

<https://www.revlinesp.es>

1071 - VALIDACIÓN DE UN ALGORITMO DE RIESGO DE MALIGNIDAD EN PACIENTES DERIVADOS A LA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO POR PÉRDIDA DE PESO INVOLUNTARIA AISLADA

Belén Jufresa Michavila¹, Andrea Maria Serrano Sánchez¹, Clara Vidal Herraiz², Mireia Vicente Mora³, Jordi Aligué Capsada¹, Jaume Trapé Pujol⁴, Anna Arnau Bartés⁵ y Xavier Pla Salas¹

¹Medicina interna, Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Manresa, España. ²Estudiante grado Medicina, Facultad de Medicina UVIC-CC, Manresa, España. ³Atención primaria Cataluña central, Instituto Catalán de la Salud, Manresa, España. ⁴Laboratorio de análisis clínicos, Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Manresa, España. ⁵Epidemiología e investigación clínica, Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Manresa, España.

Resumen

Objetivos: Realizar la validación externa de un algoritmo de riesgo de malignidad basado en 9 ítems (género masculino; ausencia de síntomas depresivos; presencia de dolor abdominal; hemoglobina < 10 g/dL en mujeres o < 11 g/dL en varones; albúmina < 3,5 g/dL; CEA > 10 ng/mL; Cyfra21.1 > 6,6 ng/mL, CA19.9 > 90 UI/mL y CA15.3 > 30 UI/mL), en pacientes derivados a la Unidad de Diagnóstico Rápido por pérdida de peso involuntaria (PPI) aislada (1).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de validación externa. Evaluación de pacientes estudiados por PPI aislada entre 2014 y 2020. Se recogió: edad, criterios de exclusión (PPI no aislada), peso perdido (kg), diagnóstico final, mortalidad al año y todos los ítems introducidos en el algoritmo. Se realizó descripción, inferencia estadística y análisis con el área bajo la curva como medida de discriminación del algoritmo.

Resultados: De los 1.395 pacientes evaluados, 491 (35,2%) fueron excluidos por presentar síntoma guía, entre los más frecuentes: cambios en el ritmo deposicional 21,6% (106), diarrea 15,5% (76), disfagia 13,2% (65), rectorragias 7,3% (36); o bien por pérdida de peso insuficiente 21,4% (105). Se incluyeron 904 pacientes en el análisis, siendo el 50,8% mujeres con una edad media de 65 (\pm 16) años. Se derivaron desde Atención primaria (AP) 66,2%, Urgencias 20,5% y consultas externas 11,8%. Como diagnóstico final: 66,3% organicidad, 16,6% malignidad, 15,7% patología psiquiátrica y 1,5% etiología desconocida. Mortalidad al año del 20,9%. El diagnóstico de malignidad se asoció significativamente ($p < 0,05$) a derivación desde AP, género masculino, dolor abdominal, ausencia de síntomas depresivos y todos los ítems del algoritmo. La organicidad se asoció ($p < 0,05$) a la ausencia de síntomas depresivos, albúmina < 3,5 g/dL, CEA < 10 ng/mL, Cyfra21,1 < 6,6 ng/mL, CA19,9 < 90 UI/mL y CA15,3 < 30 UI/mL. Y la patología psiquiátrica se asoció ($p < 0,05$) a la derivación hospitalaria, género femenino, presencia de síntomas depresivos, ausencia de dolor abdominal, hemoglobina > 10 g/dL, albúmina > 3,5 g/dL, CEA < 10 ng/mL, Cyfra21,1 < 6,6 ng/mL y CA19,9 < 90. La mortalidad al año se asoció con malignidad y negativamente con organicidad y patología psiquiátrica. El 4,9% se clasificó por el algoritmo como bajo riesgo de malignidad de los cuales ninguno tuvo neoplasia ($p = 0,008$); en cambio, el 9,2% se clasificó como alto riesgo con un 70,3% de diagnósticos de neoplasias (OR 19,3; $p < 0,001$) (tabla). La capacidad discriminativa del algoritmo medida con el área bajo la curva ROC resultó 0,799 (fig.).

Características de los pacientes	Total	Diagnóstico final				<i>p</i>
	Neoplásico	Orgánico	Psiquiátrico	Desconocida		
	904 (100%)	149 (16,5%)	599 (66,3%)	142 (15,7%)	14 (1,5%)	
(n válida)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Género						
Varón (n = 904)	445 (49,2%)	110 (24,2%)	294 (64,6%)	46 (10,1%)	5 (1,1%)	p 0,001
Sintomatología						
Depresiva (n = 902)	288 (31,9%)	16 (5,6%)	136 (47,2%)	133 (46,2%)	3 (1%)	p 0,001
Dolor abdominal (n = 901)	443 (49,2%)	100 (22,6%)	281 (63,4%)	59 (13,3%)	3 (0,7%)	p 0,001
Valores analíticos						
Hemoglobina 10 g/dL mujer/ 11 g/dL varón (n = 904)	55 (6,1%)	16 (29,1%)	35 (63,6%)	2 (3,6%)	2 (3,6%)	p = 0,011
Albúmina 3,5 g/dL (n = 797)	74 (9,1%)	26 (35,1%)	43 (58,1%)	3 (4,1%)	2 (2,7%)	p 0,001
CEA > 10 ng/mL (n = 868)	59 (6,7%)	41 (69,5%)	14 (23,7%)	3 (5,1%)	1 (1,7%)	p 0,001
Cyfra21.1 > 6,6 ng/mL (n = 798)	69 (8,5%)	53 (76,8%)	14 (20,3%)	2 (2,9%)	0 (0%)	p 0,001
Ca19.9 > 90 UI/mL (n = 835)	58 (6,8%)	48 (82,8%)	9 (15,5%)	1 (1,7%)	0 (0%)	p 0,001
Ca15.3 > 30 UI/mL (n = 783)	89 (11,1%)	36 (40,4%)	41 (46,1%)	10 (11,2%)	2 (2,2%)	p 0,001

Procedencia

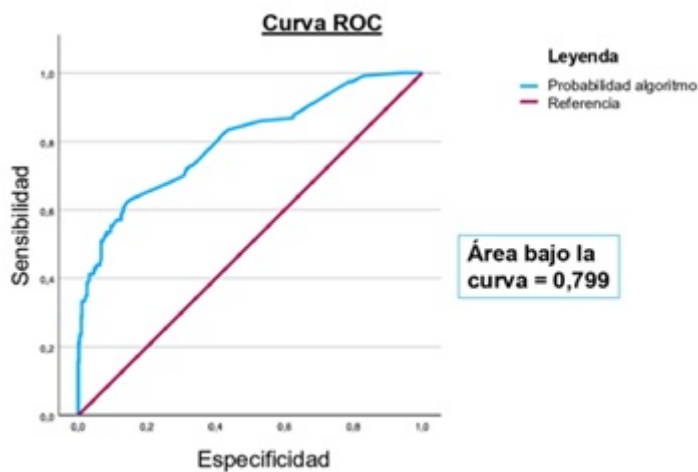
Atención primaria (n = 902)	598 (66,2%)	115 (18,7%)	411 (66,9%)	80 (13%)	8 (1,3%)	p 0,001
Hospitalaria (Urgencias y consultas externas) (n = 902)	292 (32,3%)	37 (12,5%)	188 (63,5%)	65 (22%)	6 (2%)	p = 0,001

Mortalidad al año

<i>Exitus</i> (n = 903)	189 (20,9%)	122 (61,6%)	62 (31,3%)	10 (5,1%)	4 (2%)	p 0,001
-------------------------	-------------	-------------	------------	-----------	--------	---------

Riesgo según algoritmo

Bajo (n = 695)	34 (4,8%)	0 (0%)	16 (47,1%)	18 (52,9%)	0 (0%)	p 0,001
Alto (n = 695)	66 (9,3%)	46 (69,7%)	20 (30,3%)	0 (0%)	0 (0%)	p 0,001



Conclusiones: La prevalencia de neoplasia fue del 16%. Los parámetros del algoritmo, la procedencia desde AP y la mortalidad se asociaron significativamente a malignidad. Los marcadores tumorales han demostrado buena capacidad de predicción de neoplasia. El algoritmo de riesgo de malignidad ha demostrado una notable capacidad discriminativa clasificando los pacientes en bajo y alto riesgo.

Bibliografía

1. Aligüé J. Desarrollo de un modelo predictivo con marcadores tumorales para descartar malignidad en pacientes con pérdida de peso involuntaria aislada en una Unidad de diagnóstico rápido [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)]. UAB, 2018.