



<https://www.revclinesp.es>

1392 - INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON COVID-19

C.Y. Ramírez Blanco, J.M. Robaina Bordón, K. Mohamed Ramírez, S. Sosa González, E. Lozano Peralta, A. Alaoui Quesada, S. Santana Baez y A. Conde Martel

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: Analizar las características basales, evolución clínica y complicaciones de los pacientes con COVID-19 que recibieron tratamiento con tocilizumab e ingresaron en UMI posteriormente.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 115 pacientes con COVID-19 ingresados en un hospital de tercer nivel y que requirieron ingreso en UMI entre el 10/03-26/12 del 2020. Se hicieron dos grupos: uno con los pacientes que recibieron tocilizumab previo ingreso a UMI y otro con los que no; comparando entre ambos el desarrollo de complicaciones, curso clínico y mortalidad.

Resultados: El 34,2% (n = 38), de los pacientes recibieron tocilizumab. Estos tenían una media de edad similar al grupo que no lo recibió (62 vs. 64 años; p = 0,657), sin diferencias en cuanto al sexo. Así mismo, no se registraron diferencias en cuanto a la prevalencia de comorbilidades clásicas, cardiopatía, broncopatía, nefropatía; o incluso en el tratamiento previo ingreso frente al uso de IECA/ARA-2 (43% vs. 40%; p = 0,84), anticoagulación (2% vs. 4%; p = 0,99) y corticoterapia sistémica (0% vs. 5%; p = 0,17). A pesar de que registraban cifras de SatO2 inferiores a su llegada al hospital (SatO2 90%: 38,9% vs. 18,2%; p = 0,032), la clínica inicial del cuadro y desarrollo de neumonías graves fue similar (65,7% vs. 71,6%; p = 0,65). La mediana de estancia en UMI fue de 10 días en ambos subgrupos, sin diferencias en cuanto a la del total de días ingresados (24 vs. 20; p = 0,16). Los pacientes con tocilizumab no presentaron menor tasa de SDRA (100% vs. 90,3%; p = 0,66), shock séptico (47,2 vs. 43,8%, p = 0,84), sobreinfecciones (58,3% vs. 52,1%; p = 0,09) o complicaciones tromboembólicas (13,2 vs. 9,9%; p = 0,75); y las medidas de soporte requeridas durante su estancia en UMI, salvo en un mayor uso de Gafas nasales de alto flujo (81,6% vs. 51,6%; p = 0,66), no mostraron diferencias entre subgrupos (intubación orotraqueal: 78,9% vs. 68,5% p = 0,27; soporte vasoactivo: 60,5% vs. 56,9%; p = 0,84; terapia renal sustitutiva 7,9% vs. 11%; p = 0,75). Así mismo, la mortalidad global entre ambos fue casi similar (23,7% vs. 23,3%; p = 0,99); sin observarse tampoco diferencias tras ajustarla por sexo, edad, y presencia de comorbilidad.

Discusión: A pesar de la enorme evidencia desarrollada en el último año para valorar la eficacia del tocilizumab en el control de la respuesta inflamatoria y la “tormenta de citocinas” de la infección por SARS-CoV-2; aun contamos con posturas dispares frente a su utilidad. De manera general, se demuestra un menor requerimiento en el uso de ventilación mecánica y resultados poco concluyentes de su impacto sobre la mortalidad; hallazgos similares a los registrados en nuestra muestra.

Conclusiones: En nuestra serie, el uso del tocilizumab no se relacionó con diferencias significativas en cuanto a mortalidad, medidas de soporte vital utilizadas y a complicaciones derivadas de la infección o estancia en UMI, siendo necesaria mayor evidencia para definir su influencia en el curso de la infección por SARS-CoV-2.

Bibliografía

1. Lin W-T, et al. The effect of tocilizumab on COVID-19 patient mortality: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Immunopharmacol.* 2021;96:107602.