



## 1305 - MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON INFECCIÓN COVID. FACTORES RELACIONADOS

**Víctor Vera Delgado**, Candelaria Martín González, Dácil García Rosado, Esther Martín Ponce, Remedios Alemán Valls, Julio Alvisa Negrín, Eva Rodríguez Rodríguez y Melchor Rodríguez Gaspar

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España.

### Resumen

**Objetivos:** Dada la elevada morbilidad derivada de la COVID-19, parece necesario tratar de identificar qué factores se relacionan con una mayor mortalidad a largo plazo con el objetivo de intentar mejorar la asistencia clínica y el tratamiento a estos enfermos. **Objetivos:** analizar la mortalidad al año en pacientes con infección COVID que requieren ingreso hospitalario.

**Métodos:** Incluimos de forma prospectiva 762 pacientes (403 hombres) con una media de edad de  $68,4 \pm 17,9$  años que ingresaron en el Hospital Universitario de Canarias de forma consecutiva por COVID-19 durante los meses de marzo y diciembre del 2020. Realizamos el seguimiento hasta diciembre del 2021.

**Resultados:** Fallecieron un total de 195 pacientes. Un 34,5% fallecieron por sepsis, el 9,2% por ictus o enfermedades cardiovasculares y el 5,7% por neoplasias. El 28,7% de los pacientes fallecieron en residencias de ancianos. Los pacientes que fallecieron eran más ancianos ( $79,4 \pm 13,9$  Vs  $64,6 \pm 17,5$  años;  $t = 12,00$ ;  $p < 0,001$ ). En el análisis univariante observamos mayor mortalidad en pacientes con diagnóstico previo de hipertensión ( $\log rank = 16,19$ ;  $p < 0,001$ , Breslow = 14,76;  $p < 0,001$ ), dislipemia ( $\log rank = 4,95$ ;  $p = 0,026$ , Breslow = 4,08;  $p = 0,043$ ) y síndrome metabólico ( $\log rank = 14,37$ ;  $p < 0,001$ , Breslow = 13,47,  $p < 0,001$ ). No observamos relación con otros factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, obesidad o hiperuricemia) y la mortalidad. También encontramos relación entre la presencia de enfermedad cardiovascular ( $\log rank = 47,70$ ;  $p < 0,001$ , Breslow = 43,38;  $p < 0,001$ ), EPOC ( $\log rank = 9,20$ ;  $p = 0,002$ , Breslow = 6,84;  $p = 0,009$ ), deterioro cognitivo ( $\log rank = 82,95$ ;  $p < 0,001$ , Breslow = 77,16;  $p < 0,001$ ), enfermedad de Parkinson ( $\log rank = 4,39$ ;  $p = 0,036$ , Breslow = 4,81;  $p = 0,028$ ), neoplasias ( $\log rank = 21,70$ ;  $p < 0,001$ , Breslow = 20,57;  $p < 0,001$ ) y pacientes institucionalizados ( $\log rank = 42,41$ ;  $p < 0,001$ , Breslow = 40,56;  $p < 0,001$ ) con la mortalidad. Además, observamos que los pacientes que presentaban disnea al ingreso fallecían más ( $\log rank = 8,89$ ;  $p = 0,003$ , Breslow = 11,99;  $p = 0,001$ ). Del mismo modo, encontramos mayor mortalidad a largo plazo en pacientes que presentaron al ingreso menor saturación arterial de oxígeno ( $\log rank = 12,19$ ;  $p < 0,001$ , Breslow = 17,82;  $p < 0,001$ ), mayor linfopenia ( $\log rank = 8,50$ ;  $p = 0,004$ , Breslow = 13,05;  $p < 0,001$ ), leucocitosis ( $\log rank = 20,99$ ;  $p < 0,001$ , Breslow = 23,48;  $p < 0,001$ ), valores más elevados de urea ( $\log rank = 107,14$ ;  $p < 0,001$ , Breslow = 105,40;  $p < 0,001$ ), creatinina ( $\log rank = 28,51$ ;  $p < 0,001$ , Breslow = 27,25;  $p < 0,001$ ), proteína C reactiva ( $\log rank = 12,57$ ;  $p < 0,001$ , Breslow = 14,99;  $p < 0,001$ ),

procalcitonina (*log rank* = 30,34;  $p < 0,001$ , Breslow = 36,42;  $p < 0,001$ ), lactato deshidrogenasa (*log rank* = 6,52;  $p = 0,011$ , Breslow = 11,74;  $p = 0,001$ ), dímero D (*log rank* = 38,84;  $p < 0,001$ , Breslow = 38,22;  $p < 0,001$ ), troponina (*log rank* = 37,50;  $p < 0,001$ , Breslow = 35,24;  $p < 0,001$ ), péptido natriurético (*log rank* = 53,74;  $p < 0,001$ , Breslow = 51,59;  $p < 0,001$ ) e interleucina-6 (*log rank* = 8,38;  $p = 0,004$ , Breslow = 8,86;  $p = 0,003$ ). En el análisis multivariante encontramos que los valores superiores a la mediana de péptido natriurético [OR = 5,00 (3,06-8,19)], urea [3,51 (1,97-6,27)], el diagnóstico de deterioro cognitivo, [OR = 1,96 (1,30-2,95), neoplasias [OR = 2,23 (1,36-3,68) y leucocitosis [OR = 1,64 (1,08-2,50)], en este orden, fueron factores independientes relacionados con la mortalidad.

*Conclusiones:* La disfunción cardíaca y renal, junto con la reacción inflamatoria y antecedentes personales como el deterioro cognitivo y las neoplasias son los factores que se relacionaron de forma independiente con la mortalidad al año de haber tenido la infección COVID.