



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

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; $p = 1$ tenían mayor riesgo de mortalidad ($HR = 1,7$, 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 bivalente. 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.