



## 283 - VARIABLES PRONÓSTICAS DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA POR COVID-19 INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

S. Santana Jiménez<sup>1</sup>, A.C. de la Nuez Suárez<sup>2</sup>, J.A. Guerra Romero<sup>1</sup>, S. Lucarini<sup>1</sup>, A. Pérez Hernández<sup>1</sup>, R.M. Apolinario Hidalgo<sup>1</sup> y C. Jorge Ripper<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario Insular de Las Palmas. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>2</sup>Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

### Resumen

**Objetivos:** Estudiar las características clínicas y los factores pronósticos de los pacientes ingresados por neumonía por COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) en un servicio de Medicina Interna y la creación de una variable combinada que mejore la capacidad pronóstica.

**Métodos:** Estudio de cohortes, retrospectivo, unicéntrico incluyendo pacientes con neumonía por COVID-19 desde agosto de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2020. El criterio de inclusión fue un resultado positivo de infección por COVID-19 confirmado mediante PCR de muestra nasofaríngea. Se recogieron datos clínicos, epidemiológicos, pruebas complementarias, tratamiento y evolución de las historias clínicas de los pacientes. Se analizó la asociación de cada variable con la mortalidad intrahospitalaria mediante la U de Mann-Whitney para variables cuantitativas o la X<sup>2</sup> para variables cualitativas, realizándose también una regresión logística para el análisis multivariable. Finalmente se realizó una curva ROC y una gráfica de supervivencia de Kaplan-Meier con la nueva variable combinada creada.

**Resultados:** Se incluyeron 171 pacientes consecutivos, 56,7% varones, edad 71 años (RIC 63-81). La mortalidad intrahospitalaria fue del 14,6% (25/171). Las comorbilidades más frecuentes fueron Hipertensión Arterial (74,3%), Diabetes Mellitus (47,4%), obesidad (35,1%) y deterioro cognitivo previo (17,5%). Las comorbilidades que se asociaron con la mortalidad fueron el deterioro cognitivo previo (OR = 3,35, IC95% [1,31-8,56]; p < 0,009), cualquier grado de dependencia (OR = 3,07, IC95% [0,97-9,76]; p = 0,048), y proceder de un centro sociosanitario (OR = 6,82, IC95% [2,46-18,90], p < 0,001) (tabla 1). La tríada clínica más frecuente fue fiebre (62,6%), tos (56,1%) y disnea (53,2%); relacionándose esta última de forma significativa con la mortalidad (OR = 3,26, IC95% [1,23-8,61]; p = 0,013). Los parámetros inflamatorios al ingreso que se relacionaron de forma significativa con la mortalidad fueron dímero D (p 0,014), glucosa en sangre (p 0,014), proteína c reactiva (p 0,003) e interleucina 6 (IL-6) (p 0,009) (tabla 2). En el análisis multivariante se asociaron de manera independiente con la mortalidad el índice de Charlson (OR = 1,34, IC95% [1,07-1,67], p = 0,012), la IL-6 (OR = 1,01, IC95% [1-1,02], p 0,018) y la relación SatO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> (OR = 0,25, IC95% [0,12-0,53], p < 0,001) (tabla 3). La combinación de estas 3 variables (Charlson × IL6/SatFiO<sub>2</sub>) presentó un AUROC de 0,85 (HR = 4,1, IC95% [1,63 -15,18], p 0,005) teniendo el punto de corte de 55 puntos una sensibilidad 78% y una especificidad 70% (fig. 1). Las curvas K-M mostraron una asociación significativa con la mortalidad (fig. 2).

Tabla 1. Relación de las comorbilidades con la mortalidad

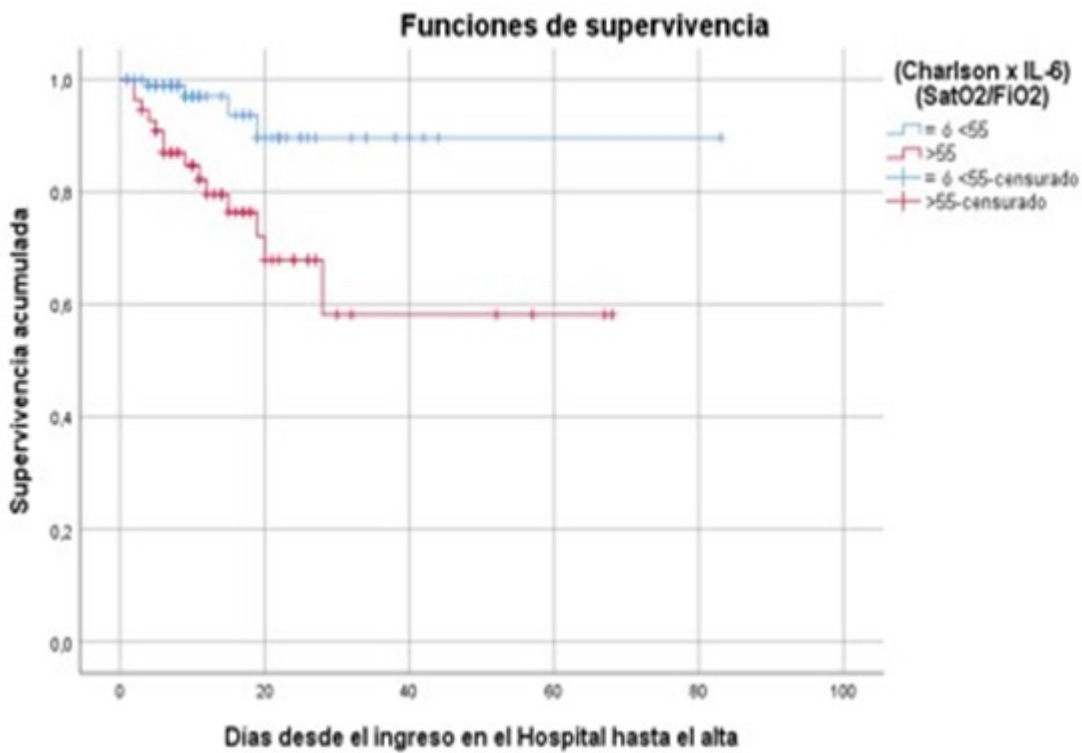
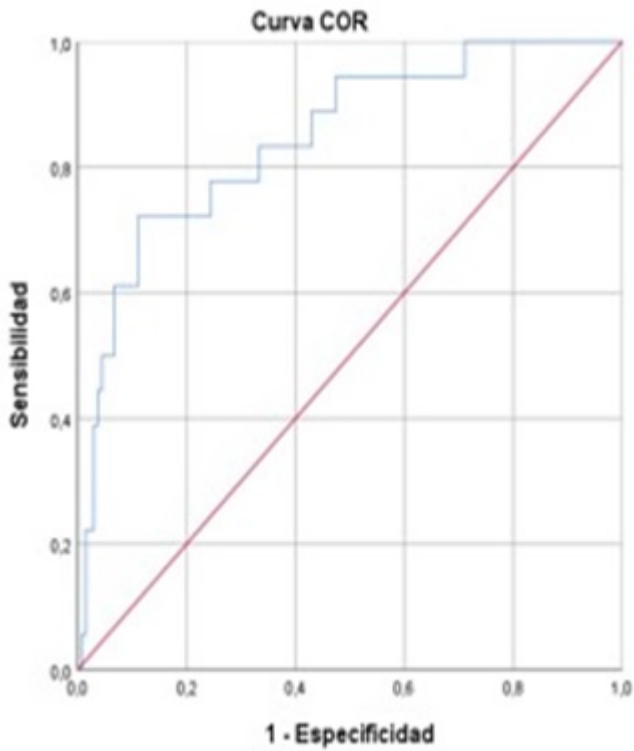
	<i>Exitus</i>		p
	No (N = 146)	Sí (N = 25)	
Edad (años), mediana (IQR)	71 (61,75-81)	79 (66-82,5)	0,145
Sexo masculino, n (%)	81 (55,5%)	16 (64%)	0,427
Centro sociosanitario, n (%)	11 (7,5%)	5 (20%)	0,048
Dependencia, n (%)	34 (28,1%)	16 (72,7%)	< 0,001
Unidad de Cuidados Intensivos, n (%)	19 (13%)	2 (8%)	0,480
Charlson, mediana (IQR)	4 (2,75-6)	6 (5-7,5)	0,001
Comorbilidades	n (%)	n (%)	
Fumador activo	9 (6,2%)	3 (12%)	NS
Exfumador	40 (27,4%)	9 (36%)	NS
Hipertensión arterial	107 (73,3%)	20 (80%)	NS
Diabetes mellitus	67 (45,9%)	14 (56%)	NS
Obesidad	51 (34,9%)	9 (36%)	NS
Deterioro cognitivo	21 (14,4%)	9 (36%)	0,009
Enfermedad renal crónica	22 (15,1%)	6 (24%)	NS
Insuficiencia cardíaca congestiva	18 (12,3%)	4 (16%)	NS
Neoplasia	10 (6,8%)	4 (16%)	NS

Tabla 2. Relación de los parámetros analíticos al ingreso con la mortalidad.

	<i>Exitus</i>		p
	No (N = 146)	Sí (N = 25)	
Linfocitos (10 <sup>3</sup> /μL)	1.000 (700-1.425)	800 (450-1.350)	0,113
Dímero D (ng/mL)	857 (533,5-1.383,5)	1.111 (896-4.413)	0,014
Glucosa en sangre (mg/dL)	125 (102,75-156,25)	151 (127,5-193)	0,014
Albúmina (g/dL)	3,2 (2,8-3,5)	3,1 (2,55-3,2)	0,112
Proteína C reactiva (mg/dL)	7,71 (2,567-14,217)	12,15 (5,26-21,325)	0,003
Lactato deshidrogenasa (U/L)	283 (230-365)	303 (248,55-404,5)	0,304
Ferritina (ng/mL)	336,4 (151,7-678)	420,5 (208,8-600,6)	0,313
Interleucina 6 (pg/mL)	32,53 (12,96-60,84)	72,67 (27,48-128,61)	0,009

Tabla 3. Análisis multivariable de los factores de riesgo de mortalidad

	OR (IC, 95%)	p
Charlson	1,336 (1,066-1,674)	0,012
Interleucina 6	1,008 (1,001-1,015)	0,018
Índice de SatO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	0,246 (0,115-0,527)	< 0,001
Proteína C reactiva	1,048 (0,984-1,015)	0,146



**Conclusiones:** Las características clínicas y factores pronósticos de nuestros pacientes fueron similares a la de otras series, exceptuando la edad, el sexo y la hipertensión. La combinación de las variables índice de Charlson, IL-6 y SatO2/FiO2 al ingreso se mostró como un excelente predictor de mortalidad hospitalaria en nuestra serie de pacientes.