



CO-349 - MODELO PREDICTIVO DE MORTALIDAD DURANTE EL PRIMER MES DE LA PANDEMIA EN PACIENTES QUE INGRESARON EN H.U. SEVERO OCHO POR NEUMONÍA COVID19

M. Cervero Jiménez, G. Levon Artinyan, J. Martín Torres, J. Cantón de Seoane, L. Cayuela Rodríguez, S.L. Kamel Rey, C. Arias Bordajandi y L. Martín Rojo

Medicina Interna. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Resumen

Objetivos: Construir un modelo predictivo que relacionara la mortalidad con variables demográficas, con escalas de comorbilidad, de severidad del cuadro clínico y con el tratamiento administrado.

Métodos: Se recoge la información de los pacientes que ingresaron en el Hospital Severo Ochoa durante el 1º mes de la pandemia desde 1-30 de marzo de 2020.

Resultados: Durante este periodo ingresaron por neumonía por COVID19 187 pacientes. La edad fue 76 años (RIQ 69- 81). El periodo de días desde inicio de síntomas al ingreso fue 7 días (RIQ 4-11). 59,36% eran hombres. 52,67 estaban obesos. 11,76% eran fumadores. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA 63,64%, diabéticos 31,02%, dislipemias 42,05%, enfermedad renal crónica (ERC) 11,76%, EPOC 14,97%, asma 7,49%, cardiopatía 20,86%, cardiopatía isquémica (CI) 11,23% y tumores sólidos 8,02%. La mediana de los índices de Charlson, CURB65 y FINE fueron respectivamente 4,1 y 3. Fallecieron 53 pacientes (28,34%). Se administraron tocilizumab y corticoides en 12,83% y 45,70%. Se construyó un modelo predictivo con escalas de gravedad del cuadro clínico y con el tratamiento administrado (tabla 1). Las variables CURV65 > 2, tiempo desde el inicio de síntomas < 7 días y tocilizumab se relacionaron con peor pronóstico. Se redujo mortalidad con azitromicina. Fueron clasificados correctamente el 77,3% (fig.). Las comorbilidades con peor pronóstico fueron ERC y tumor sólido (tabla 2) Solo se clasificó correctamente en base a comorbilidades el 33,16%.

Tabla 1 Factores de riesgo asociados a mortalidad

MORTALIDAD	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
EDAD						
> 75 años	1.966305	.9286482	1.43	0.152	.7791924	4.962004
CURB65>2						
sí	4.814408	2.91843	2.59	0.010	1.467425	15.79537
FINE						
>3	4.434989	3.791573	1.74	0.081	.8301964	23.69213
AZITROMICINA						
sí	.4067399	.1768211	-2.07	0.039	.1734905	.9535813
TOCILIZUMAB						
sí	8.92044	5.510175	3.54	0.000	2.658259	29.93473
CORTICOIDES						
sí	2.182142	.929915	1.83	0.067	.9465541	5.03061
DIAS DE INICIO						
<7	2.845663	1.178822	2.52	0.012	1.263489	6.409076

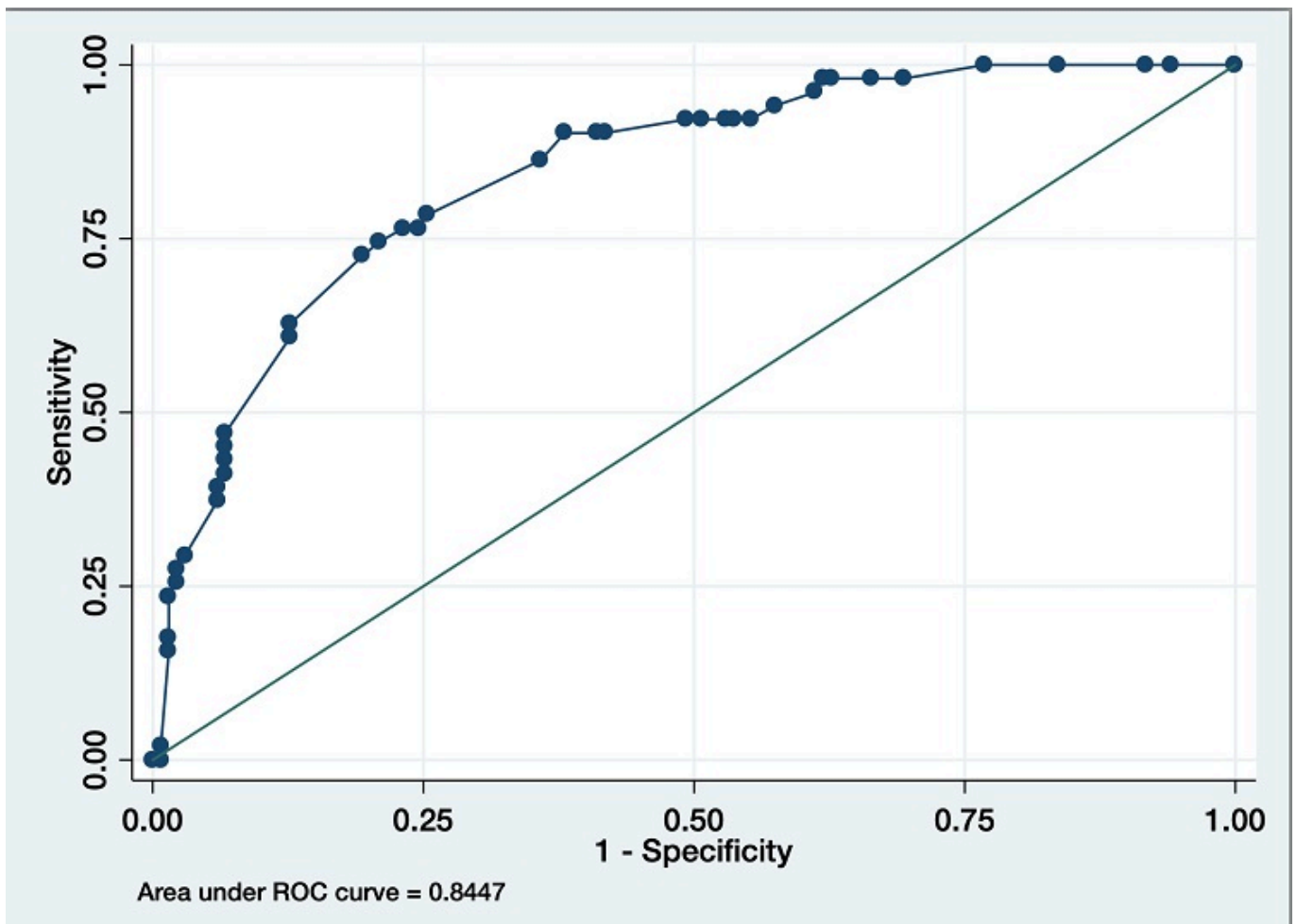


Tabla 2 Comorbilidades asociadas a mortalidad

MORTALIDAD	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
ERC					
sí	5.496532	2.735306	3.42	0.001	2.072502 14.57748
ASMA					
sí	.5846463	.4673761	-0.67	0.502	.1220192 2.80129
C. ISQUEMICA					
sí	2.644652	1.343466	1.91	0.056	.9771552 7.157698
TUMOR SOLIDO					
sí	3.379221	1.897263	2.17	0.030	1.124371 10.15602

Discusión: La investigación biomédica nos permite analizar nuestra práctica clínica.

Conclusiones: Durante el 1º mes de la pandemia, los pacientes con peor pronóstico fueron aquellos con CURB65 > 2, ingreso ocurrido antes de 7 días del inicio de los síntomas y en lo que por su mala evolución se administró tocilizumab. La administración de azitromicina contribuyó a disminuir la mortalidad. Nuestro modelo permite predecir en un 73,88% aquellos pacientes con mal pronóstico. La presencia de comorbilidades como enfermedad renal crónica y el diagnóstico de tumor de sólido aunque se asociaron con mal pronóstico no tenían capacidad predictiva.

Bibliografía

1. Guan WJ, Liang WH, Zhao Y, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. Eur Respir J. 2020;55(5):2000547.