



## IF-123 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Llaberia<sup>1</sup>, S. Pérez<sup>1</sup>, F. Mitjavila<sup>1</sup>, O. Capdevila<sup>1</sup>, J. Narváez<sup>2</sup>, X. Fulladosa<sup>3</sup> y X. Corbella<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Reumatología; <sup>3</sup>Nefrología. Hospital Universitari de Bellvitge. L&#39;Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

### Resumen

**Objetivos:** Analizar las causas de mortalidad y las características clínicas y epidemiológicas asociadas en una cohorte de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) en los últimos 40 años (1975-2016).

**Material y métodos:** Se recogieron de forma retrospectiva los datos de 505 pacientes diagnosticados de LES según los criterios de la ACR durante los años 1975-2016 y en seguimiento por servicios de Medicina Interna, Reumatología y Nefrología del Hospital Universitari de Bellvitge, y se registraron en una base de datos específica. Las causas de mortalidad se agruparon en 5 categorías: neoplásica, cardiovascular, infecciosa, secundaria a la LES y otras. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS 15,0.

**Resultados:** La edad media en el momento del diagnóstico de LES fue de 35 años. El 86,9% eran mujeres. El tiempo medio de seguimiento fue de 15,1 años (DE 9,9). 80 pacientes (15,8%) fallecieron durante el seguimiento, tras un tiempo medio de seguimiento de 12,7 años (DE 9). La mortalidad fue significativamente mayor en los hombres (30,3%) que en las mujeres (13,67%) ( $p = 0,002$ ) y también en aquellos pacientes que debutaron a edades más tardías ( $p = 0,001$ ). La infección fue la principal causa de mortalidad (30 pacientes, 37,5%), seguida de las causas cardiovasculares (21 pacientes, 26,3%), neoplásicas (12 pacientes, 15%), relacionadas con el propio LES (6 pacientes, 7,5%) u otras (11 pacientes, 13,8%). Un 50% de la mortalidad por infección fue de causa respiratoria, seguido de infecciones oportunistas en un 13,6%. La tasa de infección fue significativamente mayor en los pacientes que fallecieron durante el seguimiento (52,5% vs 23%,  $p = 0,001$ ). Los pacientes con afectación cutánea y osteoarticular presentaron tasas de mortalidad menores (afectación cutánea: 13,3% vs 24,3%,  $p = 0,008$ ; afectación articular 14% vs 26%,  $p = 0,04$ ). Por el contrario los pacientes con afectación pulmonar presentaron tasas de mortalidad mayores (24% vs 13%,  $p = 0,008$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mortalidad entre los pacientes con afectación renal, neurológica, pericarditis o síndrome antifosfolipídico asociado. En conjunto los pacientes fallecidos mostraron un mayor índice de actividad (SLEDAI 8,6 vs 4,06,  $p = 0,002$ ) y de cronicidad (SLICC 2,84 vs 1,23,  $p = 0,001$ ).

**Conclusiones:** Las infecciones y especialmente la infección respiratoria fueron la principal causa de mortalidad en nuestra cohorte de pacientes. La tasa de mortalidad fue significativamente más elevada en los varones. La mortalidad fue mayor en los pacientes con índices de actividad o cronicidad más elevados y en aquellos que presentaron afectación pulmonar. Las afectaciones cutáneas y osteoarticular fueron factores protectores de mortalidad en nuestra serie.