



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## 1205 - PROYECTO DE ASISTENCIA COMPARTIDA DE MEDICINA INTERNA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL DE MATARÓ

*Ester Paula Fernández Fernández, Alba Palau Domínguez, Daniel García Fuentes, Laura Puntí Bru, Carlos Rivas Corredor, Candela Álvarez Vázquez, Pilar Lianes Barragán y Ramón Boixeda Viu*

*Hospital de Mataró, Mataró (Barcelona).*

### Resumen

**Objetivos:** Se propone la creación de una unidad de hospitalización a cargo de Medicina Interna para tratar a pacientes con enfermedad oncológica o hematológica y aquellos que ingresan con alta sospecha de enfermedad tumoral.

**Métodos:** Se registra la actividad asistencial desarrollada a lo largo del primer semestre del año 2022 en la Unidad del paciente oncohematológico del Hospital de Mataró (Barcelona).

**Resultados:** Se incluyeron 168 pacientes que ingresaron entre 01/01/2022 y 30/06/2022, que fueron un 54,17% de hombres (n = 91) y un 45,83% de mujeres (n = 77). La media de edad fue de 66,21 años. Observamos que eran pacientes oncológicos el 80,95% (n = 136), el 9,52% (n = 16) eran pacientes que habían ingresado por alta sospecha de enfermedad oncológica, y un 8,33% (n = 14) tenían un diagnóstico histológico a nivel oncológico pero no habían iniciado tratamiento porque faltaba algún estudio complementario; tan solo un 1,19% (n = 2) eran pacientes oncológicos (tabla). La neoplasia más frecuente fue pulmón con 29,17% (n = 49), seguida de zona digestiva superior 16,07% (n = 27) y mama 14,29% (n = 24) y urológico otro 14,29%. El resto: digestivo inferior 11,31% (n = 19), ginecológico 7,14% (n = 12), cuello 5,36% (n = 9), linfomas 1,79% (n = 3) y piel un caso (gráfico 1). El 70,81% (n = 124) presentaban enfermedad metastásica al momento del ingreso, no así el resto (26,19%, n = 44). Los motivos de ingreso más frecuentemente encontrados fue el control de síntomas en el 41% de los pacientes (n = 69), entre los que se encontró mal control del dolor en el 18,4% (n = 31) y astenia en el 17,26% (n = 29). El segundo gran motivo de ingreso fueron las enfermedades infecciosas en el 28,5% (n = 48), con predominancia de la infección respiratoria en el 12,5% (n = 21) del total de pacientes ingresados, seguido por la urológica en el 10,11% (n = 17). El tercer grupo fueron los que tenían una progresión de la enfermedad oncológica en el 22,6% (n = 32), seguido por la toxicidad quimio-radioterápica 17,2% (n = 29), con mayor peso de la toxicidad hematológica 10,11% (n = 17) seguido por la neutropenia febril en el 6,54% (n = 11). Otros bloques importantes fueron la patología respiratoria en el 16% (n = 27), principalmente por insuficiencia respiratoria en el 9,5% (n = 16) y la patología digestiva en el 14,8% (n = 25; siendo 14 por náuseas) así como la neurológica 12% (n = 20) y la renal 9,5% (n = 16). En menor medida encontramos motivos cardiológicos (2,4%) y psiquiátricos 1,2% (n = 2). Se parametrizó con escala ECOG a los pacientes en el momento del ingreso, siendo el 36,90% (n = 62) ECOG 2, y el 27,38% (n = 46) ECOG 3 así como ECOG 1 el 16,07% (n = 27) y ECOG 4 el 15,48% (n = 26).

	Frecuencia n (% del total)
Debut/Diagnóstico enfermedad oncológica	16 (9,52)
Ingreso programado para intervención	8 (4,7)
PAAF pulmonar	2 (1,2)
Drenaje pleural	4 (2,4)
Colocación PEG	1 (0,6)
Colocación drenaje biliar	1 (0,6)
Progresión enfermedad oncológica	32 (22,6)
Toxicidad QT/RT	29 (17,2)
Neutropenia febril	11 (6,54)
Toxicidad hematológica (neutropenia afebril/plaquetopenia/anemia)	17 (10,11)
Toxicidad renal	1 (0,6)
Toxicidad cutánea	2 (1,2)
Toxicidad mucosa	5 (3)
Toxicidad digestiva	5 (3)

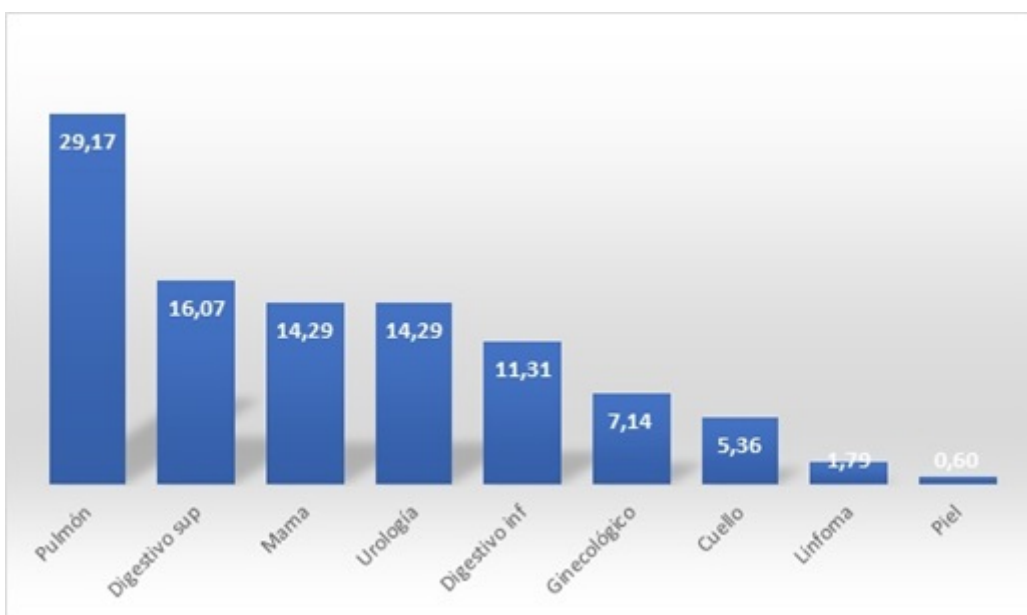
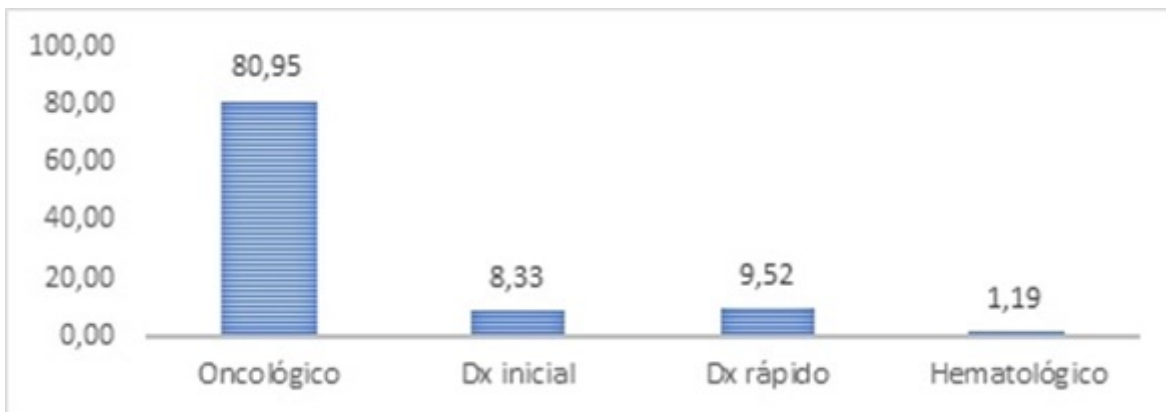
Toxicidad pulmonar	2 (1,2)
Control de síntomas	69 (41)
Fiebre tumoral	6 (3,57)
Deterioro funcional	24 (14,28)
Astenia	29 (17,26)
Anorexia	15 (26,2)
Dolor mal controlado	31 (18,4)
Disnea	21 (12,5)
Enfermedad infecciosa	48 (28,5)
Infección respiratoria	21 (12,5)
Infección endovascular	4 (2,4)
Infección urológica	17 (10,11)
Infección cutánea	3 (1,9)
Infección abdominal	4 (2,4)
Infección piel/partes blandes	2 (1,2)

Patología respiratoria	27 (16)
Insuficiencia respiratoria	16 (9,5)
Hemoptisis	2 (1,2)
Síndrome de la vena cava	1 (0,6)
Tromboembolismo pulmonar	1 (0,6)
Derrame pleural	13 (7,74)
Linfangitis	3 (1,9)
Patología renal	16 (9,5)
Insuficiencia renal	12 (7,14)
Patología digestiva	25 (14,8)
Nauseas/vómitos/diarreas	14 (8,3)
Obstrucción biliar	4 (2,4)
Hemorragia digestiva alta	2 (1,2)
Hemorragia digestiva baja	1 (0,6)
Obstrucción intestinal	10 (6)

Abdomen agudo	1 (0,6)
Colitis	1 (0,6)
Ascitis	1 (0,6)
Enfermedad neurológica	20 (12)
Crisis comiciales	5 (3)
Focalidad neurológica	13 (7,7)
Demencia	1 (0,6)
Compresión medular	1 (0,6)
Síndrome confusional	2 (1,2)
Enfermedad cardiovascular	4 (2,4)
Arritmia	1 (0,6)
Anasarca	3 (1,9)
Insuficiencia cardíaca debut	1 (0,6)
Patología psiquiátrica	
Depresión	2 (1,2)

Fractura patológica

1 (0,6)



**Discusión:** En los últimos años, los avances en la oncología han cambiado el paradigma de los pacientes oncológicos lo que se traduce en un aumento de la supervivencia pero también de la complejidad y de volumen de pacientes en seguimiento y tratamiento. La tendencia de la medicina a la superespecialización hace que cada vez el oncólogo se centre más en el manejo concreto de su patología siendo necesario integrar la función de un internista que aporte una visión global del paciente que sea útil en el manejo optimizado de patologías comórbidas de estos pacientes y sus complicaciones. Si bien es necesario que el internista adquiera una formación específica en el manejo de este tipo de pacientes y sus complicaciones. La creación de unidades de hospitalización de asistencia compartida entre Medicina Interna y Oncología es óptima para dar una buena calidad asistencial a este tipo de pacientes.

**Conclusiones:** Se trata de pacientes con patología oncológica avanzada con importantes comorbilidades que ingresan para control de síntomas y para el manejo de otras patológicas somáticas dentro del contexto de la propia enfermedad oncológica como las enfermedades infecciosas, o descompensaciones de otras comorbilidades. Todo ello nos demuestra la elevada complejidad de estos pacientes que se benefician de un abordaje la interdisciplinar formado por el binomio internista-oncólogo.