



1509 - FACTORES DE RIESGO QUE PROPICIAN LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS Y SECUELAS EN PACIENTES GRAVES INGRESADOS POR LA COVID-19 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

V. Pérez de Arenaza Pozo¹, D. Ruiz Cabrera², M. Galán de Juana², J. Marcos Arias², S. Bellón Vallinot², M. Velasco Arribas²

¹Universidad Rey Juan Carlos. Móstoles. Madrid. ²Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir los síntomas y secuelas que han desarrollado los pacientes graves ingresados en el HUFA entre marzo y mayo 2020. De forma secundaria, analizar los factores de riesgo que predisponen a presentar síntomas tras el ingreso y secuelas tras 8 meses de seguimiento.

Métodos: Se seleccionan del registro-COVID-HUFA los pacientes de la primera ola que tuvieron cuadros más graves definidos por estancia en UCI y uso de tocilizumab, obteniendo los datos de sus historias-clínicas. Se define el síndrome pos-COVID (SPC) como la presencia de síntomas en relación con COVID-19 presentes tras la enfermedad aguda y que se prolongan más de un mes. Se define secuela el síntoma/signo presente a los 8 meses de seguimiento. Se realizó un estudio estadístico descriptivo. A continuación, con el objetivo de evaluar los factores de riesgo, se realizó un análisis univariado y para ajustar por factores confusores, se procedió a realizar un análisis multivariado. El estudio fue aprobado por el comité ético de investigación.

Resultados: De un total de 2.500 paciente recogidos en el registro, se analizan 330 pacientes graves que ingresaron en UCC (n = 143) o que recibieron tocilizumab (n = 234). Se descartan 20 pacientes por no tener COVID-19. De los 310 pacientes restantes, 97 fallecieron y de los 213 supervivientes, 115 precisaron seguimiento en consultas. De los 310 pacientes, 211 (68%) eran hombres, presentando una mortalidad del 31,3%. De los 115 supervivientes en seguimiento, 103 (89,86%) presentaron síntomas y 32 (27,8%) presentaron secuelas. Tanto los síntomas como las secuelas más frecuentes tras un ingreso grave por COVID-19 fueron: disnea (31,3%), astenia (16,5%), dolor (37,4%) y alteraciones neuropsiquiátricas (25%). La mortalidad se asoció con la edad, el índice Charlson elevado y la obesidad; mientras que Charlson 1, sexo femenino, HTA y tratamiento previo con anticoagulantes eran protectores, todas ellas con una $p < 0,05$. Los factores asociados a un mayor riesgo de SPC fueron la edad avanzada (68a), mayor duración del ingreso (31d), necesidad de UCI (25%), índice Charlson elevado, historia de EPOC/asma (11%) y tratamiento previo con anticoagulantes (31%), mientras que el uso tocilizumab se asoció a menos SPC. Los factores que más influían para presentar secuelas tras 8 meses de seguimiento fueron: mayor duración del ingreso (26,5d), ingreso en UCC (47%), presentar mialgias/artralgias (35%) y antecedentes de EPOC/Asma (22%) o enfermedad cardiovascular (4%).

Población COVID inicial (N = 310)	Mortalidad					Población COVID grave en seguimiento (N = 115)	Presencia de alteraciones durante el seguimiento					Secuelas clínicas a los 8 meses									
	Total	Vivo		Muerto			p valor	Total	0-2 Sint (61)		3 o > Sint (54)		p valor	Total	No (83)		Sí (32)		p valor		
		n/M	%/SD	n/M	%/SD				n/M	%/SD	n/M	%/SD			n/M	%/SD	n/M	%/SD			
Hombre	211	143	46,1	68	59,1	0,603	Hombre	74	39	33,9	35	30,4	0,922	74	54	47,0	20	17,4	0,797		
Mujer	99	70	22,6	29	25,2	0,603	Mujer	41	22	19,1	19	16,5	0,922	41	29	25,2	12	10,4	0,797		
Edad	310	64	14,1	73,51	7,86	< 0,01	Edad	115	61,14	13,8	67,9	12,36	0,007	115	64,56	13,6	64,96	13,6	0,658		
General	Duración del ingreso	310	25,8	27,1	18,34	19,3	< 0,01	General	Duración del ingreso	115	15,23	11,92	31,04	24,64	< 0,001	115	19,15	19,1	26,53	23,5	0,08
	Ingreso en UCI/UVI	145	88	28,4	57	49,6	0,004		Ingreso en UCI/UVI	35	9	7,8	26	22,6	< 0,001	35	20	17,4	15	13,0	0,017
	Duración ingreso UCI	127	29,24	9,4	17,12	17,58	0,234		Duración ingreso UCI	115	2,9	9,6	12,15	22,17	0,001	115	6,31	15,53	9,66	21,22	0,168
	Tocilizumab	230	158	51,0	72	62,6	0,993		Tocilizumab	102	58	50,4	44	38,3	0,022	102	74	64,3	28	24,3	0,801
	Charlson	310	1,4	2,0	2,28	2,63	0,003		Charlson	115	0,852	1,32	1,65	2	0,025	115	1,2	1,3	1,28	1,95	0,922
	Charlson 0	136	103	33,2	33	28,7	0,021		Charlson 0	59	36	31,3	23	20,0	0,1	59	42	36,5	17	14,8	0,68
	Charlson 1	52	37	11,9	15	13,0	0,021		Charlson 1	20	11	9,6	9	7,8	0,1	20	16	13,9	4	3,5	0,68
	Charlson ≥ 2	122	73	23,5	49	42,6	0,021		Charlson ≥ 2	36	14	12,2	22	19,1	0,1	36	25	21,7	11	9,6	0,68
	Fiebre	193	135	43,5	58	50,4	0,051		Fiebre	88	48	41,7	40	34,8	0,072	88	61	53,0	27	23,5	0,892
	Malestar	74	52	16,8	22	19,1	0,521		Malestar	33	19	16,5	14	12,2	0,437	33	24	20,9	9	7,8	0,829
	Síntomas del TRS	25	18	5,8	7	6,1	0,603		Síntomas del TRS	13	10	8,7	3	2,6	0,054	13	8	7,0	5	4,3	0,366
Síntomas	Disnea	130	84	27,1	46	40,0	0,300	Síntomas	Disnea	54	29	25,2	25	21,7	0,722	54	40	34,8	14	12,2	0,23
	Dolor de pecho	25	21	6,8	4	3,5	0,061		Dolor de pecho	13	8	7,0	5	4,3	0,464	13	9	7,8	4	3,5	0,995
	Tos	154	106	34,2	48	41,7	0,504		Tos	69	38	33,0	31	27,0	0,342	69	46	40,0	23	20,0	0,387
	Mialgia/Artralgia	47	35	11,3	12	10,4	0,246		Mialgia/Artralgia	23	13	11,3	10	8,7	0,627	23	12	10,4	11	9,6	0,043
	Alteración de la conciencia	13	7	2,3	6	5,2	0,283		Alteración de la conciencia	1	0	0,0	1	0,9	0,294	1	0	0,0	1	0,9	0,309
	Vómitos/Nauseas	18	11	3,5	7	6,1	0,553		Vómitos/Nauseas	7	4	3,5	3	2,6	1	7	3	2,6	4	3,5	0,69
	Diarrea	48	37	11,9	11	9,6	0,100		Diarrea	24	9	7,8	15	13,0	0,096	24	15	13,0	9	7,8	0,414
	Anosmia/Disgeusia	6	6	1,9	0	0,0	0,084		Anosmia/Disgeusia	3	1	0,9	2	1,7	0,508	3	1	0,9	2	1,7	0,172
	DM2	77	44	14,2	33	28,7	0,012		DM2	17	8	7,0	9	7,8	0,592	17	15	13,0	2	1,7	0,109
	HTA	170	106	34,2	64	55,7	0,008		HTA	55	27	23,5	28	24,3	0,416	55	40	34,8	15	13,0	0,899
	EPOC/Asma	49	29	9,4	20	17,4	0,117		EPOC/Asma	15	4	3,5	11	9,6	0,028	15	8	7,0	7	6,1	0,081
Factores de riesgo	Obesidad	69	41	13,2	28	24,3	0,059	Factores de riesgo	Obesidad	22	8	7,0	14	12,2	0,081	22	14	12,2	8	7,0	0,32
	ECV	28	18	5,8	10	8,7	0,597		ECV	7	4	3,5	3	2,6	0,823	7	6	5,2	1	0,9	0,409
	Enf cardiovascular (ICC/FA/IAM)	44	26	8,4	18	15,7	0,130		Enf cardiovascular (ICC/FA/IAM)	16	10	8,7	6	5,2	0,414	16	15	13,0	1	0,9	0,038
	Corticoides	37	24	7,7	13	11,3	0,591		Corticoides	14	5	4,3	9	7,8	0,166	14	9	7,8	5	4,3	0,482
	Estatinas	126	76	24,5	50	43,5	0,008		Estatinas	33	16	13,9	17	14,8	0,534	33	25	21,7	8	7,0	0,586
Tratamientos previos	Antiagregantes	61	37	11,9	24	20,9	0,130	Tratamientos previos	Antiagregantes	16	7	6,1	9	7,8	0,422	16	14	12,2	2	1,7	0,14
	Cloroquina	5	4	1,3	1	0,9	0,583		Cloroquina	2	0	0,0	2	1,7	0,129	2	1	0,9	1	0,9	0,48
	Anticoagulantes	96	86	27,7	10	8,7	< 0,01		Anticoagulantes	55	23	20,0	32	27,8	0,021	55	40	34,8	15	13,0	0,899

Muerte por ingreso COVID

N = 310 (COVID+ graves)

	IRR	Std Err	p > z	IC95%
Edad	1,05	0,01	< 0,01	1,04 1,06
Charlson 1	0,94	0,21	0,79	0,58 1,52
Charlson 2 o más	1,1	0,19	0,598	0,76 1,59
Mujer	0,97	0,26	0,9	0,69 1,39
HTA	0,96	0,17	0,815	0,68 1,35
Obesidad	1,42	0,18	0,051	0,99 1,99
Tto ACOs	0,245	0,12	< 0,01	0,13 0,45

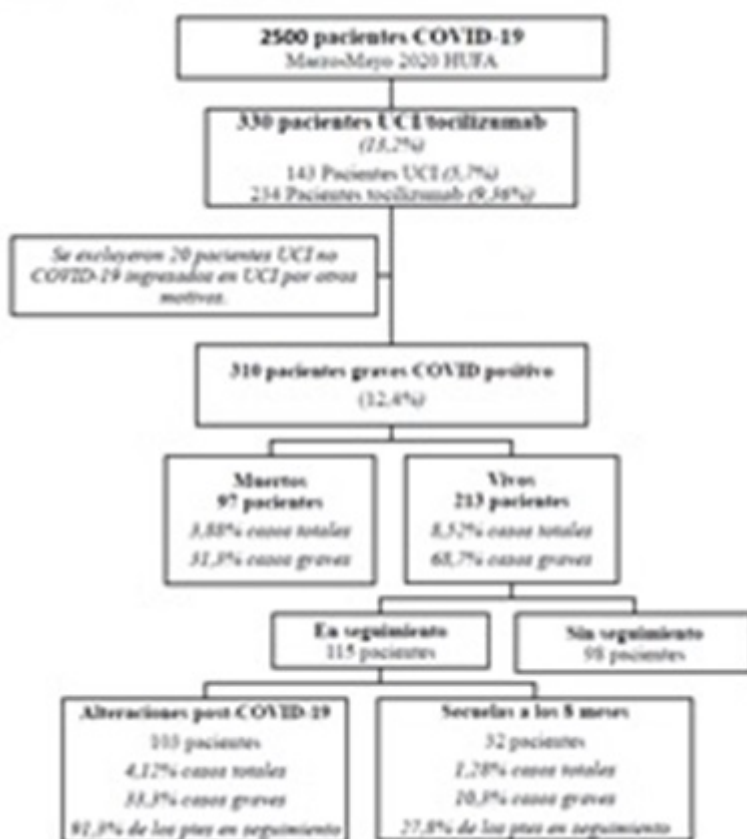
Presencia de síntomas durante el seguimiento

N = 115 (COVID+ en seguimiento)

	IRR	Std Err	p > z	IC95%
Edad	1,02	0,01	0,15	0,99 1,04
Charlson 1	0,82	0,24	0,51	0,47 1,45
Charlson 2 o más	1,04	0,26	0,86	0,65 1,68
Mujer	1,05	0,21	0,81	0,71 1,56
HTA	1,92	0,19	0,68	0,62 1,37
Estancia hospitalaria	1,02	0	< 0,01	1,01 1,02
Obesidad	0,99	0,22	0,96	0,64 1,53

Tto ACOs	1,66	0,35	0,014	1,1	2,49
Secuelas clínicas a los 8 meses					
N = 115 (COVID+ en seguimiento)	IRR	Std Err	p > z	IC95%	
Edad	1,01	0,01	0,67	0,98	1,04
Charlson 1	0,6	0,25	0,35	0,2	1,77
Charlson 2 o más	1,87	0,27	0,77	0,36	2,14
Mujer	1,14	0,23	0,68	0,62	2,09
HTA	0,88	0,18	0,68	0,48	1,61
Estancia hospitalaria	1,01	0,07	0,19	1	1,02
Obesidad	1,28	0,24	0,53	0,6	2,72
Tto ACOs	0,96	0,01	0,9	0,51	1,83

ANEXO 1. Evolución de los grupos de pacientes en función del desenlace.



Conclusiones: Se confirma la alta prevalencia del SPC tras un ingreso grave por COVID-19, siendo los síntomas más frecuentes disnea, astenia y dolor. Los pacientes más afectados son los de más edad y comorbilidades previas, especialmente respiratorias. La anticoagulación previa y el uso de tocilizumab fueron protectores para mortalidad. Se sugiere centrar los programas de seguimiento en la rehabilitación respiratoria y neuropsiquiátrica.