



919 - MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN DIAGNÓSTICOS ONCOLÓGICOS EN MEDICINA INTERNA

V. Villamonte Pereira, S. González Sosa, A. Gil Hernández, J. Benítez Peña, M. Pérez López, C.Y. Ramírez Blanco y A. Gil Díaz

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: Analizar los factores asociados a la mortalidad intrahospitalaria en las neoplasias diagnosticadas en un servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de neoplasias diagnosticadas en hospitalización de Medicina Interna durante el período 2019-2020. Se recogieron datos demográficos, tipo de neoplasia, síntomas de presentación, servicio de derivación, así como comorbilidad según Charlson y escalas paliativas (PPI, ECOG e IDC-PAL). Se analizaron los factores relacionados con la mortalidad durante el ingreso, utilizando chi cuadrado o F de Fisher para las variables categóricas y t de Student o U de Mann-Whitney para las variables continuas, en función de si presentaban distribución normal o no. Finalmente, se realizó un análisis multivariante de Cox.

Resultados: Se registraron un total de 185 pacientes, de los cuales un 114 eran varones. La mortalidad durante el ingreso fue del 16,8%, del cual un 67,7% fueron en el año 2020 ($p = 0,049$). Los pacientes fallecidos presentaron una mediana de edad mayor, 79 años (RIQ 71-85, $p = 0,002$), frente a los supervivientes (71 años). No hubo diferencias en la mortalidad en cuanto al género. Los pacientes con antecedentes de hipertensión arterial ($p = 0,011$) y enfermedad renal crónica ($p = 0,014$) se asociaron a mayor mortalidad intrahospitalaria. Los síntomas asociados con mortalidad durante la hospitalización fueron la agonía ($p = 0,004$), el estreñimiento ($p = 0,036$; OR 2,71; IC 1,13-6,49) y la astenia ($p = 0,046$; OR 2,52; IC 1,06-5,99). La neoplasia más frecuentemente diagnosticada en nuestra serie fue la de pulmón (24,9%). Los pacientes con cáncer de colon no fallecieron durante el ingreso ($p = 0,001$). Las neoplasias de origen desconocido fueron significativamente superiores en el grupo de mortalidad intrahospitalaria (25,8% frente a 8,4%, $p = 0,011$). Los pacientes derivados a cirugía general ($p = 0,001$) y a oncología ($p = 0,001$) presentaron mejor pronóstico. Los pacientes fallecidos presentaron peor puntuación en la escala de Barthel ($p = 0,001$). Una mayor puntuación en la escala de Charlson se asoció con mayor mortalidad intrahospitalaria ($p = 0,016$), así como un ECOG mayor a 1 ($p = 0,005$). La mayoría de defunciones intrahospitalarias (74,2%) cumplían criterios de alta complejidad en cuidados paliativos (IDC-Pal) frente al 27,5% en el grupo control. Por otro lado, una puntuación superior a 4 en la escala PPI implicó peor pronóstico (58% vs. 21%; $p = 0,001$) a corto plazo. En el análisis multivariante mediante regresión logística de Cox presentaron mayor riesgo de mortalidad intrahospitalaria los pacientes con neoplasia de origen desconocido (HR = 7,77; IC 2,4-13,6; $p < 0,001$), o con un IDC-Pal

de alta complejidad (HR = 8,18; IC 3,6-18,8; $p < 0,001$) y mayor supervivencia aquellos derivados a oncología (HR = 0,05; IC 0,01-0,23; $p < 0,001$).

Discusión: Los pacientes con mortalidad intrahospitalaria tienen mayor edad, mayor comorbilidad, y peores puntuaciones en las escalas ECOG, PPI e IDC-PAL, siendo los principales predictores de mortalidad una complejidad alta en los cuidados paliativos medida con IDC-PAL y las neoplasias de origen desconocido. Es importante identificar a los pacientes con peor pronóstico a corto plazo de cara a prestar mejor asistencia a los pacientes con necesidades paliativas.

Conclusiones: Uno de cada seis pacientes diagnosticados de neoplasia en nuestro servicio fallece durante el ingreso hospitalario. La escala de complejidad IDC-PAL fue la más útil para predecir el *exitus*.