

Śmiertelność wśród chorych z COVID-19

źródło: baza danych SARSTer

stan na dzień 6 grudnia 2020

opracował: Prof. dr hab. Robert Flisiak

Śmiertelność związana w COVID-19 w Polsce oceniana w stosunku do liczby zidentyfikowanych osób z wynikiem dodatnim badania genetycznego lub antygenowego aktualnie nie przekracza 2%, co jest uznawane za wartość bardzo niską w porównaniu z epidemiami SARS i MERS. Wiąże się z tym fałszywy przekaz sugerujący łagodny charakter COVID-19 w porównaniu z tymi chorobami, wywołanymi również przez koronawirusy (śmiertelność odpowiednio 10% i 45%), w których jednak nigdy liczby zgonów nie odnoszono do wyników badań laboratoryjnych lecz do zarejestrowanej liczby zachorowań jawnych klinicznie [1, 2]. Zgodnie z definicją epidemiologiczną, śmiertelność powinna być obliczana jako iloraz liczby zgonów spowodowanych daną chorobą i liczby chorych na tę chorobę [3]. Oznacza to, że faktyczna śmiertelność związana z zakażeniem SARS-CoV-2 liczona w sposób prawidłowy, będzie kilkakrotnie wyższa w stosunku do tej, wynikającej z codziennych raportów Ministerstwa Zdrowia, odnozącej się do liczby zarejestrowanych wyników dodatnich.

SARSTer jest retrospektywnym, nieinterwencyjnym programem badawczym realizowanym przez Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (PTEiLChZ), którego celem jest ocena skuteczności i bezpieczeństwa różnych opcji terapii COVID-19 stosowanych w Polsce u chorych leczonych począwszy od 1 marca 2020. Szczególna uwaga została poświęcona badaniom nad skutecznością i bezpieczeństwem terapii zalecanych w rekomendacjach PTEiLChZ, co pozwoli na ich doskonalenie [4, 5, 6]. Podstawowym kryterium włączenia pacjentów do bazy danych jest rozpoznanie COVID-19. Dodatkowym celem badania SARSTer jest analiza epidemiologiczno-klinicznej przebiegu epidemii COVID-19 w latach 2020-2021, a w tym śmiertelność w różnych subpopulacjach chorych.

Bieżąca analiza śmiertelności związanej z COVID-19 obejmuje stan na dzień 6 grudnia 2020 i uwzględnia dane pochodzące od 2449 chorych. Jak wynika z tabeli 1 ogólna śmiertelność wśród hospitalizowanych z COVID-19 zarejestrowanych w bazie SARSTer wynosiła 6,2%, a po uwzględnieniu wyłącznie populacji dorosłych 7,3%. Odsetek zgonów wzrastał wraz z ciężkością stanu klinicznego przy przyjęciu do szpitala. W przypadku chorych z saturacją tlenu poniżej 95% przekraczał 12%, a u wymagających tlenoterapii wynosił ponad 17%. Obserwowano również ścisłą zależność między wiekiem chorych, a śmiertelnością, która u osób w wieku przekraczającym 80 lat była bliska 19% (Rycina 1). Jednak ryzyko śmierci w tej grupie wiekowej wzrastało do 30% jeśli przy przyjęciu do szpitala saturacja była poniżej 90%. Najwyższą śmiertelność sięgającą 67%, niezależną od wieku i wyjściowego stanu klinicznego, odnotowano u chorych wymagających wentylacji mechanicznej (tabela 1).

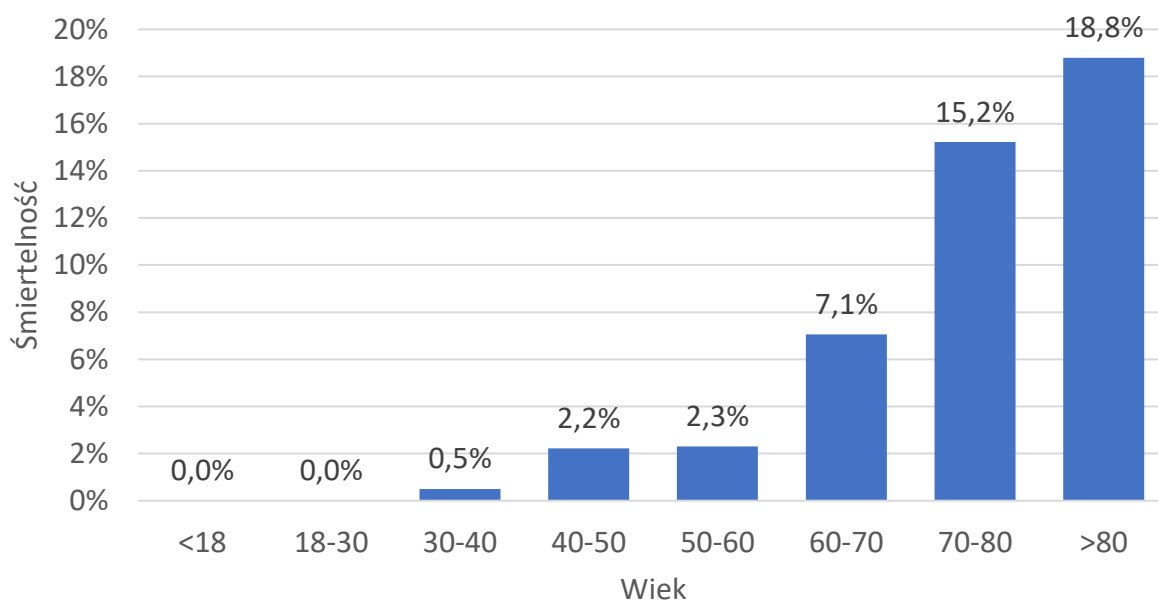
Tabela 1

Śmiertelność w zależności od stanu klinicznego przy przyjęciu do szpitala i w trakcie hospitalizacji.

analizowana populacja	liczba zgonów	liczebność populacji	%
wszyscy hospitalizowani z powodu COVID-19	153	2449	6,2%
dorośli hospitalizowani z powodu COVID-19	153	2106	7,3%
dorośli z SpO ₂ <95% przy przyjęciu	125	1017	12,3%
dorośli wymagający tlenoterapii	139	804	17,3%
dorośli z SpO ₂ <90% przy przyjęciu	96	480	20,0%
dorośli w wieku >80 lat i SpO ₂ <90%	25	84	29,8%
dorośli wymagający wentylacji mechanicznej	65	97	67,0%

Rycina 1

Śmiertelność w zależności od wieku



Piśmiennictwo:

1. ECDC. Severe acute respiratory syndrome (SARS). Disease facts. <https://www.ecdc.europa.eu/en/severe-acute-respiratory-syndrome>
2. Penttinen P M, Kaasik-Aaslav K, Friaux A, i wsp. Taking stock of the first 133 MERS coronavirus cases globally – Is the epidemic changing? . Euro Surveill. 2013;18(39):pii=20596.

3. Porta M., Greenland S., Burón A. A Dictionary of Epidemiology, Oxford University Press, Oxford, 2014.
4. Flisiak R., Horban A., Jaroszewicz J. i wsp.: Management of SARS-CoV-2 infection: recommendations of the Polish Association of Epidemiologists and Infectiologists as of March 31, 2020. Pol. Arch. Intern. Med., 2020; 130: 352–357
5. Flisiak R., Horban A., Jaroszewicz J. i wsp.: Management of SARS-CoV-2 infection: recommendations of the Polish Association of Epidemiologists and Infectiologists. Annex no. 1 as of June 8, 2020. Pol. Arch. Intern. Med., 2020; 130: 557–558
6. Flisiak R, Parczewski M, Horban A, et al. Management of SARS-CoV-2 infection: recommendations of the Polish Association of Epidemiologists and Infectiologists. Annex no. 2 as of October 13, 2020. Pol Arch Intern Med. 2020; 130: 915-918.