El dolor supuso para el 29 % de los pacientes el síntoma principal, sin embargo, un 26 % del total de pacientes con dolor no llevaba tratamiento antiálgico. Más significativo es que el 60 % de los pacientes tenían el dolor mal o muy mal controlado (EVA > 4). Por tanto, el oncólogo médico debería prestar más atención al manejo del dolor, siendo la situación actual de control del mismo deficiente.

## 7. BIBLIOGRAFÍA:

1. Berrino,F, R De Angelis, M Sant, S Rosso, M Bielska-Lasota, J W Coebergh, M Santaquilani, 2007, Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EUROCARE-4 study: The lancet oncology, v. 8, p. 773-783.
2. GLOBOCAN 2008 (IARC). Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008. <http://www-dep.iarc.fr>. 19-07-2012.
3. El Cáncer en España.com. Sociedad Española de Oncología Médica. [www.seom.org](http://www.seom.org). 19-07-2012.
4. A. Cabanes, B. Pérez-Gómez, N. Aragonés, M. Pollán, G. López-Abente. La situación del cáncer en España, 1975-2006. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 2009.
5. 2. 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.
6. 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.
7. 4. García Gil D. Urgencias oncológicas. En: Manual de Urgencias. Roche Farma, Madrid 2000: 509-534.
8. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. Support Care Cancer (2000) 8 :175–179.

9. Edge, S.B.; Byrd, D.R.; Compton, C.C.; Fritz, A.G.; Greene, F.L.; Trotti, A. (Eds.). Cancer Staging Manual. 7th ed. New York: Springer; 2010.
10. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.INE.es>. 19-07-2012.
11. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. National Cancer Institute. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE). Version 4.0. Published: May 28, 2009 (v4.03: June 14, 2010). [http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE\\_4.03\\_20100614\\_QuickReference\\_8\\_5x11.pdf](http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_20100614_QuickReference_8_5x11.pdf). 19-07-2012.
12. Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y et al. When is cancer pain mild, moderate or severe?. Grading pain severity by its interference with function. Pain 1995; 61:277-284.
13. Díaz CFA, O'Connor JM, Nervo A, et al. Non-scheduled consultation in oncological patients. How many of them are true emergencies? An observational prospective study. Support Care Cancer 2004; 12:274-277
14. Valdespino-Gómez V, López-Garza JR, González-Alemán J, et al. Atención de las emergencias y urgencias médico-quirúrgicas en un hospital oncológico. Cir Ciruj 2006; 74:359-368.
15. Molina Villaverde R, López González JL, Prieto Ríos B, et al. Criterios de ingreso hospitalario del paciente oncológico. Medicine 2009; 10:1847-9.
16. Paz-Ares L, García-Carbonero R. Medical emergencies. En: Cavalli F, Hansen H, Kay S, eds. Textbook of medical oncology. 3ª ed. Londres: Martin Dunitz; 2004. P. 271-398.
17. Segal B, Walsh T, Gea-Banclache J, Holland S. Infections in the cancer patient. En: DeVita V, Hellman S, Rosenberg S, eds. Principles and practice of oncology. 7ª ed. Filadelfia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. P. 2461-514.

18. Escalante PC, Meltzer AB. Emergency care at Comprehensive Cancer Centers. In: Yeung J SD, Escalante PC, eds. *Oncologic Emergencies*. Hamilton, BC: Decker;2002. Pp. 1-5.
19. Van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, et al. Prevalence of pain in patients with cáncer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007; 18(9):1437-49.
20. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Ochoa-Carillo FJ, et al. Parámetros de práctica para el manejo del dolor en cáncer. *Cir Ciruj* 2006; 74: 381-96.
21. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, et al. Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Intern Med* 1993;119:121-6.
22. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, et al. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2007;34(1):94-104.
23. Ludwig H, Van Belle S, Barrett-Lee P et al. The European Cancer Anaemia Survey (ECAS): a large, multinational, prospective survey defining the prevalence, incidence, and treatment of anaemia in cancer patients. *Eur J Cancer*. 2004 Oct;40(15):2293-306.
24. Caro JJ, Salas M, Ward A et al. Anemia as an independent prognostic factor for survival in patients with cancer: a systemic, quantitative review. *Cancer*. 2001;91:2214–2221.
25. Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y et al. When is cáncer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain* 1995; 61: 277-284.



26. Ho Yun Y, Seog Heo D, Goo Lee I, et al. Multicenter study of pain and its management in patients with advanced cancer in Korea. *J Pain Symptom Manage* 2003;25:430-7.
27. Shvartzman P, Friger M, Shani A, et al. Pain control in ambulatory cancer patients-can we do better? *J Pain Symptom Manage* 2003;26:716-22.
28. Deandrea S, Montanari M, Moja L, et al. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review published literature. *Ann Oncol* 2008;19:1985-91.

**ANEXO 1**

**DATOS DEMOGRÁFICOS Y VARIABLES CLÍNICO-PATOLÓGICAS**

01	HOSPITAL:		
	NHC:		
02	PACIENTE (INICIALES):		
03	EDAD:		
04	PROCEDENCIA:		
05	DIAGNOSTICO TUMORAL:		
06	ESTADIO:		
07	TRATAMIENTO QT ACTIVO:	NO:	SI:
	CUAL:		
08	INGRESOS PREVIOS:	NO:	SI:
09	HB AL INGRESO:		
10	COMORBILIDADES:	NO:	SI:
	CUAL:		
11	MOTIVO DE INGRESO:		
12	ADMINISTRACION QT:		
	TOXICIDAD QT:		
	COMPLICACION DERIVADA DE LA NEOPLASIA		

INGRESO POR TOXICIDAD DERIVADA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

01	SEPSIS/SHOCK	
02	NEUTROPENIA FEBRIL	
03	MUCOSITIS ORAL	
04	DIARREA/VOMITOS (TOXICIDAD DIGESTIVA)	
05	TOX. HEMATOLOGICA	
06	INFECCION NO NEUTROPÉNICA, NO SÉPTICA	
07	TOXICIDAD CARDIACA	
08	TOXICIDAD RESPIRATORIA	
09	RASH CUTANEO	
10	PERFORACION INTESTINAL	
11	SANGRADO GRAVE	
12	TOXICIDAD NEUROLOGICA	

## INGRESO POR COMPLICACIÓN DERIVADA DE LA NEOPLASIA

01	SD. COMPRESION MEDULAR		
02	INFECCION/TROMBOSIS RESERVORIO		
03	SD. VENA CAVA SUPERIOR		
04	DERRAME PLEURAL MALIGNO		
05	TEP		
06	TVP		
07	METASTASIS CEREBRALES		HTIC
08	ACV		
09	CARCINOMATOSIS MENINGEA		
10	NEUMONIA		
11	ATELECTASIA		
12	INFECCION RESPIRATORIA		
13	ICTERICIA OBSTRUCTIVA		
14	BIOPSIA		
15	OCLUSION INTESTINAL		
16	DIARREA		
17	DOLOR MAL CONTROLADO		
18	INFECCION URINARIA		
19	SANGRADO GRAVE		
20	COLANGITIS		
21	HIPERCALCEMIA		
22	OTROS		

## SINTOMATOLOGÍA AL INGRESO

	SINTOMA	PRINCIPAL	FRECUENTES
01	PERDIDA DE PESO		
02	ANOREXIA		
03	XEROSTOMIA		
04	ESTRENIMIENTO		
05	SACIEDAD PRECOZ		
06	NAUSEAS/VOMITOS		
07	DISGEUSIA		
08	DISFAGIA		
09	DOLOR <sup>xx</sup>		
10	INSOMNIO		
11	ANSIEDAD		
12	DEPRESION		
13	DISNEA		
14	TOS		
15	SOMNOLENCIA		
16	CONFUSION/DELIRIO		
17	HIPO		
18	INCONTINENCIA		
19	ASTENIA		
20	DISTERMIA		
21	OTROS		

DOLOR <sup>xx</sup> :

01.	TRATAMIENTO		NO	SI
	MORFICOS		NO	SI
	TIPO DE MORFICO:			
	DOSIS:			
	COADYUVANTES		NO	SI
02.	EVA	0-4	5- 7	8- 10

ANEXO 2

espacio sin humo  
espai sense fum

  
Consorcio Hospitalario  
Provincial de Castellón

**DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

Da **EVA FELIP VICIANO**, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

**CERTIFICA:**

Que este Comité ha evaluado en fecha **4 de mayo de 2011** la propuesta del Proyecto de investigación-estudio descriptivo titulado:

**"motivo de consulta y síntomas mas frecuentes del paciente oncológico hospitalizado"** del que son Investigadores principales, el Dr. David Balaguer Muñoz (Servicio Oncología del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón) y Dra. Mireia Gil Raga (Servicio de Oncología Médica del Hospital de Sagunto).

El Comité considera que el proyecto se plantea siguiendo los requisitos necesarios de idoneidad en relación con los objetivos planteados y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, teniendo en cuenta los beneficios esperados.

La capacidad del investigador y sus colaboradores y las instalaciones y medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el proyecto.

Por tanto este Comité acepta que dicho proyecto, sea realizado en el Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón por el **Dr. David Balaguer Muñoz**.

Lo que firmo en Castellón a 4 de mayo de 2011

  
Fdo. Eva Felip Viciano



Avda. Dr. Clara 19, 12002 Castellón Tel: 964 359 700 Fax: 964 354 301 www.hospital2000.net NIF: P-6200007-J

G-ADMO-01

## ANEXO 3

### 1. Estudio descriptivo

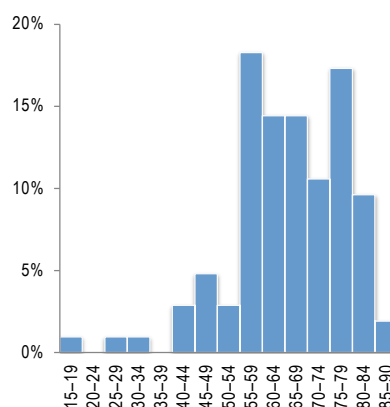
A continuación se muestran con finalidad descriptiva las tablas de frecuencias, los estadísticos descriptivos y los diagramas correspondientes a las diferentes variables y factores recogidos en la base de datos.

#### 1.1 Características socio-demográficas

##### Edad

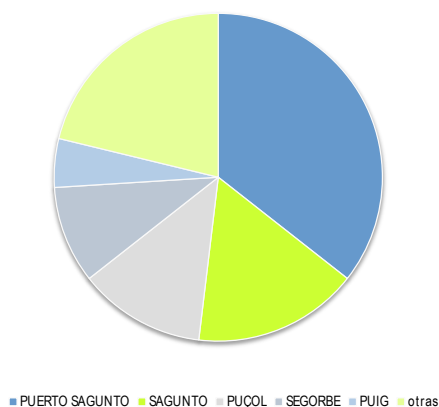
Edad	<i>n</i>	%
< 40	3	2,9
40-49	8	7,7
50-59	22	21,2
60-69	30	28,8
70-79	29	27,9
≥ 80	12	11,5
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>

Media	64,94
Mediana	65,5
Mínimo-Máximo	17-89
1.º cuartil-3.º cuartil	57,5-75
Asimetría estandarizada	-3,52
Curtosis estandarizada	2,76



##### Procedencia

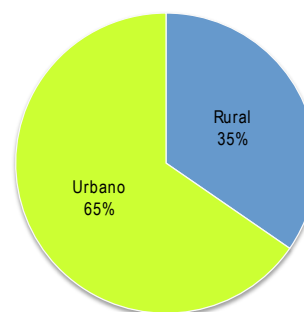
Procedencia	<i>n</i>	%
PUERTO SAGUNTO	37	35,6
SAGUNTO	17	16,3
PUÇOL	13	12,5
SEGORBE	10	9,6
PUIG	5	4,8
otras (17 localidades)	22	21,2
<b>TOTAL (22 localidades)</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>





## Entorno

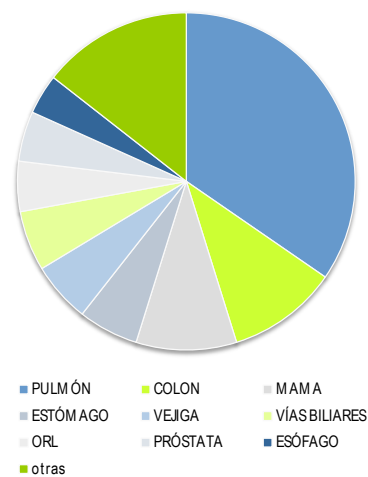
Entorno	n	%
Rural (< 10.000 hab.)	36	34,6
Urbano (≥ 10.000 hab.)	68	65,4
TOTAL	104	100,0



## 1.1 Neoplasia y tratamiento

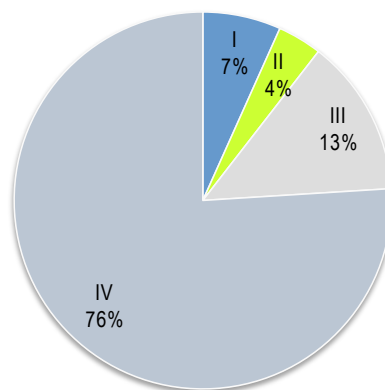
### Localización

Localización	n	%
PULMÓN	36	34,6
COLON	11	10,6
MAMA	10	9,6
ESTÓMAGO	6	5,8
VEJIGA	6	5,8
VÍAS BILIARES	6	5,8
ORL	5	4,8
PRÓSTATA	5	4,8
ESÓFAGO	4	3,8
OVARIO	3	2,9
HÍGADO	2	1,9
PÁNCREAS	2	1,9
RIÑÓN	2	1,9
SARCOMA	2	1,9
CEREBRO	1	1,0
CÉRVIX	1	1,0
TESTÍCULO	1	1,0
VULVA	1	1,0
TOTAL (18 localizaciones)	104	100,0



Estadio

Estadio	n	%
I	7	6,7
II	4	3,8
III	14	13,5
IV	79	76,0
TOTAL	104	100,0

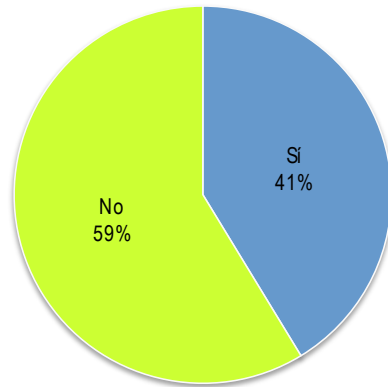


Estadio por localización

Localización	Estadio			
	I-III		IV	
	n	(%)	n	(%)
CEREBRO	0	(0,0)	1	(100,0)
CÉRVIX	0	(0,0)	1	(100,0)
COLON	0	(0,0)	11	(100,0)
ESÓFAGO	1	(25,0)	3	(75,0)
ESTÓMAGO	0	(0,0)	6	(100,0)
HÍGADO	0	(0,0)	2	(100,0)
MAMA	7	(70,0)	3	(30,0)
ORL	0	(0,0)	5	(100,0)
OVARIO	1	(33,3)	2	(66,7)
PÁNCREAS	0	(0,0)	2	(100,0)
PRÓSTATA	1	(20,0)	4	(80,0)
PULMÓN	13	(36,1)	23	(63,9)
RIÑÓN	0	(0,0)	2	(100,0)
SARCOMA	0	(0,0)	2	(100,0)
TESTÍCULO	1	(100,0)	0	(0,0)
VEJIGA	0	(0,0)	6	(100,0)
VÍAS BILIARES	1	(16,7)	5	(83,3)
VULVA	0	(0,0)	1	(100,0)
TOTAL	25	(24,0)	79	(76,0)

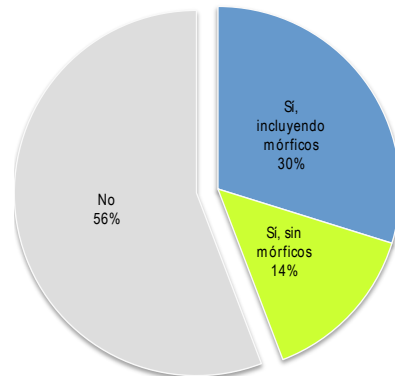
Tratamiento quimioterápico activo.

Tratamiento QT activo	n	%
Sí	43	41,3
No	61	58,7
TOTAL	104	100,0



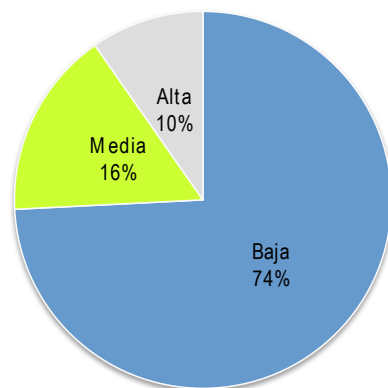
Tratamiento para el dolor

Tratamiento para el dolor	n	%	% s/ tto. dolor
Sí, incluyendo mórficos	31	29,8	67,4
Sí, sin mórficos	15	14,4	32,6
No	58	55,8	
TOTAL	104	100,0	



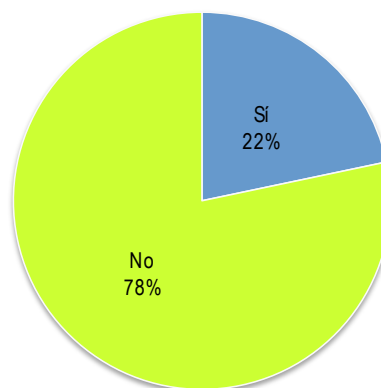
Dosis de mórficos

Dosis de mórficos	n	%
Baja	23	74,2
Media	5	16,1
Alta	3	9,7
TOTAL	31	100,0



*Fármacos coadyuvantes*

Fármacos coadyuvantes	<i>n</i>	%
Sí	10	21,7
No	36	78,3
TOTAL	46	100,0

*Tratamiento para el dolor por localización*

Localización	Tratamiento para el dolor					
	Sí, incl. mórficos		Sí, exc. mórficos		No	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
CEREBRO	1	(100,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
CÉRVIX	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(100,0)
COLON	5	(45,5)	1	(9,1)	5	(45,5)
ESÓFAGO	0	(0,0)	0	(0,0)	4	(100,0)
ESTÓMAGO	1	(16,7)	1	(16,7)	4	(66,7)
HÍGADO	0	(0,0)	0	(0,0)	2	(100,0)
MAMA	3	(30,0)	3	(30,0)	4	(40,0)
ORL	0	(0,0)	0	(0,0)	5	(100,0)
OVARIO	1	(33,3)	0	(0,0)	2	(66,7)
PÁNCREAS	1	(50,0)	1	(50,0)	0	(0,0)
PRÓSTATA	4	(80,0)	0	(0,0)	1	(20,0)
PULMÓN	10	(27,8)	7	(19,4)	19	(52,8)
RIÑÓN	0	(0,0)	0	(0,0)	2	(100,0)
SARCOMA	1	(50,0)	0	(0,0)	1	(50,0)
TESTÍCULO	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(100,0)
VEJIGA	3	(50,0)	0	(0,0)	3	(50,0)
VÍAS BILIARES	0	(0,0)	2	(33,3)	4	(66,7)
VULVA	1	(100,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
TOTAL	31	(29,8)	15	(14,4)	58	(55,8)

*Dosis de mórficos por localización*

Localización	Dosis de mórficos					
	Baja		Media		Alta	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
CEREBRO	1	(100,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
CÉRVIX	—		—		—	
COLON	3	(60,0)	2	(40,0)	0	(0,0)
ESÓFAGO	—		—		—	
ESTÓMAGO	1	(100,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
HÍGADO	—		—		—	
MAMA	3	(100,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
ORL	—		—		—	
OVARIO	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(100,0)
PÁNCREAS	1	(100,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
PRÓSTATA	3	(75,0)	1	(25,0)	0	(0,0)
PULMÓN	7	(70,0)	2	(20,0)	1	(10,0)
RIÑÓN	—		—		—	
SARCOMA	1	(100,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
TESTÍCULO	—		—		—	
VEJIGA	2	(66,7)	0	(0,0)	1	(33,3)
VÍAS BILIARES	—		—		—	
VULVA	1	(100,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Total	23	(74,2)	5	(16,1)	3	(9,7)

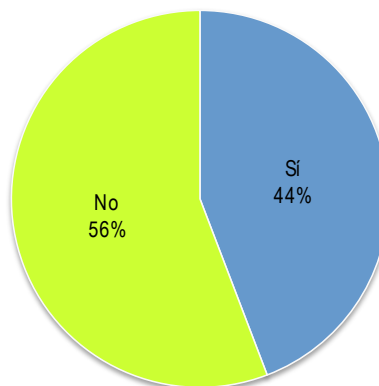
*Tratamiento para el dolor por tratamiento quimioterápico activo*

Tratamiento QT activo	Tratamiento para el dolor					
	Sí, incl. mórficos		Sí, exc. mórficos		No	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Sí	10	(23,3)	8	(18,6)	25	(58,1)
No	21	(34,4)	7	(11,5)	33	(54,1)
TOTAL	31	(29,8)	15	(14,4)	58	(55,8)

## 1.2 Información al ingreso

### Ingresos previos

Ingresos previos	<i>n</i>	%
Sí	46	44,2
No	58	55,8
TOTAL	104	100,0

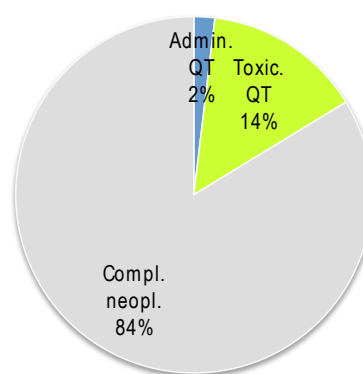


### Ingresos previos por localización

Localización	Ingresos previos			
	Sí		No	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
CEREBRO	0	(0,0)	1	(100,0)
CÉRVIX	1	(100,0)	0	(0,0)
COLON	5	(45,5)	6	(54,5)
ESÓFAGO	2	(50,0)	2	(50,0)
ESTÓMAGO	3	(50,0)	3	(50,0)
HÍGADO	1	(50,0)	1	(50,0)
MAMA	3	(30,0)	7	(70,0)
ORL	4	(80,0)	1	(20,0)
OVARIO	1	(33,3)	2	(66,7)
PÁNCREAS	1	(50,0)	1	(50,0)
PRÓSTATA	2	(40,0)	3	(60,0)
PULMÓN	16	(44,4)	20	(55,6)
RIÑÓN	1	(50,0)	1	(50,0)
SARCOMA	0	(0,0)	2	(100,0)
TESTÍCULO	0	(0,0)	1	(100,0)
VEJIGA	3	(50,0)	3	(50,0)
VÍAS BILIARES	3	(50,0)	3	(50,0)
VULVA	0	(0,0)	1	(100,0)
Total	46	(44,2)	58	(55,8)

## Motivo de ingreso

Motivo de ingreso	n	%
Administración de QT	2	1,9
Toxicidad QT	15	14,4
Complicación neoplasia	87	83,7
TOTAL	104	100,0

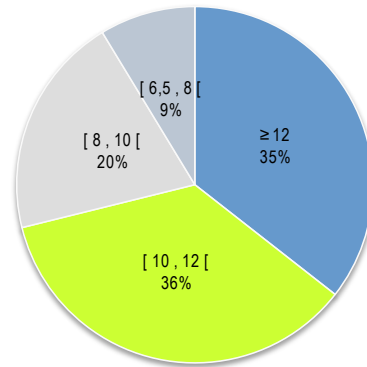


## Motivo de ingreso por localización

Localización	Motivo de ingreso					
	Admin. QT		Toxicidad QT		Complic. neoplasia	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
CEREBRO	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(100,0)
CÉRVIX	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(100,0)
COLON	0	(0,0)	1	(9,1)	10	(90,9)
ESÓFAGO	0	(0,0)	1	(25,0)	3	(75,0)
ESTÓMAGO	0	(0,0)	0	(0,0)	6	(100,0)
HÍGADO	0	(0,0)	0	(0,0)	2	(100,0)
MAMA	0	(0,0)	5	(50,0)	5	(50,0)
ORL	1	(20,0)	0	(0,0)	4	(80,0)
OVARIO	0	(0,0)	0	(0,0)	3	(100,0)
PÁNCREAS	0	(0,0)	0	(0,0)	2	(100,0)
PRÓSTATA	0	(0,0)	1	(20,0)	4	(80,0)
PULMÓN	1	(2,8)	6	(16,7)	29	(80,6)
RIÑÓN	0	(0,0)	0	(0,0)	2	(100,0)
SARCOMA	0	(0,0)	0	(0,0)	2	(100,0)
TESTÍCULO	0	(0,0)	1	(100,0)	0	(0,0)
VEJIGA	0	(0,0)	0	(0,0)	6	(100,0)
VÍAS BILIARES	0	(0,0)	0	(0,0)	6	(100,0)
VULVA	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(100,0)
Total	2	(1,9)	15	(14,4)	87	(83,7)

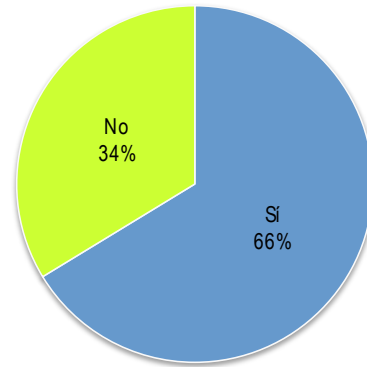
## Anemia

Hemoglobina al ingreso	<i>n</i>	%
≥ 12	37	35,6
[ 10 , 12 [	37	35,6
[ 8 , 10 [	21	20,2
[ 6,5 , 8 [	9	8,7
< 6,5	0	0,0
TOTAL	104	100,0



## Comorbilidad

Existencia de comorbilidades	<i>n</i>	%
Sí	69	66,3
No	35	33,7
TOTAL	104	100,0

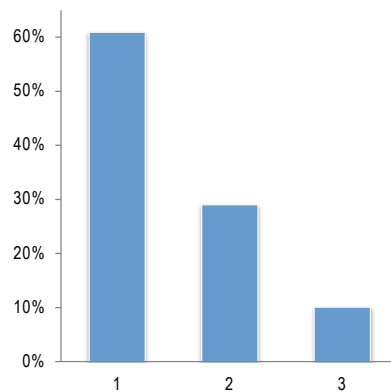


Número de comorbilidades (*)	<i>n</i>	% s/ com.	% s/ total
1	42	60,9	40,4
2	20	29,0	19,2
3	7	10,1	6,7
TOTAL	69	100,0	66,3

Media = 1,49

Mediana = 1

(\*) La categoría "otras comorbilidades" computa como una comorb.





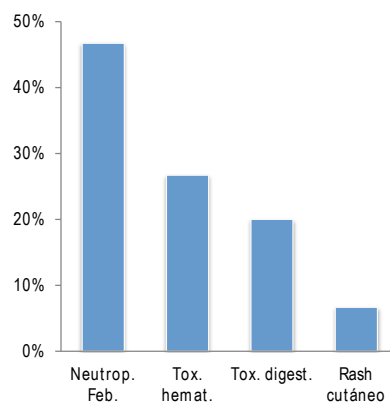
Tipo de comorbilidad	Presencia			Como única comorbilidad		
	<i>n</i>	% s/ com.	% s/ total	<i>n</i>	% s/ com.	% s/ total
FRC (HTA, DM, DL)	48	69,6	46,2	22	31,9	21,2
Broncopatía	25	36,2	24,0	11	15,9	10,6
Cardiopatía	14	20,3	13,5	3	4,3	2,9
Otras comorbilidades	12	17,4	11,5	4	5,8	3,8
Nefropatía	3	4,3	2,9	2	2,9	1,9
Neuropatía	1	1,4	1,0	0	0,0	0,0
Total	69	100,0	66,3	42	60,9	40,4

### Comorbilidad por localización

Localización	Existencia de com.		1.ª comorb. más frecuente			2.ª comorb. más frecuente		
	<i>n</i>	(%)	Comorb.	<i>n</i>	(% s/ com.)	Comorb.	<i>n</i>	(% s/ com.)
CEREBRO	0	(0,0)	—			—		
CÉRVIX	0	(0,0)	—			—		
COLON	9	(81,8)	FRC	6	(66,7)	Broncopatía	2	(22,2)
ESÓFAGO	1	(25,0)	Cardiopatía	1	(100,0)	FRC	1	(100,0)
ESTÓMAGO	0	(0,0)	—			—		
HÍGADO	0	(0,0)	—			—		
MAMA	7	(70,0)	FRC	4	(57,1)	Broncopatía	2	(28,6)
ORL	4	(80,0)	Broncopatía	3	(75,0)	FRC	2	(50,0)
OVARIO	3	(100,0)	FRC	1	(33,3)	Broncopatía	1	(33,3)
PÁNCREAS	0	(0,0)	—			—		
PRÓSTATA	2	(40,0)	FRC	2	(100,0)	Cardiopatía	1	(50,0)
PULMÓN	28	(77,8)	FRC	21	(75,0)	Broncopatía	14	(50,0)
RIÑÓN	2	(100,0)	Cardiopatía	1	(50,0)	FRC	1	(50,0)
SARCOMA	0	(0,0)	—			—		
TESTÍCULO	1	(100,0)	Nefropatía	1	(100,0)	—		
VEJIGA	6	(100,0)	FRC	5	(83,3)	Otras com.	2	(33,3)
VÍAS BILIARES	5	(83,3)	FRC	5	(100,0)	Otras com.	2	(40,0)
VULVA	1	(100,0)	Broncopatía	1	(100,0)	Otras com.	1	(100,0)
TOTAL	69	(66,3)	FRC	48	(69,6)	Otras com.	25	(36,2)

### Toxicidad de la quimioterapia

<b>Toxicidad QT</b>	<b><i>n</i></b>	<b>% s/ tox.</b>	<b>% s/ total</b>
Neutropenia febril	7	46,7	6,7
Tox. hematológica	4	26,7	3,8
Diarrea/vómitos (tox. digestiva)	3	20,0	2,9
Rash cutáneo	1	6,7	1,0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>14,4</b>

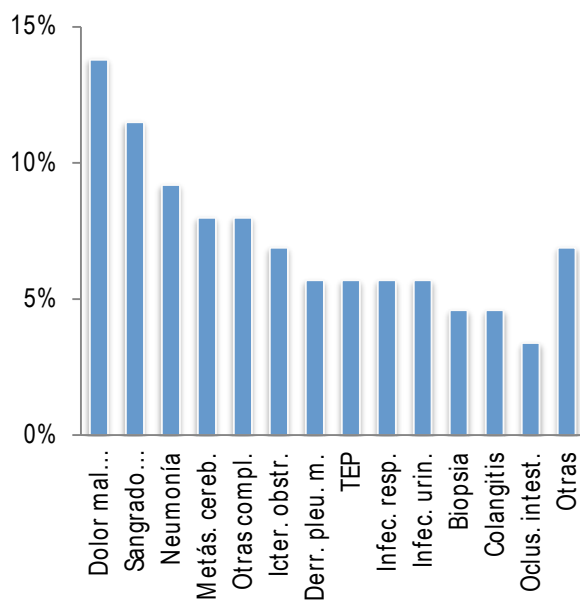


*Toxicidad de la quimioterapia por localización*

Localización	Toxicidad QT		1. <sup>a</sup> toxicidad más frecuente			2. <sup>a</sup> toxicidad más frecuente		
	<i>n</i>	(%)	Toxicidad	<i>n</i>	(% s/ toxi.)	Toxicidad	<i>n</i>	(% s/ toxi.)
CEREBRO	0	(0,0)	—			—		
CÉRVIX	0	(0,0)	—			—		
COLON	1	(9,1)	Tox. digest.	1	(100,0)	—		
ESÓFAGO	1	(25,0)	Tox. digest.	1	(100,0)	—		
ESTÓMAGO	0	(0,0)	—			—		
HÍGADO	0	(0,0)	—			—		
MAMA	5	(50,0)	Neutrop. feb.	3	(60,0)	Tox. hematol.	2	(40,0)
ORL	0	(0,0)	—			—		
OVARIO	0	(0,0)	—			—		
PÁNCREAS	0	(0,0)	—			—		
PRÓSTATA	1	(20,0)	Tox. hematol.	1	(100,0)	—		
PULMÓN	6	(16,7)	Neutrop. feb.	4	(66,7)	Tox. hematol.	1	(16,7)
RIÑÓN	0	(0,0)	—			—		
SARCOMA	0	(0,0)	—			—		
TESTÍCULO	1	(100,0)	Tox. digest.	1	(100,0)	—		
VEJIGA	0	(0,0)	—			—		
VÍAS BILIARES	0	(0,0)	—			—		
VULVA	0	(0,0)	—			—		
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>(14,4)</b>	<b>Neutrop. feb.</b>	<b>7</b>	<b>(46,7)</b>	<b>Tox. hematol.</b>	<b>4</b>	<b>(26,7)</b>

## Complicación de la neoplasia

Complicación neoplasia	<i>n</i>	% s/ com pl.	% s/ total
Dolor mal controlado	12	13,8	11,5
Sangrado grave	10	11,5	9,6
Neumonía	8	9,2	7,7
Metástasis cerebrales	7	8,0	6,7
Otras complicaciones	7	8,0	6,7
Ictericia obstructiva	6	6,9	5,8
Derrame pleural maligno	5	5,7	4,8
TEP	5	5,7	4,8
Infección respiratoria	5	5,7	4,8
Infección urinaria	5	5,7	4,8
Biopsia	4	4,6	3,8
Colangitis	4	4,6	3,8
Oclusión intestinal	3	3,4	2,9
Otras (4 complicaciones)	6	6,9	5,8
<b>TOTAL (17 complicaciones)</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	<b>83,7</b>

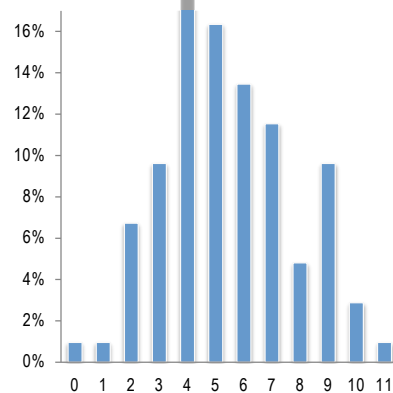


*Complicación de la neoplasia por localización*

Localización	Complicación neoplasia		1. <sup>a</sup> complicación más frecuente		2. <sup>a</sup> complicación más frecuente			
	<i>n</i>	(%)	Complicación	<i>n</i>	(% s/ compl.)	Complicación	<i>n</i>	(% s/ compl.)
CEREBRO	1	(100,0)	Infec. resp.	1	(100,0)	—		
CÉRVIX	1	(100,0)	Sangrado ...	1	(100,0)	—		
COLON	10	(90,9)	Colangitis	2	(20,0)	Derr. pleu. m.	1	(10,0)
ESÓFAGO	3	(75,0)	Neumonía	1	(33,3)	Hipercal.	1	(33,3)
ESTÓMAGO	6	(100,0)	Sangrado ...	3	(50,0)	Icter. obstr.	2	(33,3)
HÍGADO	2	(100,0)	Neumonía	1	(50,0)	Biopsia	1	(50,0)
MAMA	5	(50,0)	TEP	2	(40,0)	Dolor mal ...	2	(40,0)
ORL	4	(80,0)	Neumonía	4	(100,0)	—		
OVARIO	3	(100,0)	Infec. urin.	2	(66,7)	Oclus. intest.	1	(33,3)
PÁNCREAS	2	(100,0)	Biopsia	1	(50,0)	Colangitis	1	(50,0)
PRÓSTATA	4	(80,0)	TEP	1	(25,0)	Carcinoma m.	1	(25,0)
PULMÓN	29	(80,6)	Dolor mal ...	6	(20,7)	Metás. cereb.	5	(17,2)
RIÑÓN	2	(100,0)	Sangrado ...	1	(50,0)	Otras compl.	1	(50,0)
SARCOMA	2	(100,0)	TEP	1	(50,0)	Dolor mal ...	1	(50,0)
TESTÍCULO	0	(0,0)	—			—		
VEJIGA	6	(100,0)	Dolor mal ...	2	(33,3)	TVP	1	(16,7)
VÍAS BILIARES	6	(100,0)	Icter. obstr.	3	(50,0)	Oclus. intest.	1	(16,7)
VULVA	1	(100,0)	Metás. cereb.	1	(100,0)	—		
TOTAL	87	(83,7)	Dolor mal ...	12	(13,8)	Sangrado ...	10	(11,5)

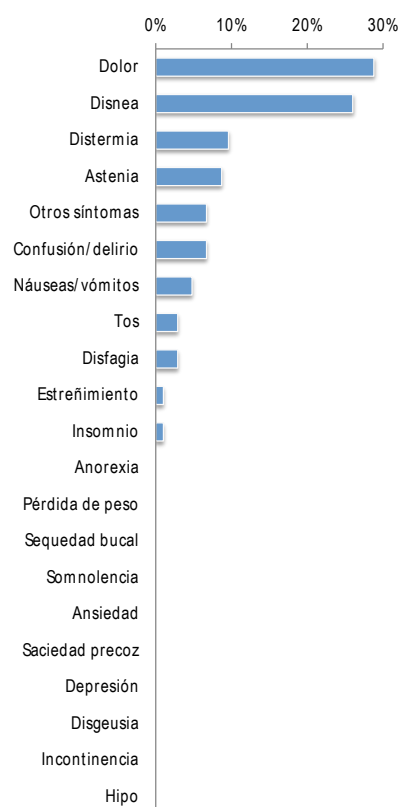
## Síntomas

Número de síntomas	<i>n</i>	%
0	1	1,0
1	1	1,0
2	7	6,7
3	10	9,6
4	23	22,1
5	17	16,3
6	14	13,5
7	12	11,5
8	5	4,8
9	10	9,6
10	3	2,9
11	1	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>



Media	5,39
Mediana	5,0
Mínimo-Máximo	0-11
1. <sup>er</sup> cuartil-3. <sup>er</sup> cuartil	4-7
Asimetría estandarizada	1,29
Curtosis estandarizada	-0,82

Síntoma principal	n	%	(% s/ sínt.)
Dolor	30	28,8	(48,4)
Disnea	27	26,0	(67,5)
Distermia	10	9,6	(66,7)
Astenia	9	8,7	(23,1)
Otros síntomas	7	6,7	(46,7)
Confusión/delirio	7	6,7	(50,0)
Náuseas/vómitos	5	4,8	(12,8)
Tos	3	2,9	(8,1)
Disfagia	3	2,9	(25,0)
Estreñimiento	1	1,0	(3,4)
Insomnio	1	1,0	(3,6)
Anorexia	0	0,0	(0,0)
Pérdida de peso	0	0,0	(0,0)
Xerostomía	0	0,0	(0,0)
Somnolencia	0	0,0	(0,0)
Ansiedad	0	0,0	(0,0)
Saciedad precoz	0	0,0	(0,0)
Depresión	0	0,0	(0,0)
Disgeusia	0	0,0	(0,0)
Incontinencia	0	0,0	(0,0)
Hipo	0	0,0	(0,0)
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>	



*Síntomas por localización*

COLON	Número de síntomas					
	Síntoma	<i>n</i>	%	(% s/ sínt.)	<i>n</i> principal	% principal
	Xerostomía	9	81,8	(25,0)		
	Pérdida de peso	8	72,7	(19,0)		
	Anorexia	8	72,7	(11,1)		
	Dolor	7	63,6	(11,3)	2	18,2
	Náuseas/vómitos	6	54,5	(15,4)	2	18,2
	Estreñimiento	6	54,5	(20,7)	1	9,1
	Insomnio	5	45,5	(17,9)		
	Somnolencia	4	36,4	(19,0)		
	Disnea	3	27,3	(7,5)	3	27,3
	Ansiedad	3	27,3	(15,8)		
	Tos	3	27,3	(8,1)		
	Otros síntomas	2	18,2	(13,3)	2	18,2
	Saciedad precoz	2	18,2	(15,4)		
	Distermia	1	9,1	(6,7)	1	9,1
	Disfagia	1	9,1	(8,3)		
	Depresión	1	9,1	(11,1)		
	Hipo	1	9,1	(25,0)		
	Astenia	1	9,1	(2,6)		
	TOTAL	11	100,0		11	100,0



<b>Número de síntomas</b>					
<b>ESÓFAGO</b>					
Síntoma	<i>n</i>	%	(% s/ sínt.)	<i>n</i> principal	% principal
Anorexia	4	100,0	(5,6)		
Disfagia	2	50,0	(16,7)	1	25,0
Disnea	2	50,0	(5,0)	1	25,0
Confusión/delirio	2	50,0	(14,3)	1	25,0
Astenia	2	50,0	(5,1)	1	25,0
Pérdida de peso	2	50,0	(4,8)		
Dolor	2	50,0	(3,2)		
Tos	2	50,0	(5,4)		
Xerostomía	1	25,0	(2,8)		
Saciedad precoz	1	25,0	(7,7)		
Náuseas/vómitos	1	25,0	(2,6)		
Insomnio	1	25,0	(3,6)		
Somnolencia	1	25,0	(4,8)		
Incontinencia	1	25,0	(14,3)		
TOTAL	4	100,0		4	100,0

<b>Número de síntomas</b>					
<b>ESTÓMAGO</b>					
Síntoma	<i>n</i>	%	(% s/ sínt.)	<i>n</i> principal	% principal
Anorexia	5	83,3	(6,9)		
Dolor	4	66,7	(6,5)	3	50,0
Pérdida de peso	4	66,7	(9,5)		
Astenia	3	50,0	(7,7)	2	33,3
Saciedad precoz	3	50,0	(23,1)		
Náuseas/vómitos	3	50,0	(7,7)		
Disfagia	2	33,3	(16,7)	1	16,7
Insomnio	2	33,3	(7,1)		
Ansiedad	2	33,3	(10,5)		
Otros síntomas	2	33,3	(13,3)		
Xerostomía	1	16,7	(2,8)		
Estreñimiento	1	16,7	(3,4)		
Hipo	1	16,7	(25,0)		
TOTAL	6	100,0		6	100,0

<b>Número de síntomas</b>					
<b>MAMA</b>					
Síntoma	<i>n</i>	%	(% s/ sínt.)	<i>n</i> principal	% principal
Dolor	7	70,0	(11,3)	4	40,0
Anorexia	7	70,0	(9,7)		
Astenia	5	50,0	(12,8)	1	10,0
Náuseas/vómitos	5	50,0	(12,8)		
Disnea	4	40,0	(10,0)	2	20,0
Tos	4	40,0	(10,8)		
Distermia	3	30,0	(20,0)	3	30,0
Xerostomía	3	30,0	(8,3)		
Estreñimiento	3	30,0	(10,3)		
Insomnio	3	30,0	(10,7)		
Saciedad precoz	1	10,0	(7,7)		
Ansiedad	1	10,0	(5,3)		
Otros síntomas	1	10,0	(6,7)		
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>		<b>10</b>	<b>100,0</b>

<b>Número de síntomas</b>					
<b>ORL</b>					
Síntoma	<i>n</i>	%	(% s/ sínt.)	<i>n</i> principal	% principal
Disnea	4	80,0	(10,0)	3	60,0
Tos	3	60,0	(8,1)		
Astenia	3	60,0	(7,7)		
Somnolencia	2	40,0	(9,5)		
Distermia	1	20,0	(6,7)	1	20,0
Xerostomía	1	20,0	(2,8)		
Estreñimiento	1	20,0	(3,4)		
Disgeusia	1	20,0	(12,5)		
Confusión/delirio	1	20,0	(7,1)		
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>		<b>4</b>	<b>100,0</b>

<b>Número de síntomas</b>					
<b>PÁNCREAS</b>					
Síntoma	<i>n</i>	%	(% s/ sínt.)	<i>n</i> principal	% principal
Dolor	2	100,0	(3,2)	1	50,0
Anorexia	2	100,0	(2,8)		
Xerostomía	2	100,0	(5,6)		
Estreñimiento	2	100,0	(6,9)		
Náuseas/vómitos	1	50,0	(2,6)	1	50,0
Pérdida de peso	1	50,0	(2,4)		
Disgeusia	1	50,0	(12,5)		
TOTAL	2	100,0		2	100,0

<b>Número de síntomas</b>					
<b>PRÓSTATA</b>					
Síntoma	<i>n</i>	%	(% s/ sínt.)	<i>n</i> principal	% principal
Dolor	4	80,0	(6,5)	2	40,0
Anorexia	2	40,0	(2,8)		
Náuseas/vómitos	2	40,0	(5,1)		
Disnea	1	20,0	(2,5)	1	20,0
Confusión/delirio	1	20,0	(7,1)	1	20,0
Otros síntomas	1	20,0	(6,7)	1	20,0
Pérdida de peso	1	20,0	(2,4)		
Xerostomía	1	20,0	(2,8)		
Estreñimiento	1	20,0	(3,4)		
Disgeusia	1	20,0	(12,5)		
Insomnio	1	20,0	(3,6)		
Ansiedad	1	20,0	(5,3)		
Tos	1	20,0	(2,7)		
Somnolencia	1	20,0	(4,8)		
Distermia	1	20,0	(6,7)		
TOTAL	5	100,0		5	100,0

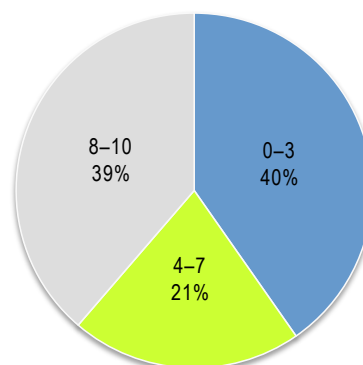
<b>Número de síntomas</b>					
<b>PULMÓN</b>					
Síntoma	<i>n</i>	%	(% s/ sínt.)	<i>n</i> principal	% principal
Anorexia	24	66,7	(33,3)		
Disnea	23	63,9	(57,5)	14	38,9
Dolor	20	55,6	(32,3)	8	22,2
Tos	20	55,6	(54,1)	3	8,3
Astenia	18	50,0	(46,2)	3	8,3
Pérdida de peso	13	36,1	(31,0)		
Náuseas/vómitos	9	25,0	(23,1)	1	2,8
Insomnio	8	22,2	(28,6)		
Otros síntomas	7	19,4	(46,7)	3	8,3
Estreñimiento	7	19,4	(24,1)		
Confusión/delirio	6	16,7	(42,9)	2	5,6
Xerostomía	6	16,7	(16,7)		
Ansiedad	6	16,7	(31,6)		
Somnolencia	6	16,7	(28,6)		
Depresión	5	13,9	(55,6)		
Distermia	4	11,1	(26,7)	1	2,8
Disfagia	3	8,3	(25,0)	1	2,8
Disgeusia	3	8,3	(37,5)		
Incontinencia	3	8,3	(42,9)		
Saciedad precoz	1	2,8	(7,7)		
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>		<b>36</b>	<b>100,0</b>

<b>Número de síntomas</b>					
<b>VEJIGA</b>					
Síntoma	<i>n</i>	%	(% s/ sínt.)	<i>n</i> principal	% principal
Anorexia	6	100,0	(8,3)		
Dolor	5	83,3	(8,1)	4	66,7
Pérdida de peso	5	83,3	(11,9)		
Astenia	4	66,7	(10,3)	2	33,3
Náuseas/vómitos	3	50,0	(7,7)		
Insomnio	3	50,0	(10,7)		
Ansiedad	3	50,0	(15,8)		
Depresión	2	33,3	(22,2)		
Tos	2	33,3	(5,4)		
Incontinencia	2	33,3	(28,6)		
Xerostomía	1	16,7	(2,8)		
Saciedad precoz	1	16,7	(7,7)		
Disfagia	1	16,7	(8,3)		
Somnolencia	1	16,7	(4,8)		
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>		<b>6</b>	<b>100,0</b>

<b>Número de síntomas</b>					
<b>VÍAS BILIARES</b>					
Síntoma	<i>n</i>	%	(% s/ sínt.)	<i>n</i> principal	% principal
Náuseas/vómitos	4	66,7	(10,3)	1	16,7
Anorexia	4	66,7	(5,6)		
Dolor	3	50,0	(4,8)	1	16,7
Pérdida de peso	3	50,0	(7,1)		
Xerostomía	3	50,0	(8,3)		
Estreñimiento	3	50,0	(10,3)		
Distermia	2	33,3	(13,3)	2	33,3
Saciedad precoz	2	33,3	(15,4)		
Insomnio	2	33,3	(7,1)		
Ansiedad	2	33,3	(10,5)		
Somnolencia	2	33,3	(9,5)		
Hipo	2	33,3	(50,0)		
Confusión/delirio	1	16,7	(7,1)	1	16,7
Otros síntomas	1	16,7	(6,7)	1	16,7
Disgeusia	1	16,7	(12,5)		
Disfagia	1	16,7	(8,3)		
Depresión	1	16,7	(11,1)		
Tos	1	16,7	(2,7)		
Astenia	1	16,7	(2,6)		
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>		<b>6</b>	<b>100,0</b>

*Escala visual analógica (EVA) en pacientes con dolor*

EVA	<i>n</i>	% s/ dolo r	% s/ total
0-3 Dolor bien controlado	25	40,3	24,0
4-7 Dolor mal controlado	13	21,0	12,5
8-10 Dolor muy mal controlado	24	38,7	23,1
TOTAL	62	100	59,6



*EVA frente a dolor como síntoma principal*

Dolor	EVA 0-4		EVA 5-7		EVA 8-10	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Frecuente no principal	21	(65,6)	8	(25,0)	3	(9,4)
Principal	4	(13,3)	5	(16,7)	21	(70,0)
TOTAL	25	(40,3)	13	(21,0)	24	(38,7)

*EVA frente a dolor mal controlado como complicación de la neoplasia*

Causa de ingreso	Sin dolor		EVA 0-4		EVA 5-7		EVA 8-10	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Dolor mal controlado	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(8,3)	11	(91,7)
Otra complicación	34	(45,3)	21	(28,0)	10	(13,3)	10	(13,3)
Otra causa de ingreso	8	(47,1)	4	(23,5)	2	(11,8)	3	(17,6)
TOTAL	42	(40,4)	25	(24,0)	13	(12,5)	24	(23,1)

## 1. Contraste estadístico de asociaciones

### 1.1 Asociaciones del motivo de ingreso con otros factores

#### *Motivo de ingreso frente a entorno*

**Tabla de contingencia Motivo de ingreso \* Pueblo vs ciudad<sup>a</sup>**

Recuento				
		Pueblo vs ciudad		
		pueblo	ciudad	Total
Motivo de ingreso	Administración QT	0	2	2
	Toxicidad QT	4	11	15
	Complicación neoplasia	32	55	87
	Total	36	68	104

a. Hospital de ingreso = Sagunto

p-valor (Ji-cuadrado / Freeman-Halton) = 0,4731 / 0,5305

#### *Motivo de ingreso frente a edad*

**Tabla de contingencia Motivo de ingreso \* Edad ≥ 75 años<sup>a</sup>**

Recuento				
		Edad ≥ 75 años		
		Sí	No	Total
Motivo de ingreso	Administración QT	0	2	2
	Toxicidad QT	2	13	15
	Complicación neoplasia	28	59	87
	Total	30	74	104

a. Hospital de ingreso = Sagunto

p-valor (Ji-cuadrado / Freeman-Halton) = 0,2422 / 0,2838

*Motivo de ingreso frente a estadio*

**Tabla de contingencia Motivo de ingreso \* Estadio (agrupado)<sup>a</sup>**

Recuento				
		Estadio (agrupado)		
		I-III	IV	Total
Motivo de ingreso	Administración QT	0	2	2
	Toxicidad QT	7	8	15
	Complicación neoplasia	18	69	87
	Total	25	79	104

a. Hospital de ingreso = Sagunto

p-valor (Ji-cuadrado / Freeman-Halton) = 0,09937 / 0,09937

*Motivo de ingreso frente a hemoglobina*

**Tabla de contingencia Motivo de ingreso \* Hemoglobina al ingreso<sup>a</sup>**

Recuento						
		Hemoglobina al ingreso				
		≥ 12	≥ 10 – < 12	≥ 8 – < 10	≥ 6,5 – < 8	Total
Motivo de ingreso	Administración QT	0	1	1	0	2
	Toxicidad QT	6	6	1	2	15
	Complicación neoplasia	31	30	19	7	87
	Total	37	37	21	9	104

a. Hospital de ingreso = Sagunto

p-valor (Ji-cuadrado / Freeman-Halton) = 0,7300 / 0,5693



*Motivo de ingreso frente a comorbilidades*

**Tabla de contingencia Motivo de ingreso \* Existencia de comorbilidades<sup>a</sup>**

Recuento				
		Existencia de comorbilidades		
		Sí	No	Total
Motivo de ingreso	Administración QT	1	1	2
	Toxicidad QT	13	2	15
	Complicación neoplasia	55	32	87
	Total	69	35	104

a. Hospital de ingreso = Sagunto

p-valor (Ji-cuadrado / Freeman-Halton) = 0,233 / 0,1351

**Tabla de contingencia Motivo de ingreso \* Número de comorbilidades<sup>a</sup>**

Recuento					
		Número de comorbilidades			
		1	2	3	Total
Motivo de ingreso	Administración QT	0	1	0	1
	Toxicidad QT	9	4	0	13
	Complicación neoplasia	33	15	7	55
	Total	42	20	7	69

a. Hospital de ingreso = Sagunto

p-valor (Ji-cuadrado / Freeman-Halton) = 0,3156 / 0,3812

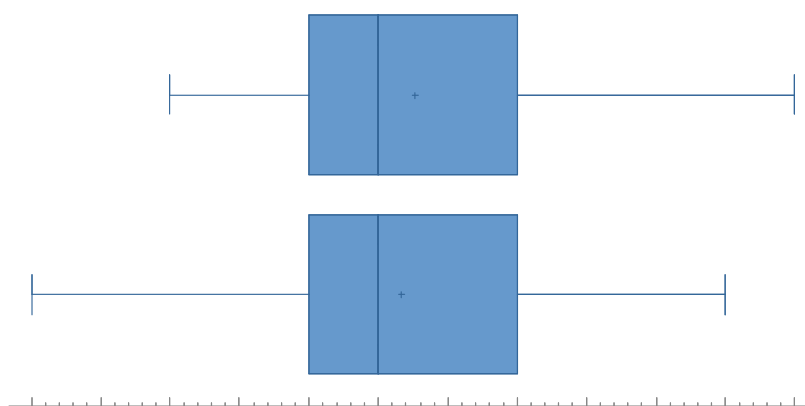
## 1.2 Asociaciones de la sintomatología con otros factores

### Número de síntomas frente a motivo de ingreso

Motivo de ingreso	n	Número de síntomas				
		Media	Mediana	(IC95%)	Desv. Típ.	Mín-Máx
Administración de QT	2	2,00	2	(n/d)	2,8284	0-4
Toxicidad QT	15	4,40	4	(3,5-5,5)	2,1974	1-10
Complicación neoplasia	87	5,64	5	(4,5-5,5)	2,1833	2-11
TOTAL	104	5,39	5	(4,5-5,5)	2,2659	0-11

### Número de síntomas frente a entorno

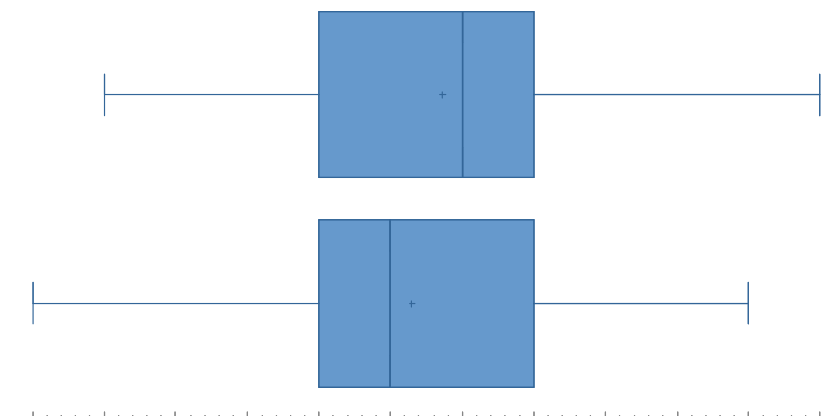
Entorno	n	Número de síntomas				
		Media	Mediana	(IC95%)	Desv. Típ.	Mín-Máx
Rural	36	5,53	5	(4-6)	2,2989	2-11
Urbano	68	5,33	5	(4,5-5,5)	2,2622	0-10
TOTAL	104	5,39	5	(4,5-5,5)	2,2659	0-11



p-valor (Kruskal-Wallis / mediana) = 0,7794 / > 0,9999

*Número de síntomas frente a estadio*

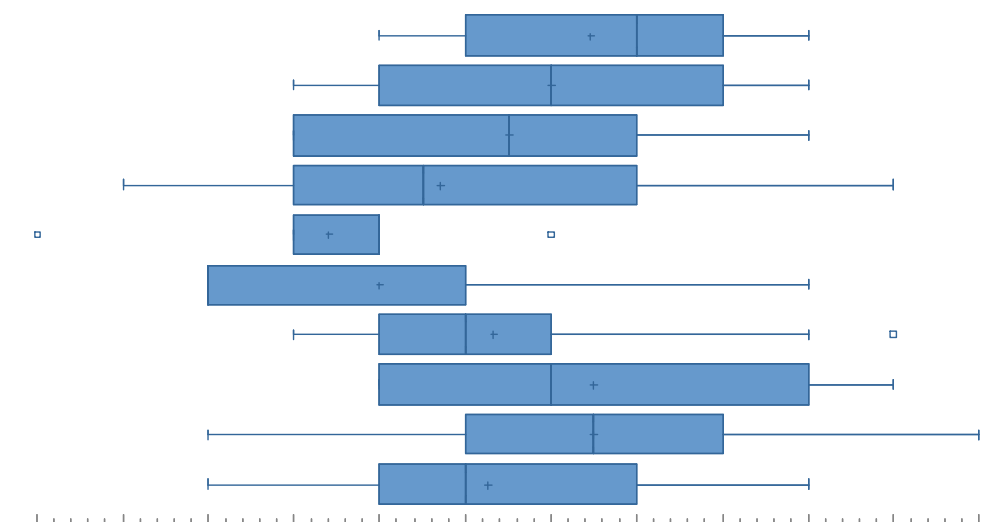
Estadio	n	Número de síntomas				
		Media	Mediana	(IC95%)	Desv. Típ.	Mín-Más
I-III	25	5,72	6	(5-7,5)	2,6539	1-11
IV	79	5,29	5	(4,5-6)	2,1373	0-10
TOTAL	104	5,39	5	(4,5-5,5)	2,2659	0-11



p-valor (Kruskal-Wallis / mediana) = 0,5022 / 0,1681

*Número de síntomas frente a localización*

Localización	n	Número de síntomas				
		Media	Mediana	(IC95%)	Desv. Típ.	Mín-Más
COLON	11	6,45	7	(6-8)	1,6349	4-9
ESÓFAGO	4	6,00	6	n/d	2,5820	3-9
ESTÓMAGO	6	5,50	5,5	(3-9)	2,3452	3-9
MAMA	10	4,70	4,5	(3-7)	2,7101	1-10
ORL	5	3,40	4	n/d	2,1909	0-6
PRÓSTATA	5	4,00	2	n/d	3,0822	2-9
PULMÓN	36	5,33	5	(4,5-6)	1,8048	3-10
VEJIGA	6	6,50	6	(4-10)	2,5884	4-10
VÍAS BILIARES	6	6,50	6,5	(2-11)	3,0166	2-11
Otras (9 localiz.)	15	5,27	5	(4-6,5)	2,3135	2-9
TOTAL	104	5,39	5	(4,5-5,5)	2,2659	0-11



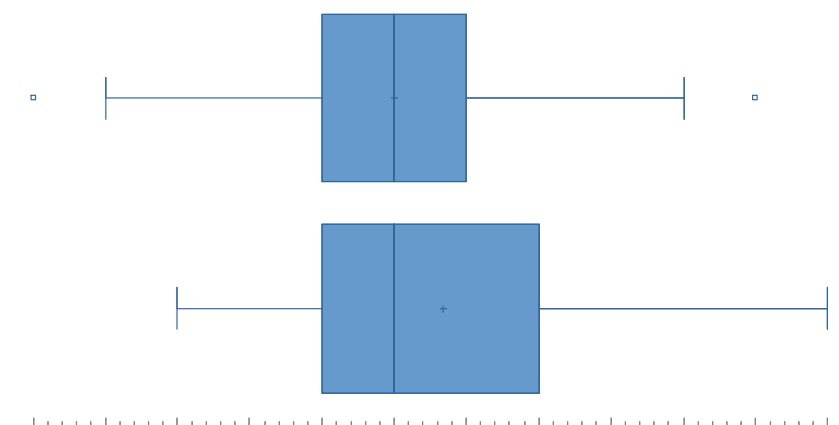
p-valor (mediana) = 0,4794

Localización	Núm. síntomas $\leq 2$		Núm. síntomas $> 2$	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
COLON	0	(0,0)	11	(100,0)
ESÓFAGO	0	(0,0)	4	(100,0)
ESTÓMAGO	0	(0,0)	6	(100,0)
MAMA	2	(20,0)	8	(80,0)
ORL	1	(20,0)	4	(80,0)
PRÓSTATA	3	(60,0)	2	(40,0)
PULMÓN	0	(0,0)	36	(100,0)
VEJIGA	0	(0,0)	6	(100,0)
VÍAS BILIARES	1	(16,7)	5	(83,3)
Otras (9 localiz.)	2	(13,3)	13	(86,7)
TOTAL	9	(8,7)	95	(91,3)

p-valor (Ji-cuadrado / Freeman-Halton) = 0,006073 / 0,0025

Número de síntomas frente a tratamiento quimioterápico activo

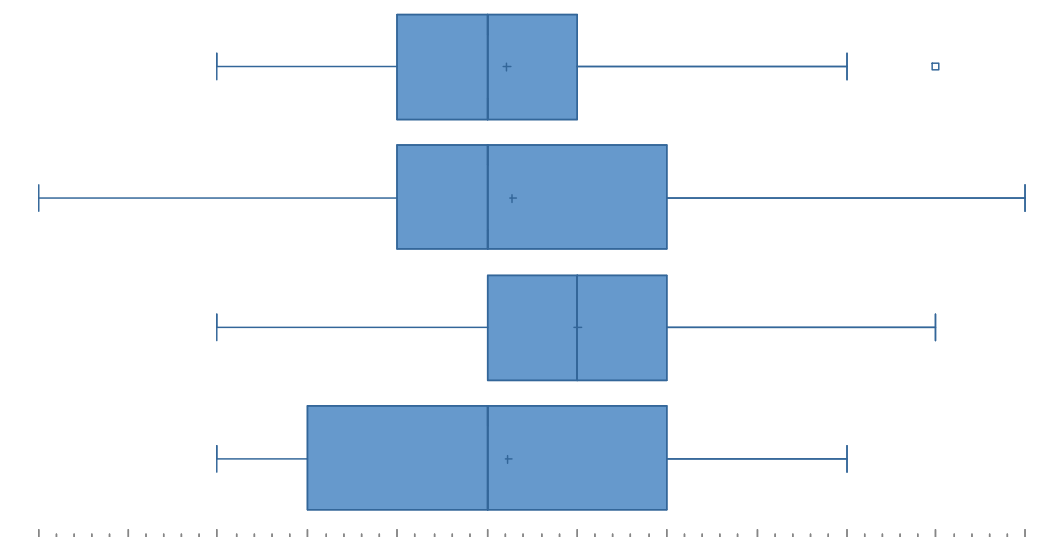
Tratamiento QT activo	n	Número de síntomas				
		Media	Mediana	(IC95%)	Desv. Típ.	Mín-Max
Sí	43	5,00	5	(4,5-5,5)	2,1712	0-10
No	61	5,67	5	(4,5-6)	2,3074	2-11
TOTAL	104	5,39	5	(4,5-5,5)	2,2659	0-11



p-valor (Kruskal-Wallis / mediana) = 0,2150 / 0,1645

*Número de síntomas frente a anemia*

Hemoglobina al ingreso	n	Número de síntomas				
		Media	Mediana	(IC95%)	Desv. Típ.	Mín-Máx
≥ 12	37	5,22	5	(4,5-6)	1,9598	2-10
[ 10 , 12 [	37	5,27	5	(4,5-6)	2,5890	0-11
[ 8 , 10 [	21	6,00	6	(5-7)	2,0494	2-10
[ 6,5 , 8 [	9	5,22	5	(3-7,5)	2,6352	2-9
TOTAL	104	5,39	5	(4,5-5,5)	2,2659	0-11



p-valor (mediana) = 0,5529

*Sintomatología ansioso-depresiva frente a localización*

Localización	Insomnio		Ansiedad		Depresión	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
COLON	5	(45,5)	3	(27,3)	1	(9,1)
ESÓFAGO	1	(25,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
ESTÓMAGO	2	(33,3)	2	(33,3)	0	(0,0)
MAMA	3	(30,0)	1	(10,0)	0	(0,0)
ORL	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
PRÓSTATA	1	(20,0)	1	(20,0)	0	(0,0)
PULMÓN	8	(22,2)	6	(16,7)	5	(13,9)
VEJIGA	3	(50,0)	3	(50,0)	2	(33,3)
VÍAS BILIARES	2	(33,3)	2	(33,3)	1	(16,7)
Otras (9 localiz.)	3	(20,0)	1	(6,7)	0	(0,0)
TOTAL	28	(26,9)	19	(18,3)	9	(8,7)
p-valor (Ji-cuadrado / Freeman-Halton)	0,7079 / 0,6819		0,316 / 0,3110		0,2843 / 0,3805	

Localización	Número de síntomas de tipo ansioso-depresivo							
	0		1		2		3	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
COLON	4	(36,4)	5	(45,5)	2	(18,2)	0	(0,0)
ESÓFAGO	3	(75,0)	1	(25,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
ESTÓMAGO	4	(66,7)	0	(0,0)	2	(33,3)	0	(0,0)
MAMA	6	(60,0)	4	(40,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
ORL	5	(100,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
PRÓSTATA	4	(80,0)	0	(0,0)	1	(20,0)	0	(0,0)
PULMÓN	24	(66,7)	6	(16,7)	5	(13,9)	1	(2,8)
VEJIGA	3	(50,0)	0	(0,0)	1	(16,7)	2	(33,3)
VÍAS BILIARES	2	(33,3)	3	(50,0)	1	(16,7)	0	(0,0)
Otras (9 localiz.)	12	(80,0)	2	(13,3)	1	(6,7)	0	(0,0)
TOTAL	67	(64,4)	21	(20,2)	13	(12,5)	3	(2,9)

## Sintomatología de cuadro constitucional frente a localización

Localización	Pérdida de peso		Anorexia		Astenia	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
COLON	8	(72,7)	8	(72,7)	1	(9,1)
ESÓFAGO	2	(50,0)	4	(100,0)	2	(50,0)
ESTÓMAGO	4	(66,7)	5	(83,3)	3	(50,0)
MAMA	0	(0,0)	7	(70,0)	5	(50,0)
ORL	0	(0,0)	0	(0,0)	3	(60,0)
PRÓSTATA	1	(20,0)	2	(40,0)	0	(0,0)
PULMÓN	13	(36,1)	24	(66,7)	18	(50,0)
VEJIGA	5	(83,3)	6	(100,0)	4	(66,7)
VÍAS BILIARES	3	(50,0)	4	(66,7)	1	(16,7)
Otras (9 localiz.)	6	(40,0)	12	(80,0)	2	(13,3)
TOTAL	42	(40,4)	72	(69,2)	39	(37,5)
p-valor (Ji-cuadrado / Freeman-Halton)	0,003553 / 0,002469		0,01793 / 0,02727		0,02151 / 0,0167	

Localización	Número de síntomas de cuadro constitucional							
	0		1		2		3	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
COLON	1	(9,1)	4	(36,4)	5	(45,5)	1	(9,1)
ESÓFAGO	0	(0,0)	1	(25,0)	2	(50,0)	1	(25,0)
ESTÓMAGO	0	(0,0)	2	(33,3)	2	(33,3)	2	(33,3)
MAMA	1	(10,0)	6	(60,0)	3	(30,0)	0	(0,0)
ORL	2	(40,0)	3	(60,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
PRÓSTATA	3	(60,0)	1	(20,0)	1	(20,0)	0	(0,0)
PULMÓN	6	(16,7)	12	(33,3)	11	(30,6)	7	(19,4)
VEJIGA	0	(0,0)	1	(16,7)	1	(16,7)	4	(66,7)
VÍAS BILIARES	2	(33,3)	0	(0,0)	4	(66,7)	0	(0,0)
Otras (9 localiz.)	2	(13,3)	6	(40,0)	7	(46,7)	0	(0,0)
TOTAL	17	(16,3)	36	(34,6)	36	(34,6)	15	(14,4)



*Sintomatología digestiva frente a localización*

Localización	Xerostomía		Estreñimiento		Saciedad precoz	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
COLON	9	(81,8)	6	(54,5)	2	(18,2)
ESÓFAGO	1	(25,0)	0	(0,0)	1	(25,0)
ESTÓMAGO	1	(16,7)	1	(16,7)	3	(50,0)
MAMA	3	(30,0)	3	(30,0)	1	(10,0)
ORL	1	(20,0)	1	(20,0)	0	(0,0)
PRÓSTATA	1	(20,0)	1	(20,0)	0	(0,0)
PULMÓN	6	(16,7)	7	(19,4)	1	(2,8)
VEJIGA	1	(16,7)	0	(0,0)	1	(16,7)
VÍAS BILIARES	3	(50,0)	3	(50,0)	2	(33,3)
Otras (9 localiz.)	10	(66,7)	7	(46,7)	2	(13,3)
TOTAL	36	(34,6)	29	(27,9)	13	(12,5)
p-valor (Ji-cuadrado / Freeman-Halton)	0,000814 / 0,0009725		0,1212 / 0,1365		0,07166 / 0,03504	

(cont.)

Localización	Náuseas/vómitos		Disgeusia		Disfagia	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
COLON	6	(54,5)	0	(0,0)	1	(9,1)
ESÓFAGO	1	(25,0)	0	(0,0)	2	(50,0)
ESTÓMAGO	3	(50,0)	0	(0,0)	2	(33,3)
MAMA	5	(50,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
ORL	0	(0,0)	1	(20,0)	0	(0,0)
PRÓSTATA	2	(40,0)	1	(20,0)	0	(0,0)
PULMÓN	9	(25,0)	3	(8,3)	3	(8,3)
VEJIGA	3	(50,0)	0	(0,0)	1	(16,7)
VÍAS BILIARES	4	(66,7)	1	(16,7)	1	(16,7)
Otras (9 localiz.)	6	(40,0)	2	(13,3)	2	(13,3)
TOTAL	39	(37,5)	8	(7,7)	12	(11,5)
p-valor (Ji-cuadrado / Freeman-Halton)	0,3020 / 0,2642		0,6553 / 0,5802		0,2012 / 0,2023	

Localización	Número de síntomas de tipo digestivo									
	0		1		2		3		4-6	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
COLON	0	(0,0)	2	(18,2)	6	(54,5)	2	(18,2)	1	(9,1)
ESÓFAGO	2	(50,0)	0	(0,0)	1	(25,0)	1	(25,0)	0	(0,0)
ESTÓMAGO	2	(33,3)	1	(16,7)	0	(0,0)	3	(50,0)	0	(0,0)
MAMA	3	(30,0)	4	(40,0)	2	(20,0)	0	(0,0)	1	(10,0)
ORL	4	(80,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(20,0)	0	(0,0)
PRÓSTATA	1	(20,0)	3	(60,0)	1	(20,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
PULMÓN	15	(41,7)	15	(41,7)	4	(11,1)	2	(5,6)	0	(0,0)
VEJIGA	2	(33,3)	2	(33,3)	2	(33,3)	0	(0,0)	0	(0,0)
VÍAS BILIARES	1	(16,7)	1	(16,7)	2	(33,3)	0	(0,0)	2	(33,3)
Otras (9 localiz.)	3	(20,0)	2	(13,3)	5	(33,3)	3	(20,0)	2	(13,3)
TOTAL	33	(31,7)	30	(28,8)	23	(22,1)	12	(11,5)	6	(5,8)

Localización	Síntomatología digestiva como principal	
	<i>n</i>	(%)
COLON	3	(27,3)
ESÓFAGO	1	(25,0)
ESTÓMAGO	1	(16,7)
MAMA	0	(0,0)
ORL	0	(0,0)
PRÓSTATA	0	(0,0)
PULMÓN	2	(5,6)
VEJIGA	0	(0,0)
VÍAS BILIARES	1	(16,7)
Otras (9 localiz.)	1	(6,7)
TOTAL	9	(8,7)

p-valor (Ji-cuadrado / Freeman-Halton) = 0,3288 / 0,2638

*Sintomatología respiratoria frente a localización*

Localización	Disnea		Tos	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
COLON	3	(27,3)	3	(27,3)
ESÓFAGO	2	(50,0)	2	(50,0)
ESTÓMAGO	0	(0,0)	0	(0,0)
MAMA	4	(40,0)	4	(40,0)
ORL	4	(80,0)	3	(60,0)
PRÓSTATA	1	(20,0)	1	(20,0)
PULMÓN	23	(63,9)	20	(55,6)
VEJIGA	0	(0,0)	2	(33,3)
VÍAS BILIARES	0	(0,0)	1	(16,7)
Otras (9 localiz.)	3	(20,0)	1	(6,7)
TOTAL	40	(38,5)	37	(35,6)
p-valor (Ji-cuadrado / Freeman-Halton)	0,0002486 / 0,0003011		0,02206 / 0,01564	

Localización	Número de síntomas de tipo respiratorio					
	0		1		2	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
COLON	7	(63,6)	2	(18,2)	2	(18,2)
ESÓFAGO	2	(50,0)	0	(0,0)	2	(50,0)
ESTÓMAGO	6	(100,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
MAMA	5	(50,0)	2	(20,0)	3	(30,0)
ORL	1	(20,0)	1	(20,0)	3	(60,0)
PRÓSTATA	3	(60,0)	2	(40,0)	0	(0,0)
PULMÓN	8	(22,2)	13	(36,1)	15	(41,7)
VEJIGA	4	(66,7)	2	(33,3)	0	(0,0)
VÍAS BILIARES	5	(83,3)	1	(16,7)	0	(0,0)
Otras (9 localiz.)	12	(80,0)	2	(13,3)	1	(6,7)
TOTAL	53	(51,0)	25	(24,0)	26	(25,0)

Localización	Síntomatología respiratoria como principal	
	<i>n</i>	(%)
COLON	3	(27,3)
ESÓFAGO	1	(25,0)
ESTÓMAGO	0	(0,0)
MAMA	2	(20,0)
ORL	3	(60,0)
PRÓSTATA	1	(20,0)
PULMÓN	17	(47,2)
VEJIGA	0	(0,0)
VÍAS BILIARES	0	(0,0)
Otras (9 localiz.)	3	(20,0)
TOTAL	30	(28,8)

p-valor (Ji-cuadrado / Freeman-Halton) = 0,04562 / 0,05555

### 1.3 Asociaciones relacionadas con el dolor

#### *Dolor como síntoma frente a localización*

Localización	Dolor como síntoma	
	<i>n</i>	(%)
COLON	7	(63,6)
ESÓFAGO	2	(50,0)
ESTÓMAGO	4	(66,7)
MAMA	7	(70,0)
ORL	0	(0,0)
PRÓSTATA	4	(80,0)
PULMÓN	20	(55,6)
VEJIGA	5	(83,3)
VÍAS BILIARES	3	(50,0)
Otras (9 localiz.)	10	(66,7)
TOTAL	62	(59,6)

p-valor (Ji-cuadrado / Freeman-Halton) = 0,2660 / 0,2782

Localización	Dolor como síntoma principal	
	<i>n</i>	(%)
COLON	2	(18,2)
ESÓFAGO	0	(0,0)
ESTÓMAGO	3	(50,0)
MAMA	4	(40,0)
ORL	0	(0,0)
PRÓSTATA	2	(40,0)
PULMÓN	8	(22,2)
VEJIGA	4	(66,7)
VÍAS BILIARES	1	(16,7)
Otras (9 localiz.)	6	(40,0)
TOTAL	30	(28,8)

p-valor (Ji-cuadrado / Freeman-Halton) = 0,1676 / 0,1874

*Dolor como síntoma frente a estadio*

Estadio	Dolor como síntoma	
	<i>n</i>	(%)
I-III	12	(48,0)
IV	50	(63,3)
TOTAL	62	(59,6)

p-valor (Ji-cuadrado / Jonckheere-Terpstra / linear-by-linear association) = 0,1308 / 0,1308 / 0,1308

Estadio	Dolor como síntoma principal	
	<i>n</i>	(%)
I-III	3	(12,0)
IV	27	(34,2)
TOTAL	30	(28,8)

p-valor (Ji-cuadrado / Jonckheere-Terpstra / linear-by-linear association) = 0,02555 / 0,02555 / 0,02555

*Dolor como síntoma frente a tratamiento para el dolor*

Tratamiento para el dolor	Dolor como síntoma	
	<i>n</i>	(%)
Sí, incluyendo mórficos	31	(100,0)
Sí, sin mórficos	15	(100,0)
No	16	(27,6)
TOTAL	62	(59,6)

p-valor (Jonckheere-Terpstra / linear-by-linear association) = < 0,0001 / < 0,0001

Tratamiento para el dolor	Dolor como síntoma principal	
	<i>n</i>	(%)
Sí, incluyendo mórficos	17	(54,8)
Sí, sin mórficos	7	(46,7)
No	6	(10,3)
TOTAL	30	(28,8)

p-valor (Jonckheere-Terpstra / linear-by-linear association) = < 0,0001 / < 0,0001

*Dolor como síntoma frente a fármacos coadyuvantes*

Fármacos coadyuvantes	Dolor como síntoma	
	<i>n</i>	(%)
Sí	10	(100,0)
No	36	(100,0)
TOTAL	46	(100,0)

Fármacos coadyuvantes	Dolor como síntoma principal	
	<i>n</i>	(%)
Sí	8	(80,0)
No	16	(44,4)
TOTAL	24	(52,2)

p-valor (Ji-cuadrado / Jonckheere-Terpstra / linear-by-linear association): 0,04922 / 0,04922 / 0,04922

*Dolor como síntoma frente a EVA*

EVA	Dolor como síntoma	
	<i>n</i>	(%)
0-3 Dolor bien controlado	25	(100,0)
4-7 Dolor mal controlado	13	(100,0)
8-10 Dolor muy mal controlado	24	(100,0)
TOTAL	62	(100,0)

Estadio	Dolor como síntoma principal	
	<i>n</i>	(%)
0-3 Dolor bien controlado	4	(16,0)
4-7 Dolor mal controlado	5	(38,5)
8-10 Dolor muy mal controlado	21	(87,5)
TOTAL	30	(48,4)

p-valor (Jonckheere-Terpstra / linear-by-linear association): < 0,0001 / < 0,0001

*EVA frente a localización*

Localización	EVA					
	0-3		4-7		8-10	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
COLON	4	(36,4)	3	(27,3)	0	(0,0)
ESÓFAGO	1	(25,0)	0	(0,0)	1	(25,0)
ESTÓMAGO	0	(0,0)	2	(33,3)	2	(33,3)
MAMA	0	(0,0)	2	(20,0)	5	(50,0)
ORL	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
PRÓSTATA	2	(40,0)	0	(0,0)	2	(40,0)
PULMÓN	7	(19,4)	5	(13,9)	8	(22,2)
VEJIGA	2	(33,3)	0	(0,0)	3	(50,0)
VÍAS BILIARES	2	(33,3)	1	(16,7)	0	(0,0)
Otras (9 localiz.)	7	(46,7)	0	(0,0)	3	(20,0)
COLON	25	(24,0)	13	(12,5)	24	(23,1)

*EVA frente a estadio*

Estadio	EVA					
	0-3		4-7		8-10	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
I-III	6	(24,0)	3	(12,0)	3	(12,0)
IV	19	(24,1)	10	(12,7)	21	(26,6)
TOTAL	25	(24,0)	13	(12,5)	24	(23,1)

p-valor (Jonckheere-Terpstra / linear-by-linear association): 0,1964 / 0,2054

*EVA frente a dosis de mórnicos*

Dosis de mórnicos	EVA					
	0-3		4-7		8-10	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Baja	6	(26,1)	6	(26,1)	11	(47,8)
Media	3	(60,0)	1	(20,0)	1	(20,0)
Alta	0	(0,0)	0	(0,0)	3	(100,0)
TOTAL	9	(29,0)	7	(22,6)	15	(48,4)

p-valor (Jonckheere-Terpstra / linear-by-linear association): 0,4890 / 0,3419

*EVA frente a fármacos coadyuvantes*

Fármacos coadyuvantes	EVA					
	0-3		4-7		8-10	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Sí	1	(10,0)	2	(20,0)	7	(70,0)
No	14	(38,9)	10	(27,8)	12	(33,3)
TOTAL	15	(32,6)	12	(26,1)	19	(41,3)

p-valor (Jonckheere-Terpstra / linear-by-linear association): 0,0221 / 0,02539