



1402 - DIFERENCIAS EN RESULTADOS CLÍNICOS, COMORBILIDAD Y PREDICTORES PRONÓSTICOS ENTRE OLA 1 Y OLA 5 DE PACIENTES COVID-19. REPRODUCCIÓN DEL MODELO PRONOSTICO PREVIO DEL GRUPO

Vanesa Puerto Romero¹, Jairo Luque del Pino¹, Nicolás Jiménez García¹, Luis Mérida Rodrigo¹, Irati de Urrutia Undabarrena¹ y Francisco Rivas Ruiz²

¹Medicina Interna. Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga). ²Área de Asesoramiento Metodológico, Documental y Ético. Unidad de Investigación e Innovación. Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga).

Resumen

Objetivos: Describir con un estudio retrospectivo observacional las diferencias entre ola 1 *versus* ola 5 por su especial impacto en nuestro centro a pesar de cambios en el estado vacunal y protocolos terapéuticos estratificando los resultados clínicos en función del período temporal. Se muestran diferencias en los pacientes en ambas olas en base a sus comorbilidades y entre los predictores pronósticos para ver si es reproducible el modelo pronóstico desarrollado previamente por nuestro grupo en ola 1.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes ingresados por COVID-19 en un hospital de segundo nivel en el período (01/03/2020-31/12/2021), estratificado en ola 1-ola 5 y buscando diferencias en variables comorbilidades, resultados clínicos y predictores pronósticos reproduciendo el modelo predictivo previo de nuestro grupo en ola 1.

Resultados: Se incluyeron 486 pacientes, correspondientes un 20,6% a ola 1 (01.03.2020-21.06.2020) frente a 79,4% de ola 5 (20.06.2021-13.10.2021) con una distribución de variables demográficas desglosadas en la tabla. No se observaron diferencias en la distribución de antecedentes enolismo, tabaquismo, dependencia, HTA, dislipemia, FA, ansiedad, depresión, obesidad, enfermedad neurológica degenerativa, diálisis, cardiopatía isquémica, IC crónica, EPOC, enfermedad neurodegenerativa, demencia, AIT/ICTUS o enfermedad vascular periférica. En relación a la estancia hospitalaria las medianas en ola 1 fue 11 días (rango intercuartílico 6-17,75) y en ola 5, 8 días. (rango intercuartílico 5-14, $p = 0,027$). Del manejo de pacientes ingresados se obtuvo significación en uso de broncodilatadores (ola 1: 2% y 78,2%: ola 5, $p = 0,001$) y uso de cánulas nasales de alto flujo (ola 1: 12%, ola 5: 27,8%, $p = 0,002$). No hubo diferencias en uso de antibióticos, ingreso en UCI o VMNI/VMI en las distintas olas. Tampoco hubo diferencias significativas en el porcentaje de *exitus* en las olas. Se trató de reproducir sobre los pacientes ola 5 un modelo pronóstico publicado previamente por nuestro grupo para la primera ola (basado en LDH, cardiopatía previa y edad) que explica la variabilidad del resultado clínico en 43,5% de la magnitud (R^2 cuadrado de Nagelkerke) y que en nuestro estudio actual explica el 45%, con buen ajuste en edad y LDH ($p = 0,001$) aunque no la presencia de cardiopatía ($p = 0,422$), la relación pronóstica con edad $\beta = 5,083$ y LDH con $\beta = 17,890$. Al buscar otro factor pronóstico se incluyó el índice Charlson obteniendo R^2 Nagelkerke de 45,9%, con edad ($p = 0,001$, $\beta = 4,479$), LDH ($p = 0,001$, $\beta = 17,483$) y Charlson ($p = 0,030$, $\beta = 1,234$). En el índice de Charlson el resultado mediana 0 en ambas olas no fue significativo ($p = 0,311$) pero el Charlson corregido por edad las medianas fueron de 3 en ola 1 y 2 en ola 5 ($p = 0,029$).

| | Primera ola | Quinta ola | Nivel de significación |
|--|----------------------|----------------------|------------------------|
| Edad, años (DE) | 63,76 (\pm 16,93) | 61,01 (\pm 17,18) | p = 0,076 |
| Sexo varón, % | 67,0 | 61,7 | p = 0,385 |
| Bronquitis crónica, % | 4,0% | 0,5% | p = 0,018 |
| Asma, % | 11% | 5,2% | p = 0,058 |
| Angina de pecho, % | 3,0% | 0,0% | p = 0,009 |
| Hemiplejia/paraplejia, % | 4% | 0,0% | p = 0,002 |
| Charlson corregido por edad. Mediana. (rango intercuartílico) | 3 (1-4) | 2 (0,25-4) | p = 0,029 |

Conclusiones: No se han encontrado diferencias entre las comorbilidades basales de los pacientes COVID entre ola 1 y ola 5 salvo en angina de pecho, bronquitis crónica o paresia/hemiparesia. Nuestros resultados relacionan la mortalidad a largo plazo con la presencia de comorbilidad y replica el modelo predictivo de mortalidad durante el ingreso de Martos *et al.*¹, reafirmando la asociación entre mortalidad y niveles de LDH > 345 UI/L al ingreso y una edad \geq 65 años como factores predictores en pacientes COVID-19 proporcionándose un nuevo modelo más ajustado al paciente actual tras la vacunación usando el índice de Charlson en lugar de la cardiopatía.

Bibliografía

1. Martos Pérez F, Luque del Pino J, Jiménez García N, Mora Ruiz E, Asencio Méndez C, García Jiménez JM, *et al.* Comorbilidad y factores pronósticos al ingreso en una cohorte COVID-19 de un hospital general. Rev Clin Esp. 2021;221:529-35.