



## 2025 - MORTALIDAD ANUAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO EN MEDICINA INTERNA

*Victoria Villamonte Pereira, Sonia González Sosa, Jorge Benítez Peña, Almudena Gil Hernández, Melody Pérez López, Héctor Santiago Rosario Mendoza, Elvira Sáez Martínez y Aída Gil Díaz*

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

### Resumen

**Objetivos:** Analizar los factores asociados a mortalidad al año en los pacientes diagnosticados de neoplasia en un servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de neoplasias diagnosticadas en Medicina Interna durante el período 2019-2020. Se recogieron datos demográficos, tipo de neoplasia, servicio de derivación, diagnóstico de enfermedad tromboembólica así como escala Khorana y escalas paliativas (PPI, ECOG, IDC-PAL). Se analizaron factores relacionados con la mortalidad al año del alta hospitalaria mediante el test de ji al cuadrado o F de Fisher para variables categóricas y t-Student o U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. Finalmente se realizó análisis multivariante de Cox.

**Resultados:** Se registraron un total de 185 pacientes, de los cuales 114 eran varones (61,6%). La localización de neoplasia más frecuente fue la pulmonar (24,9%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 16,8% mientras que la mortalidad extrahospitalaria a los 12 meses fue del 49,7%, con una supervivencia al año del diagnóstico del 33,5% (62 pacientes). La causa predominante de mortalidad anual fue progresión de su enfermedad neoplásica (73,8%) seguida de infecciones (14,3%). Un 16,2% de pacientes presentó enfermedad tromboembólica paraneoplásica. Se asoció a mayor mortalidad al año tener mayor edad (74 vs. 70;  $p = 0,028$ ), menor IMC (23,2 vs. 24,8;  $p = 0,03$ ), la localización pulmonar (OR = 2,8;  $p = 0,014$ ), estadios tumorales avanzados de cualquier primario (OR = 8,1;  $p = 0,001$ ), tener un ECOG superior a 1 (OR = 3,5;  $p < 0,001$ ), más de 4 puntos en la escala PPI (OR = 3,9;  $p = 0,005$ ), puntuación mayor a 2 en escala Khorana (OR = 8,2;  $p < 0,001$ ) y ser derivado al alta a Cuidados Paliativos (OR = 11,2;  $p < 0,001$ ). Paralelamente, se asoció de manera significativa con mayor supervivencia presentar neoplasias hematológicas (OR = 7,0;  $p < 0,001$ ) y próstata ( $p = 0,001$ ), recibir quimioterapia (OR = 6,1;  $p < 0,001$ ) o aquellos derivados a servicios quirúrgicos (OR = 4;  $p < 0,001$ ). El género y las diferentes comorbilidades no se asociaron a peor pronóstico a largo plazo. En el análisis multivariante mediante regresión logística de Cox por pasos hacia atrás de Wald se asoció con mejoría de supervivencia en aquellos pacientes que recibieron quimioterapia (HR = 0,3, IC95% 0,2-0,5;  $p < 0,001$ ) y aquellos que no recibieron quimioterapia (HR = 1,7, IC95%: 1,1-2,6;  $p = 0,014$ ).

**Discusión:** Aquellos pacientes que presentaron mayor edad, estadios tumorales avanzados, peor ECOG, así como peores puntuaciones en la escala Khorana o índices paliativos de alta complejidad

se asociaron con mayor mortalidad anual; y el hecho de tener un diagnóstico oncohematológico o recibir cirugía y/o quimioterapia se asoció con mejor pronóstico en el análisis bivariante. Sin embargo, en el análisis multivariante, los únicos condicionantes de la supervivencia del paciente fueron poder recibir tratamiento oncológico y el estado funcional medido por ECOG en el momento del diagnóstico del cáncer. Detectar a aquellos pacientes con riesgo elevado de mortalidad nos permite brindar una asistencia de mayor calidad tanto al paciente como a sus familiares.

*Conclusiones:* Solo uno de cada tres pacientes sobrevive al año del diagnóstico de cáncer en Medicina Interna. La escala ECOG fue la más útil para predecir la supervivencia anual.