



## CO-041 - ANÁLISIS DE MORTALIDAD EN FUNCIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS EN PACIENTES CON EPOC INGRESADOS POR COVID-19

C. Llamazares Mendo<sup>1</sup>, M.M. Ferreiro-Mazón Jenaro<sup>1</sup>, M. Bacete Cebrián<sup>1</sup>, L. Jiménez Ibáñez<sup>1</sup>, B. Nieto Pereda<sup>2</sup>, M.V. Villalba García<sup>1</sup>, A. Muiño Míguez<sup>1</sup> y M. Gómez Antúnez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Preventiva. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la relación entre mortalidad y diferentes variables clínicas de pacientes con EPOC ingresados por COVID-19 en nuestro centro.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo seleccionando los pacientes con EPOC de entre los que habían completado ingreso por COVID-19 en el H.G.U. Gregorio Marañón a 6-junio-2020. Se analizó la relación entre mortalidad y distintas variables o condiciones clínicas.

**Resultados:** Se obtuvieron 168 pacientes con EPOC ingresados por COVID-19 (82% varones, edad media 76,88 años). La mortalidad fue 36,3%. No se encontró asociación entre mortalidad y sexo, institucionalización, reingresos, ingreso en UCI o contagio comunitario/nosocomial/asociado a cuidados sanitarios. Hubo diferencias significativas en mortalidad respecto a la edad (80: 49,3%;  $p = 0,00$ ). Los fumadores tuvieron mayor mortalidad (44,4% vs. 34,7%), pero con  $p = 0,417$ . Tampoco se observó relación entre mortalidad e hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, VIH, hepatopatía crónica, asma, otras enfermedades pulmonares, autoinmunes, neurológicas/neuromusculares o cáncer en los últimos 5 años. Presentaron mayor mortalidad los pacientes con insuficiencia cardiaca (52,8% vs. 31,3%;  $p = 0,017$ ), cardiopatía isquémica (55,9% vs. 31%;  $p = 0,007$ ), enfermedad renal crónica (51,3% vs. 31,3%;  $p = 0,022$ ), demencia (66,7% vs. 33,1%;  $p = 0,01$ ) e inmunodeficiencias no VIH (69,2% vs. 33,1%;  $p = 0,012$ ). En cuanto a la clasificación GOLD, fallecieron más pacientes con FEV1 50% (60,9% vs. 34%;  $p = 0,017$ ). No hubo asociación entre mortalidad con ningún síntoma (fiebre, síntomas respiratorios, digestivos, cefalea, hiposmia/disgeusia, astenia/mialgias/artralgias) ni con SDRA, fracaso renal agudo, shock séptico o fallo multiorgánico.

**Discusión:** La COVID-19 en pacientes EPOC se asocia a mayor gravedad y mortalidad. La mortalidad aumenta en pacientes con patología crónica y mayor comorbilidad ingresados por COVID-19, pero hay poca información sobre pacientes con EPOC. En nuestra cohorte aumentó la mortalidad de forma significativa con la edad, cardiopatía, enfermedad renal crónica, demencia, otras inmunodeficiencias no VIH y con FEV1 < 50%.

**Conclusiones:** La identificación precoz de pacientes con EPOC y COVID-19 con mayor edad, comorbilidad y FEV1 < 50% es fundamental para hacer un seguimiento estrecho y optimizar el tratamiento, dada la alta mortalidad.

## **Bibliografía**

1. Alqahtani JS, et al. Prevalence, Severity and Mortality associated with COPD and Smoking in patients with COVID-19: A Rapid Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2020;15(5):e0233147.