



2038 - AUMENTO DE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN Y COVID-19: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Pablo Solís Sánchez, Javier Pardo Lledias, Javier Queipo Menéndez, María Carlota Insua García, Isabel Iribarren Medrano, Adrián Castillo Leonet, José Antonio Riancho Moral y Carmen Valero Díaz de Lamadrid

Medicina Interna, Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Resumen

Objetivos: Algunos estudios indican que las personas con síndrome de Down (SD) que padecen COVID-19 tienen una peor evolución. En nuestro trabajo analizamos el perfil clínico de los pacientes con SD que fueron hospitalizados por COVID-19 en España durante 4 años comparándolo con un grupo control.

Métodos: Estudio retrospectivo de casos y controles obtenidos de los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) entre el año 2020-2023 en hospitalizados por COVID-19 en España (659,796 pacientes), 1,100 con SD y 4,400 controles emparejados por edad, sexo y año de ingreso (43,5% mujeres; media de edad de 48 ± 12). Se analizaron variables demográficas y clínicas como la comorbilidad, mortalidad intrahospitalaria y el ingreso en UCI. Se utilizó análisis de regresión logística univariable y multivariable. La supervivencia se analizó con curvas de Kaplan-Meier. El estudio fue aprobado por el CEIm.

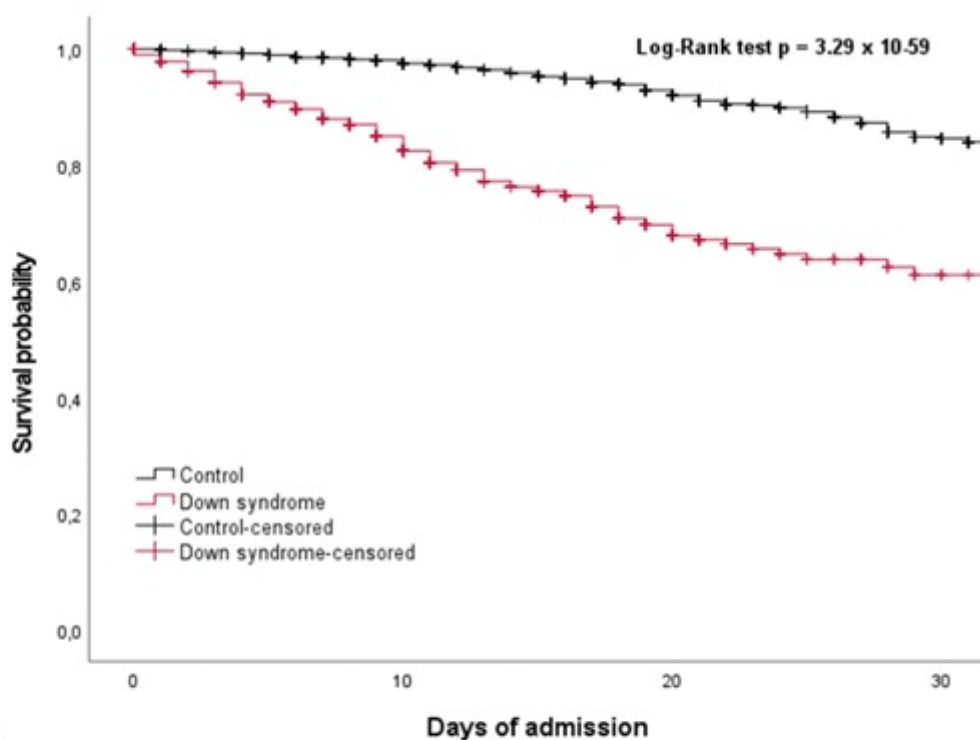
Resultados: Los pacientes con SD tuvieron menor comorbilidad que los controles (índice de Charlson ? 3: 19 vs. 27,4%; $p = 1,52 \times 10^{-8}$), siendo más frecuente la demencia (13,3 vs. 0,9%), epilepsia (15,5 vs. 2,3%), apnea del sueño (9,5 vs. 4,7%), inmunosupresión (4,4 vs. 2,7%), mientras que en los controles fueron la hipertensión arterial (21 vs. 2,1%), diabetes mellitus (13,7 vs. 7,5%), dislipemia (18,6 vs. 12,9%), enfermedad cardiovascular (7 vs. 4,9%) y las neoplasias (12,1 vs. 3,8%). Solo el 8,7% de los SD fueron trasladados a la UCI frente al 12,6% de los controles ($p = 3,42 \times 10^{-4}$). La mortalidad intrahospitalaria fue claramente mayor en el SD (17,7 vs. 4,2% controles; $p = 5,43 \times 10^{-57}$), especialmente llamativa en las mujeres (20,5% SD y 2,9% controles; $p = 5,07 \times 10^{-45}$), con una supervivencia a 30 días menor (61,1 vs. 84,5% en controles; $3,29 \times 10^{-59}$). El análisis multivariable mostró que el SD, con independencia de otras variables clínicas como el ingreso en UCI (OR 7,46; IC95% 5,4-10,29), se asoció a un mayor riesgo de muerte con una OR de 8,72 (IC95% 6,46-11,76). La mortalidad dentro de la UCI fue similar para ambos grupos (20% en SD y 14,9% en controles; $p = 0,205$), mientras que fuera de la UCI fue superior en el SD (17,6 vs. 2,6%; $p = 2,27 \times 10^{-73}$).

Variable	Síndrome de Down (N 1.100)	Controles (N 4.400)	p
----------	----------------------------	---------------------	---

Mujeres; n (%)	479 (43,5%)	1916 (43,5%)	1
Hombres; n (%)	621 (56,5%)	2484 (56,1%)	1
Edad (años)	48 ± 12	49 ± 13	0,447
Tabaquismo; n (%)	7 (0,6%)	1032 (23,5%)	$5,35 \times 10^{-67}$
Obesidad; n (%)	149 (13,5%)	647 (14,7%)	0,328
Hipertensión arterial; n (%)	23 (2,1%)	923 (21%)	$7,38 \times 10^{-50}$
Diabetes mellitus; n (%)	83 (7,5%)	602 (13,7%)	$3,53 \times 10^{-8}$
Dislipemia; n (%)	142 (12,9%)	818 (18,6%)	9×10^{-6}
Enfermedad tiroidea; n (%)	429 (39%)	243 (5,5%)	$5,54 \times 10^{-202}$
Enfermedad renal crónica; n (%)	61 (5,5%)	191 (4,3%)	0,087
Demencia; n/%)	146 (13,3%)	41 (0,9%)	$9,71 \times 10^{-91}$
Epilepsia; n (%)	171 (15,5%)	102 (2,3%)	$5,88 \times 10^{-73}$
Asma; n (%)	28 (2,5%)	275 (6,3%)	1×10^{-6}
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; n (%)	26 (2,4%)	223 (5,1%)	$1,14 \times 10^{-4}$
Síndrome de apnea-hipopnea del sueño; n (%)	105 (9,5%)	208 (4,7%)	$6,85 \times 10^{-10}$
Enfermedad cardiovascular; n (%)	54 (4,9%)	308 (7%)	0,012
Enfermedad cerebrovascular; n (%)	27 (2,5%)	152 (3,5%)	0,095
Neoplasias; n (%)	42 (3,8%)	534 (12,1%)	$7,71 \times 10^{-16}$
Inmunosupresión; n (%)	46 (4,2%)	120 (2,7%)	0,012

Enfermedad autoinmune; n (%)	17 (1,5%)	35 (0,8%)	0,022
Trasplantes; n (%)	3 (0,3%)	46 (1%)	0,015
Índice de comorbilidad de Charlson ? 3; n (%)	209 (19%)	1.206 (27,4%)	$1,52 \times 10^{-8}$
Duración de estancia (días)	10 ± 11	11 ± 19	$1,16 \times 10^{-4}$
Ingreso en UCI; n (%)	95 (8,7%)	551 (12,6%)	$3,42 \times 10^{-4}$
Duración de estancia en UCI (días)	15 ± 16	14 ± 22	0,053
Reingreso; n (%)	51 (4,6%)	165 (3,8%)	0,176
Mortalidad intrahospitalaria; n (%)	195 (17,7%)	183 (4,2%)	$5,43 \times 10^{-57}$

	Ingresados en UCI	No ingresados en UCI				
	SD (N = 95)	Controles (N = p 551)		SD (N = 1.002)	Controles (N = p 3.837)	
Sexo (hombres); n (%)	53 (55,8%)	373 (67,7%)	0,024	565 (56,4%)	2.103 (54,8%)	0,371
Edad (años)	42 ± 11	49 ± 12	$4,18 \times 10^{-10}$	49 ± 12	49 ± 12	0,262
Índice de comorbilidad de Charlson ? 3; n (%)	8 (8,4%)	164 (29,8%)	$1,4 \times 10^{-5}$	199 (19,9%)	1.039 (27,1%)	3×10^{-6}
Mortalidad intrahospitalaria; n (%)	19 (20%)	82 (14,9%)	0,205	176 (17,6%)	101 (2,6%)	$2,27 \times 10^{-73}$
Duración de estancia (días)	25 ± 22	29 ± 32	0,812	9 ± 8	9 ± 14	$1,86 \times 10^{-8}$

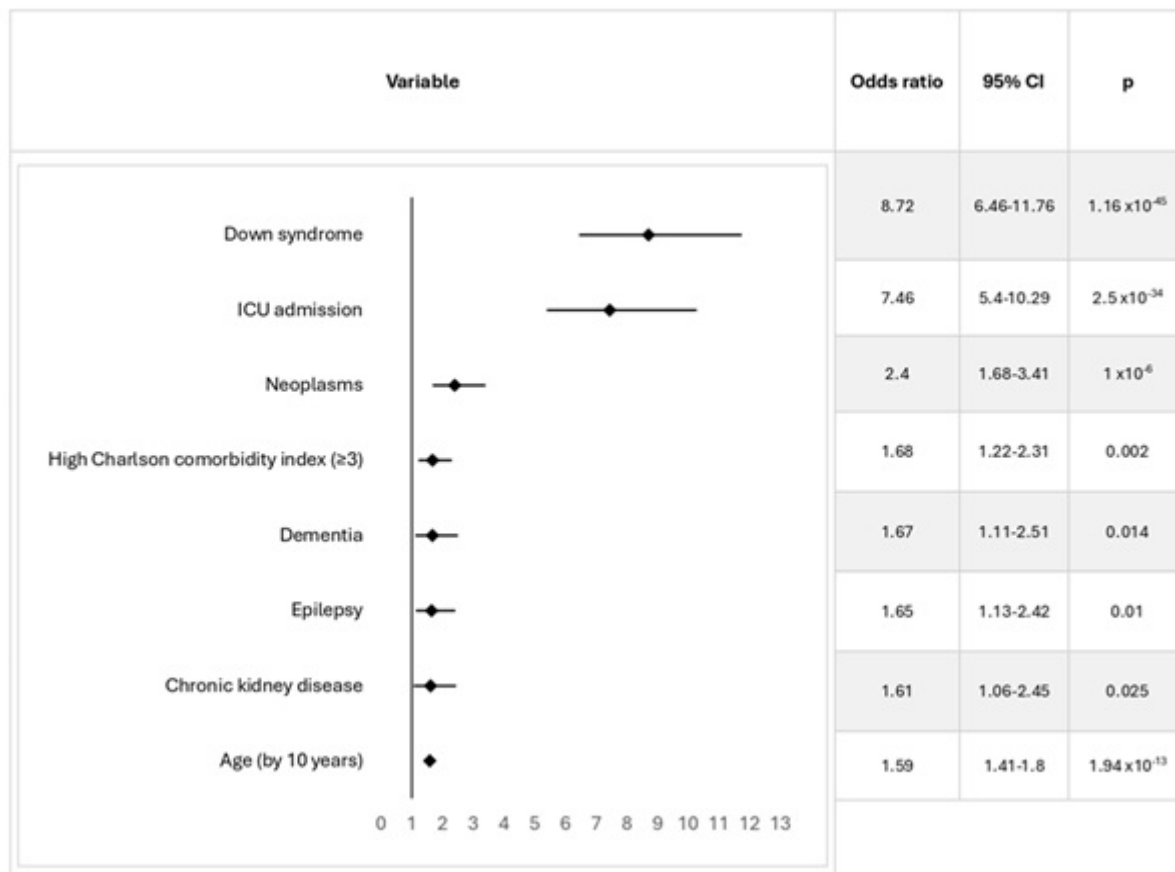


Number at risk

Down syndrome	1100	367	99	41
Controls	4400	1209	502	287

Number censored

Down syndrome	905	590	817	868
Controls	4217	3124	3788	3971



Discusión: Los pacientes con SD hospitalizados por COVID-19 fueron derivados con menor frecuencia a la UCI, a pesar de tener una menor comorbilidad. La mortalidad fue mayor en el SD, en ambos sexos pero más acusada en las mujeres. Estas diferencias se objetivaron fuera de la UCI, ya que dentro de la UCI la mortalidad fue similar a la del grupo control. Todo ello parece traducir que el manejo clínico de los pacientes con SD y COVID-19 fue distinto al de las personas sin esta condición.

Conclusiones: Las personas con SD tuvieron mayor mortalidad intrahospitalaria por COVID-19 lo que sugiere diferencias en el manejo clínico de estos pacientes respecto a la población general. Estos hallazgos subrayan la necesidad de protocolos específicos y equitativos para el tratamiento intensivo de estas personas.