

**ESTADO FUNCIONAL Y MORTALIDAD
EN PACIENTES NEOPLÁSICOS HOSPITALIZADOS**

Degiorgi C*, Salomón S, Mosso M*, Carena J***.**

*Médico residente. Servicio de Clínica Médica. Hospital Luis Lagomaggiore. Mendoza.
Unidad Docente Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo.

** Profesor Asociado de Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo.

*** Profesor Titular de Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. Jefe de Servicio de Clínica Médica. Hospital Luis Lagomaggiore. Mendoza.

RESUMEN

ESTADO FUNCIONAL Y MORTALIDAD EN PACIENTES NEOPLÁSICOS HOSPITALIZADOS

Objetivos: Analizar el estado funcional y su relación con morbimortalidad en pacientes con neoplasias internados en Clínica Médica.

Material y métodos: Estudio descriptivo, protocolizado y observacional. Se analizaron variables clínicas, estado funcional, situación anímica y morbimortalidad en pacientes oncológicos hospitalizados y se compararon pacientes con Índice de Karnofsky <40 puntos (grupo A) y >40 puntos (grupo B). Los datos fueron analizados en EPI Info 6.04. Informe de los primeros 3 meses.

Resultados: En el período de estudio, ingresaron 66 pacientes con neoplasias, 21 (31.8%) en A, con Karnofsky promedio de 25 puntos (DS±12.09) y 45 (68.2%) en B, con Karnofsky promedio de 77 puntos (DS±16.65). El 77.3% presentó tumores sólidos y el 22.7% hematológicos y las neoplasias más frecuentes fueron del tracto gastrointestinal (19.6%), mama (12.1%), pulmón (9.1%) y primario oculto (7.6%). El estadio tumoral IV fue el más frecuente en ambos grupos (89.5% de A y 88.9% de B)(pNS). La edad media en A fue de 59.57 (DS±13.71) y 52.48 años (DS±15.65) en B (pNS) y el género masculino fue más frecuente en A (66.7 y 44.4% respectivamente) (p<0.05). La permanencia media fue de 17.57 en A (DS±20.84) y de 13.53 días (DS±16.29) en B (pNS). La evaluación de Actividades Básicas de la Vida Diaria [0.81 (DS±1.25) vs 4.57 puntos (DS±1.15)] y Actividades Instrumentales [0.57 (DS±0.74) vs 4 puntos (DS±1.37)] fue superior en B (p<0.05) y no hubo diferencias en la comorbilidad (85.7 vs 82.2%)(pNS). Las infecciones (52.4 vs 26.7%), causa social (38.1 vs 4.4%), complicaciones neoplásicas (81 vs 51.1%) y dolor (81 vs 51.1%) fueron los motivos de internación más frecuentes en A (p<0.05). Los pacientes de A recibieron con mayor frecuencia cuidados paliativos (90.5 vs

46.7%) y quimioterapia (90.5 vs 46.7%)($p<0.05$), sin diferencias en radioterapia (23.8 vs 13.3%) y cirugía (33.3 vs 33.3%)(pNS). No hubo diferencias entre ambos grupos en la presencia de depresión clínica (69.9 vs 53.3%) y pérdida de peso (86.4 vs 84.2%)(pNS). El síndrome confusional (85.7 vs 11.1%), postración (61.9 vs 6.7%) y escaras (23.8 vs 4.4%) fueron más frecuentes en A ($p<0.05$). La mortalidad hospitalaria fue 52.4% en A y 8.9% en B ($p<0.05$).

Conclusiones: El grado de estado funcional evaluado por Karnofsky menor de 40 puntos se asoció significativamente a: mayor mortalidad, uso de quimioterapia, cuidados paliativos, internación por infecciones, dolor y complicaciones neoplásicas y presencia de síndrome confusional, postración y escaras de decúbito ($p<0.05$).

Palabras claves: Estado funcional, paciente oncológico.

ABSTRACT

PERFORMANCE STATUS AND MORTALITY IN HOSPITALIZED ONCOLOGICAL PATIENTS

Objectives: To assess the performance status and its relationship to morbid-mortality in hospitalized oncological patients in an internal medical service.

Material and methods: Descriptive, protocolized and observational study. We analyzed clinical parameters, performance and emotional status, morbidity and mortality during a three month period. We carried out a comparative analysis between patients with Karnofsky index <40 points (group A) and >40 points (group B). Data was analyzed with Epi Info 6.04, and the criteria of statistical significance was $p<0.05$.

Results: We included 66 oncological patients, 21 (31.8%) in group A, with an average Karnofsky index of 25 points ($DS\pm 12.09$) and 45 (68.2%) in B, with a Karnofsky index of 77 points ($DS\pm 16.65$). 77.3% had solid neoplasm and 22.7% hematological. The

most frequent solid tumors were gastrointestinal (19.6%), breast (12.1%), lung (9.1%) and carcinomas of unknown origin (7.6%) and acute leukemia (73.3%) in the hematological group (73.3%). The majority of the patients in both groups were in an advanced tumoral stage, 89.5% in A and 88.9% in B were in stage IV (pNS). The average age was 59.57 years in A (DS±13.71) and 52.48 years in B (DS±15.65) (pNS). The male sex was significantly more common in A (66.7% versus 44.4% respectively) (p<0.05). The average length of stay was 17.57 days in A (DS±20.84) and 13.53 in B (DS±16.29) (pNS). The evaluation of Diary Life Basic Activities [0.81 (DS±1.25) versus 4.57 points (DS±1.15)] and Instrumental Activities [0.57 (DS±0.74) versus 4 points (DS±1.37)] were, as expected, superior in B (p<0.05). No differences were found with respect to the co-morbidities between both groups (85.7% versus 82.2%) (pNS). Infections (52.4% versus 26.7%), poor social conditions (38.1% versus 4.4%), neoplastic complications (81% versus 51.1%) and pain (81% versus 51.1%) were significantly more frequent due to hospitalization in group A (p<0.05). Group A patients needed more frequent palliative care (90.5% versus 46.7%) and received chemotherapy (90.5% versus 46.7%) (p<0.05), without differences in radiotherapy (23.8% versus 13.3%) and surgery (33.3 versus 33.3%) (pNS). The incidence of clinical depression and weight lost were similar in both groups (69.9% versus 53.3%) (86.4% versus 84.2%) (pNS) respectively. Delirium, (85.7% versus 11.1%), prostration (61.9% versus 6.7%) and pressure ulcers (23.8% versus 4.4%) were found in higher frequency in A (p<0.005). In-hospital mortality was greater in A (52.4% versus 8.9%) (p<0.05).

Conclusion: The performance status evaluated by Karnofsky Index <40 in oncological hospitalized patients resulted in an indicator of very bad prognosis.

Key words: Performance status, oncological patients.

Introducción

El cáncer representa la segunda causa de muerte en los países desarrollados y la tercera en los países en desarrollo y afecta a personas de todas las edades y condiciones y su magnitud sigue en aumento. Esto, sumado a la prolongación de la expectativa de vida y al hecho de que su magnitud lo convierte en un importante problema de salud pública, hace necesario conocer, no sólo los métodos de detección precoz y modalidades de tratamiento, sino también evaluar el funcionamiento del paciente en sus diferentes capacidades funcionales (físicas, sociales y psicológicas) para realizar intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.¹

Con el objeto de analizar la significación del estado funcional con la morbimortalidad en pacientes con patología neoplásica internados en Clínica Médica realizamos la presente investigación.

Material y métodos

Estudio protocolizado, descriptivo y observacional desde Agosto a Septiembre de 2007 con el objetivo de evaluar el “performance status” y su relación con morbimortalidad en pacientes oncológicos internados en el Servicio de Clínica Médica de un Hospital General de agudos de la Ciudad de Mendoza, mediante un análisis comparativo entre pacientes con un índice de Karnofsky⁵ menor de 40 puntos (Grupo A) y pacientes con un índice mayor a 40 puntos (Grupo B). Se analizaron las siguientes variables: motivo de internación, comórbidas, complicaciones infecciosas y no infecciosas, tipos de neoplasias y estadios, estado de ánimo y mortalidad cruda hospitalaria. Se evaluaron las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, la presencia de depresión con los test de Hamilton² y Yesavage³ y de deterioro psicoorgánico con el Minimental Test⁴. Se diagnosticó malnutrición en aquellos pacientes que tenían un índice de masa corporal (IMC) 18.5. Método estadístico:

medidas de tendencia, medidas de dispersión, test de Chi ², test de Student. Se estableció como criterio de significación un error alfa menor de 5%.

Resultados

En el período de estudio mencionado, ingresaron 66 pacientes con patología neoplásica, 21 pacientes (31.8%) en el grupo A, con Karnofsky promedio de 25 puntos (DS±12.09) y 45 (68.2%) en B, con Karnofsky promedio de 77 puntos (DS±16.65). El 77,3% presentó tumores sólidos y el 22.7% hematológicos. Las neoplasias sólidas más frecuentes fueron del tracto gastrointestinal (19.6%), de mama (12.1%), pulmón (9.1%) y primario oculto (7.6%), y las leucemias agudas (73.3%) fueron las hematológicas más comunes (Figuras 1 y 2). El estadio tumoral IV fue el más frecuente en ambos grupos (89.5% vs 88.9%) (pNS). Las características generales se expresan en la Tabla 1.

La evaluación de Actividades Básicas de la Vida Diaria [0.81 puntos (DS±1.25) vs 4.57 puntos (DS±1.15)] y Actividades Instrumentales [0.57 puntos (DS±0.74) vs 4 puntos (DS±1.37)] fue mejor en B (p<0.05). Tuvo comórbidas el 85.7% de los pacientes del grupo A y el 82.2% del grupo B (pNS). La malnutrición fue la comórbida más frecuente en ambos grupos (84.2 vs 84.6%) (pNS). La presencia de escaras (23.8 vs 4.4%), demencia (33.3 vs 11.4%), postración (61.9 vs 6.7%), dolor (81.1 vs 51.1%), síndrome confusional (85.7 vs 11.1%) y EPOC (42.9 vs 26.7%) fueron más frecuentes en el grupo A (p<0.05). No hubo diferencias en cuanto a Insuficiencia Renal (9.5 vs 17.8%), Insuficiencia Hepática (14.3 vs 4.4%), Insuficiencia Cardíaca (19 vs 8.9%), Tabaquismo (52.4 vs 33.3%), Hepatopatía (14.3 vs 13.3%), Alcoholismo (14.3 vs 67%), Diabetes Mellitus (9.5 vs 4.4%) y Anemia (47.6 vs 60%)(pNS). Las infecciones (52.4 vs 26.7%), causa social (38.1 vs 4.4%) y el dolor (81 vs 51.1%) como causa de internación, fueron significativamente mas comunes en el grupo A (p<0.05). Los pacientes de A recibieron con mayor frecuencia cuidados paliativos

(90.5 vs 46.7%) y quimioterapia (90.5 vs 46.7%)($p < 0.05$), sin diferencias con respecto a los tratamientos con radioterapia (23.8 vs 13.3%) y quirúrgicos (33.3 vs 33.3%)(pNS). Conocían su enfermedad el 84.4% de A y 76.2% de B (pNS). No hubo diferencias en cuanto a la presencia de depresión clínica (69.9 vs 53.3%) y a pérdida significativa de peso (86.4 vs 84.2%)(pNS). La mortalidad fue de 52.4% en A y de 8.9% en B ($p < 0.05$).

Discusión

Los avances en las conductas diagnósticas y terapéuticas en el área de la oncología no han sido suficientes para transformar este grupo de patologías en enfermedades absolutamente curables, pero sí han permitido prolongar la sobrevida, aunque sin un beneficio similar en la calidad de vida. Por esto se hace necesario realizar investigaciones a fin de conocer cómo optimizar la calidad de vida en los pacientes neoplásicos.

De las neoplasias diagnosticadas en esta serie, los tumores más frecuentes fueron los sólidos, al igual que en otras publicaciones⁶ y de estos los más comunes fueron los del tracto gastrointestinal (tumores de colon y gástrico), seguidos por los tumores de pulmón, mama y primario oculto.^{1,6,7,8}

En los pacientes con menor índice de Karnofsky, las infecciones, junto a las complicaciones neoplásicas y el dolor, fueron los motivos de internación más comunes, datos similares a los reportados en otros estudios.^{9,10} En nuestra serie, también resultaron frecuentes causas de internación el riesgo social, lo que refleja las características de nuestra población urbano-marginal, de bajo nivel sociocultural, escasos recursos económicos y falta de apoyo familiar. Estas condiciones retrasan la consulta hasta estadios tardíos de la enfermedad, cuando las complicaciones ya están instaladas, lo que condiciona y limita los resultados de los tratamientos.

De la necesidad de valorar el curso evolutivo de la enfermedad, respuesta al tratamiento y calidad de vida esperada para estos pacientes, es que analizamos la influencia de las comórbidas asociadas. Se observó que estas últimas estuvieron presentes en más del 80% de los enfermos en cada uno de los grupos, de las cuales la más frecuente fue la malnutrición (mayor al 80% en ambos grupos). La importancia de detectar esta última, radica en que en los pacientes con cáncer constituye un marcador de progresión, de mal pronóstico y de mortalidad precoz, independientemente del estadio de la enfermedad, del tipo histológico y del estado funcional. También se ha asociado a mala respuesta a la quimioterapia y a complicaciones de la misma.^{11,12,13,14}

En el grupo con peor “performance status” fueron significativamente más frecuentes las escaras de decúbito, el síndrome confusional y la postración, y como su presencia se observó principalmente en las etapas tardías de la enfermedad, los convierte en marcadores de mal pronóstico, asociados tanto a menor supervivencia como a peor calidad de vida.^{15,16,17,18}

Los pacientes del grupo A también exigieron más cuidados paliativos durante su internación, lo que demuestra la significación del estado funcional como expresión de enfermedad avanzada.

La depresión clínica se presentó en más del 50% de los pacientes independientemente de su situación funcional, lo que implica que se relaciona más con la enfermedad de base, que con su estadio y sobre todo con el proceso adaptativo que el paciente realiza para aceptar y/o sobrellevar su enfermedad. La psico-oncología en las últimas cinco décadas ha concentrado gran parte de su atención en la importancia de la detección temprana y tratamiento oportuno de la depresión en estos enfermos, pues mejora la calidad de vida del paciente y de su

grupo familiar, y disminuye la morbimortalidad, comparados con aquellos que no reciben tratamiento.^{19,20}

El uso de quimioterapia fue más frecuente en el Grupo A, lo que permite suponer que la misma es también un factor implicado en el deterioro funcional del paciente. En cuanto a la radioterapia y al tratamiento quirúrgico, así como su relación con el performance status, no se observaron diferencias significativas al comparar ambos grupos.^{9,10} La elevada mortalidad hospitalaria en el grupo con peor performance funcional (52.4 vs 8.9%) confirma el valor pronóstico del mismo.-

Concluimos que el nivel de “performance status” inferior a 40, evaluado por Karnofsky, en los pacientes neoplásicos hospitalizados, se asoció a significativa mayor mortalidad hospitalaria, uso de quimioterapia y cuidados paliativos, a internación por infecciones, dolor y complicaciones neoplásicas, y a presencia de síndrome confusional, postración y escaras de decúbito ($p < 0.05$). La valoración del estado funcional es una herramienta importante a la hora de evaluar el pronóstico y decidir conductas diagnósticas y terapéuticas en los pacientes oncológicos en todas las etapas de su enfermedad.^{6,7}

Referencias bibliográficas

1. Matos E. Epidemiología del cáncer. Área de Investigación, Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, UBA, 2003; 13:24-28.
2. Karnofsky D, Abelmann W, Graver L, et al. The use of nitrogen mustards in the palliative of carcinoma. *Cancer* 1948; 1: 634-56.
3. Williams J. A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of General Psychiatry, American Medical Association*, 1988; 8:742-747.
4. Yesavage J. GDS (Geriatric Depression Scale). *Psychopharmacol Bull* 1988; 24:709.
5. Folstein M, Folstein S, Mc Hugh P. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J Psych Res* 1975; 12 (3): 189-198.
6. Feinstein A. Symptoms as an index of biological behaviour and prognosis in human cancer. *Nature* 1966; 209: 241-245.
7. Vigano A, Dorgan M, Buckingham J, et al. Survival prediction in terminal cancer patients: a systematic review of the medical literature. *Palliat Med* 2000; 14:363-374.
8. Bianco M. Morbi-mortalidad por cáncer en la Argentina, *Medicina (Buenos Aires)* 1982; 43: 361-368.
9. Jemal A, Ward E, Thun M. *Cancer. Principles and Practice of Oncology*. 7th Ed. Lippincott Williams Wilkins. N York. 2005:226-241.
10. Sweeney C, Beattie-Palmer L, Palmer J, et al. Changing patterns of symptom control and palliative care paper presentations at the annual meeting of the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* 2001; 19: 3438-3439.
11. Marigo C. Câncer na América Latina: perspectivas sombrías. *Rev Bras Cancerol* 1995; 41: 63-74.

12. Dewys W, Begg C, Lavin P, et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Med. 1980; 69:491-497.
13. Tisdale M. Cancer cachexia. Anticancer Drugs 1993; 4:115-125.
14. Ambrus J, Ambrus C, Mink I, et al. Causes of death in cancer patients. J Med 1975; 6:61-72.
15. Susan D. Psychological Considerations, Growth, and Transcendence at the End of Life. JAMA 2001;285:2898-2905.
16. Massie M, Holland J, Glass E. Delirium in terminally ill cancer patients. Am J Psychiatry 1983; 140:1048-1050.
17. Marcus N. Pain in cancer patients unrelated to the cancer or treatment.- SO - Cancer Invest 2005;23(1):84-93.
18. Coyle N, Adelhardt J, Foley K, et al .Character of terminal illness in the advanced cancer patient: pain and other symptoms during the last four weeks of life. J Pain Symptom Manage 1990; 5 (2):83-93.
19. Derogatis L., Morrow G, Fetting J, et al. The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. JAMA 1983; 249:751-757.
20. Vidal M, López Camelo S. La depresión en la consulta psico-oncológica. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica .Fundación argentina de clínica neuropsiquiátrica 2001; 9:1-30.

Tabla 1**Características Generales**

	GRUPO A 21 (31.8%)	GRUPO B 45 (68.1%)
Edad Media años (DS±)	59.57 (13.7)	52.48 (15.6)*
Sexo Masculino n (%)	14 (66.4)	20 (44.4)**
Permanencia días promedio (%)	17.5 (20.8)	13.3 (16.2)*
Conocen diagnóstico n (%)	17 (52.4)	34 (76.2)*
Índice Karnofsky (DS±) n (%)	25 (12)	77 (16.6)*
Charlson (DS±) n (%)	9.7 (9.2)	9.7 (6.2)*
APACHE II (DS±) n (%)	11.5 (3.2)	10 (4.8)*
Mortalidad n (%)	1 (52.4)	4 (8.9)**

*pNS **p<0.05

Tabla 2**Estado Funcional**

	GRUPO A 21 (31.8%)	GRUPO B 45 (68.1%)
ABVD (DS±)	0.81 (1.2)	4.57 (1.1)**
AIVD (DS±)	0.57 (0.7)	4 (1.3)**
ECOG	3.04 (1.1)	1.66 (0.9)**
Depresión	13 (69.9)	24 (53.3)*

*pNS ** p<0.05

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

ECOG: Performance Status

Figura 1

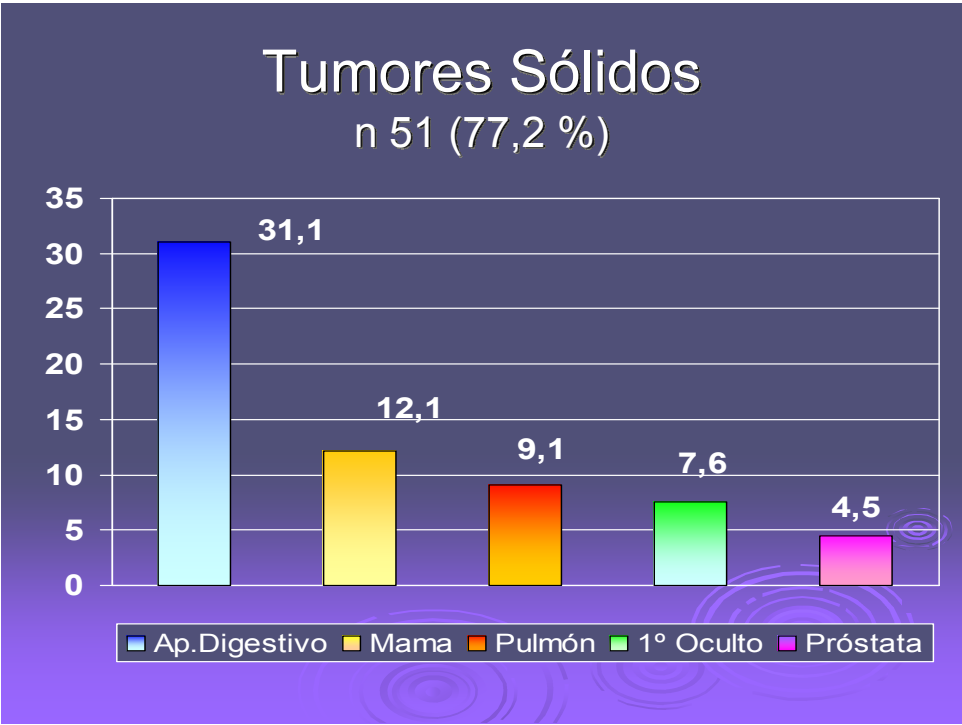


Figura 2

