



## 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*.