

## SUPPLEMENT

### Comparison of the clinical characteristics and mortality in ARDS due to COVID-19 versus ARDS due to Influenza A-H1N1pdm09

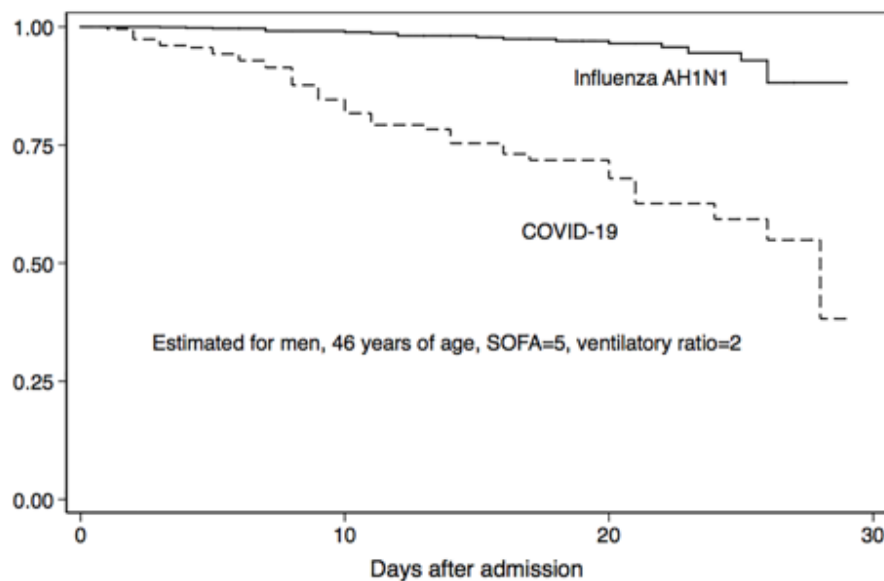
#### References of clinical indices

Ranieri VM, Rubenfeld GD, Thompson BT, Ferguson ND, Caldwell E, Fan E, Camporota L, Slutsky AS. Acute respiratory distress syndrome: The berlin definition. *JAMA* 2012;307:2526-2533.

Sinha P, Calfee CS, Beitler JR, Soni N, Ho K, Matthay MA, Kallet RH. Physiologic analysis and clinical performance of the ventilatory ratio in acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 2019;199:333-341.

Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonça A, Bruining H, Reinhart CK, Suter PM, Thijs LG. The sofa (sepsis-related organ failure assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the working group on sepsis-related problems of the european society of intensive care medicine. *Intensive Care Med* 1996;22:707-710.

Figure 1. Kaplan-Meier survival curve for COVID-19 patients (dashed line) and for patients with Influenza A-H1N1 (continuous line) adjusted for sex, age, sequential organ failure assessment (SOFA) score (SOFA = 5), and ventilatory ratio (VR = 2).



## **Comparación de las características clínicas y la mortalidad en el síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) por COVID-19 y por Influenza A-H1N1pdm09**

### **Objetivo**

Comparar la letalidad entre el Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda (SIRA) por Covid-19 y por Influenza A (H1N1), ajustando por factores de riesgo de pronóstico conocidos.

### **Diseño**

Análisis retrospectivo de dos cohortes prospectivas de pacientes con SIRA-Covid-19 y SIRA-Influenza A (H1N1)

### **Configuración**

Unidad de cuidados intensivos (UCI) respiratorios en un hospital de docencia e investigación de nivel terciario.

### **Pacientes**

Se compararon 147 pacientes con COVID-19 con 94 con Influenza A-H1N1 que cumplían con los criterios del SIRA.

### **Intervenciones**

Ninguna

### **VARIABLES DE INTERÉS**

Se registraron datos demográficos, fisiológicos y bioquímicos y mortalidad en la unidad de cuidados intensivos.

### **Resultados**

Los pacientes llegaron al hospital después de 9 días de síntomas en promedio. Los pacientes con influenza tenían más obesidad, más uso de norepinefrina y niveles más altos de deshidrogenasa láctica y glucosa, y menos plaquetas y  $PaO_2/FiO_2$ . La mortalidad bruta fue mayor en COVID que en influenza (39% frente a 22%;  $p = 0,005$ ). En un modelo de riesgo proporcional de Cox, los pacientes con un diagnóstico de COVID-19 tenían una razón de riesgo (HR) = 3,7 (Intervalo de confianza del 95% 1,9-7,4), ajustado por edad, sexo, puntuación SOFA, índice de ventilación y ventilación en decúbito prono. En el modelo totalmente ajustado, la relación ventilatoria y la ausencia de ventilación en decúbito prono también fueron predictores de mortalidad.

### **CONCLUSIÓN**

Los pacientes con COVID-19 tratados en una UCI tenían un riesgo de muerte 3,7 veces mayor que pacientes similares con Influenza A-H1N1, después de ajustar la puntuación SOFA y otros factores de riesgo relevantes para la mortalidad.

**Palabras clave:** influenza A-H1N1, COVID-19, letalidad, supervivencia, SIRA, unidad de cuidados intensivos.