



1637 - ANÁLISIS DE MORTALIDAD A UN AÑO EN PACIENTES EPOC INGRESADOS POR COVID-19

Samuel Díaz Planellas, Tatiana Paula Pire García, Fernando Jiménez Segovia, Jesús San Román de Lucas, Lorena Jiménez Ibáñez, Marta Bacete Cebrián, Antonio Muiño Miguez y María Gómez Antúnez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Objetivos: Analizar la mortalidad a un año y los factores predisponentes en pacientes EPOC hospitalizados por COVID-19 durante la primera y segunda ola en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo seleccionando los pacientes con EPOC que habían tenido ingreso hospitalario por COVID-19 en el H. G. U. Gregorio Marañón desde marzo hasta diciembre de 2020. Se analizó la mortalidad durante el año posterior al ingreso en función de los antecedentes, tratamiento habitual, síntomas y signos clínicos, hallazgos de laboratorio y radiología, y tratamientos durante el ingreso. Se emplearon los test estadísticos χ^2 y test exacto de Fischer para variables cualitativas, seleccionándose un grado de significación estadística de 0,05.

Resultados: Se obtuvieron 256 pacientes con EPOC ingresados por COVID-19, con una mediana de edad de 77 años y una tasa de mortalidad a un año del 42,85%. Se observó un aumento de la mortalidad estadísticamente significativo a un año vista entre los pacientes que habían requerido ingreso en UCI (68,8 vs. 41,3%, $p = 0,031$, OR 1,67), así como en aquellos que realizaron síndrome de distrés respiratorio agudo (59,0 vs. 25,3%, $p < 0,0001$, OR 1,67), en los que presentaron fallo multiorgánico (100 vs. 40,2% $p < 0,001$, OR 2,49) y en aquellos pacientes con fracaso renal agudo durante el ingreso (57,1 vs. 38,3%, $p = 0,009$, OR 1,49). Observamos aumento de mortalidad tras un año de requerir ingreso por COVID en la primera ola frente a la segunda (50,0 vs. 35,7%, $p = 0,021$). Se observó una relación estadísticamente significativa entre la mortalidad a un año y la presencia de insuficiencia cardíaca crónica (61,2 vs. 36,5%, $p < 0,0001$, OR 1,68), cardiopatía isquémica (56,6 vs. 39,4%, $p = 0,024$, OR 1,44), enfermedad renal crónica (64,3 vs. 35,6%, $p < 0,0001$ OR 1,81), cáncer (55,0 vs. 39,3%, $p = 0,031$, OR 1,4) y demencia (72,7 vs. 38,6%, $p < 0,0001$, OR 1,88). No encontramos diferencias en la mortalidad en aquellos pacientes con antecedente de asma u otras enfermedades respiratorias, hipertensión arterial u obesidad ni tampoco en función del tratamiento inhalador habitual. Ninguno de los tratamientos utilizados demostró reducir la mortalidad a un año. Tampoco encontramos diferencias entre los pacientes que requirieron ventilación mecánica no invasiva. Sí encontramos aumento de la mortalidad en los pacientes que precisaron de oxigenoterapia en cánula de alto flujo (58,5 vs. 40,5%, $p = 0,045$, OR 1,45).

Discusión: Los resultados de nuestro estudio muestran que los pacientes EPOC hospitalizados por COVID al año tienen como factores de riesgo de mortalidad, salvo en aquellos con enfermedad

severa, los mismos que aquellos pacientes con EPOC hospitalizados por agudizaciones, en donde destacan las comorbilidades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, arritmias, enfermedad renal crónica, enfermedad cerebrovascular) así como la demencia y la depresión, como factor de riesgo de muerte en este grupo de pacientes. Estas comorbilidades complican el tratamiento, prolongan su estancia en el hospital, causan una dependencia funcional, aumentan el número de reingresos y se asocian a una disminución de la supervivencia a corto, medio y largo plazo.

Conclusiones: En los pacientes EPOC hospitalizados por COVID hay que hacer una vigilancia y seguimiento estrecho en los que han tenido infección SARS-CoV-2 grave y optimizar el manejo de las comorbilidades para mejorar su pronóstico a largo plazo.