



# Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

## DP-1. - COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

L. Pérez Rodríguez<sup>1</sup>, S. Plaza Canteli<sup>1</sup>, G. Flox Benítez<sup>1</sup>, M. Jimeno Aritzia<sup>1</sup>, V. Rojo Valencia<sup>1</sup>, J. Marco Martínez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Desde el año 2002 nuestro hospital cuenta con una Unidad de Cuidados Paliativos que depende funcionalmente del Servicio de Medicina Interna (MI). Nuestro objetivo es analizar las diferencias entre los pacientes oncológicos y los no oncológicos atendidos en dicha Unidad.

**Métodos:** Se ha utilizado una base de datos propia de la Unidad en la que se registran datos de filiación, diagnósticos, episodios de ingreso, estancia media, tipo de alta y tiempo de evolución en programa de paliativos. Periodo de estudio desde febrero de 2002 a diciembre de 2013.

**Resultados:** Se incluyen 2.499 pacientes que generaron 3.922 episodios. Los oncológicos fueron 2.292 pacientes (3.703 episodios), 64,8% eran hombres con edad media de 69,8 (DE 12,4) años. Los no oncológicos son 207 (8,2%) pacientes (219 episodios), 41% hombres con edad media 81,7 (DE 11). La patología oncológica más frecuente fue el cáncer de pulmón (21,7%), mientras que la no oncológica fue la demencia (36,2%). La patología que motivó el ingreso en los oncológicos fue el control del dolor en un 13,2% de los casos, seguido de la patología infecciosa respiratoria (12,7%). La atención en la agonía supuso un 3%. Dentro de los no oncológicos la patología infecciosa respiratoria supuso un 22,8%, seguida del ictus (10%). La atención en la agonía supuso un 1,8%. Los síntomas más frecuentes fueron el dolor (oncológicos 26% vs no oncológicos 11%) y la disnea (oncológicos 20,5 vs no oncológicos 37%). La estancia media en oncológicos fue de 8,2 (DE 10) días, mientras que en no oncológicos fue de 6,3 (DE 5,7) días. En los oncológicos fueron altas a domicilio el 52%, el 10,9% a hospitales de cuidados paliativos, el 1,5% se trasladaron a otros hospitales. Fallecieron en el hospital el 34,7%. De los no oncológicos, el 14,6% fueron a domicilio, el 10,5% a residencia, el 5% a hospitales de cuidados paliativos, un 1,8% se trasladaron a otros hospitales y el 68% fallecieron en hospitalización. El tiempo de permanencia en el programa hasta el fallecimiento/fin del estudio fue en los oncológicos de 126 días frente a 106 días en los pacientes no oncológicos. En el grupo oncológico hubo un 37% de reingresos, con un promedio de 2,63 y un tiempo medio hasta el nuevo ingreso de 78,27 días. Dentro de los pacientes no oncológicos hubo 4,5% de reingresos, con un tiempo medio transcurrido de 164 días. Se indicó sedación para control de síntomas refractarios en el 38,2% de los pacientes oncológicos, frente al 25% de los no oncológicos.

**Discusión:** La mayoría de pacientes atendidos en nuestra Unidad presentan patología oncológica. La edad media es superior en el grupo no oncológico y también la mortalidad. En ambos grupos la patología respiratoria supone un porcentaje importante en relación al motivo de ingreso. La disnea curiosamente predomina claramente entre los pacientes no tumorales. En cuanto a la estancia media, es superior en el

grupo oncológico, quizás porque el otro grupo presenta un mortalidad intrahospitalaria superior y precoz. La utilización de recursos socio-sanitarios no específicamente de cuidados paliativos, es superior en el grupo no oncológico. El mayor número de reingresos del grupo oncológico viene dado por la elevada mortalidad extra-hospitalaria del grupo no oncológico.

*Conclusiones:* Dado el envejecimiento de la población, cabe esperar y de hecho así lo estamos experimentando, un incremento del número de pacientes no oncológicos que precisan una atención dentro del ámbito de los cuidados paliativos. El médico internista específicamente formado en este ámbito está especialmente capacitado para liderar dicha atención teniendo en cuenta su visión global y su formación para la atención al paciente pluri-patológico y anciano.