



1616 - MORTALIDAD Y COVID. ¿QUÉ OCURRIÓ EN UNA PROVINCIA CON BAJA INCIDENCIA?

K. Mohamed Ramírez, A. Hernández Concepción, E. Lozano Peralta, I. Ramos Gómez, J.M. García Vallejo, S. González Sosa, E. Sáez Martínez y A. Conde Martel

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

Resumen

Objetivos: Analizar los factores relacionados con la mortalidad por COVID-19 en una región con baja presión asistencial.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con infección por COVID-19 entre marzo y diciembre de 2020. Se incluyeron 483 pacientes de los que se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y los factores relacionados con la mortalidad mediante análisis univariante y multivariante.

Resultados: Durante el período de estudio la mortalidad fue del 9,7% (N = 483). Los fallecidos presentaron una mediana de edad significativamente superior (77 vs. 64; p = 0,001) y con la desorientación (OR, 2,45; IC95%, 1,01-5,96). Analíticamente tenían una mediana de linfocitos significativamente inferior (805 vs. 1.050; p = 0,007), presentando además valores más elevados de glucosa (127 vs. 116,5; p = 0,012), LDH (338,5 vs. 260; p = 0,001), creatinina (1,2 vs. 0,9, p < 0,001), dímero D (1,07 vs. 0,72; p = 0,001) e IL-6 (80 vs. 56,5; p = 0,017). Las complicaciones durante el ingreso como el shock séptico (OR, 22,12; IC95% 10,97-44,61), el SDRA (OR, 15,15; IC95% 6,26-36,66) y la enfermedad tromboembólica (OR, 11,33; IC95% 3,70-34,70) se asociaron significativamente a la mortalidad por COVID-19. Un qSOFA \geq 2 y un CURB-65 \geq 2 fueron más frecuentes en la cohorte de fallecidos. De los 115 pacientes que ingresaron en UMI (23,8%), fallecieron 27 (57,4% del total de *exitus*). Los factores relacionados de forma independiente con la mortalidad tras la realización de análisis multivariante fueron: la edad (OR, 1,08; IC95%, 1,03-1,13), el uso de IECA o ARA-II (OR, 3,36; IC95%, 1,03-10,90), la temperatura de 38°C o superior (OR, 6,26; IC95%, 2,21-17,70) y cifras elevadas de LDH (OR, 1,005; IC95%, 1,001-1,009) se relacionaron con la mortalidad.

Comorbilidades y mortalidad hospitalaria

	Total N (%)	Vivos N (%)	Exitus N (%)	IC	p
HTA	286 (59,3%)	247 (56,8%)	39 (83%)	3,71 (1,69-8,12)	0,001
DM	144 (39,9%)	121 (27,8%)	23 (48,9%)	2,49 (1,35-4,57)	0,003
Dislipemia	219 (45,6%)	190 (43,9%)	29 (61,7%)	2,06 (1,11-3,82)	0,020
Obesidad	81 (25,6%)	74 (25,6%)	7 (25,9%)	1,02 (0,41-2,50)	0,097

Cardiopatía	87 (19,1%)	66 (15,2%)	21 (44,7%)	4,50 (2,39-8,47)	< 0,001
FA	33 (6,8%)	25 (5,8%)	8 (17%)	3,32 (1,40-7,86)	0,010
ERC	64 (13,3%)	46 (10,6%)	18 (39,1%)	5,45 (2,8-10,61)	< 0,001
Hepatopatía	30 (6,2%)	26 (6%)	4 (8,5%)	1,46 (0,49-4,39)	0,334
Broncopatía	78 (16,1%)	66 (15,1%)	12 (25,5%)	1,92 (0,95-3,89)	0,057
Dependencia moderada-grave	39 (11,5%)	29 (9,4%)	10 (33,3%)	4,85 (2,07-11,33)	< 0,001

Conclusiones: En nuestra región, uno de cada 10 pacientes ingresados por COVID-19 fallece. La mortalidad se asoció con la edad, presencia de comorbilidades (hipertensión arterial, cardiopatía y enfermedad renal crónica), fiebre elevada y confusión. Los fallecidos presentaron mayor linfopenia, cifras más elevadas de LDH, PCR, dímero D e IL6. Los factores relacionados de forma independiente con la mortalidad al ingreso fueron la edad, el uso de IECA/ARA-II, temperatura ≥ 38 °C en urgencias y la elevación de LDH.