



## 1357 - REMDESIVIR EN SARS-COV-2: EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

*N. Reguart Oto, M. Ribell Bachs, B. Rocher Ros, J. Alonso Arnal, Y. Oujja Oujja, M. Sagalés Torra, O. Parramon Costa y J. Tárrega Camarasa*

*Hospital General de Granollers. Granollers. Barcelona.*

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características clínicas y mortalidad de los pacientes tratados con remdesivir (RDV) en nuestro centro. Identificar los factores asociados al ingreso en unidad de críticos y el comportamiento durante las distintas etapas epidemiológicas.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con neumonía SARS-CoV-2 confirmada tratados con RDV entre marzo 2020 y junio 2021 ingresados en nuestro centro. Se consideraron los siguientes períodos epidemiológicos: marzo-julio 2020 (A); agosto-diciembre 2020 (B); enero-junio 2021 (C). El RDV se utilizó según los criterios establecidos por el CATSALUT. Analizamos las variables clínicas y demográficas: edad, sexo, etnia, comorbilidad, inmunosupresión, vacunación, ingreso en unidad de críticos, necesidad de ventilación mecánica, tratamientos coadyuvantes, presencia de efectos adversos, días de estancia hospitalaria y mortalidad a los 30 días. Se recogieron los siguientes datos analíticos al ingreso: proteína C reactiva (PCR), ferritina, LDH, D-dímero, creatinina, AST, linfocitos.

**Resultados:** De los 2.073 pacientes ingresados en nuestro centro por SARS-CoV-2, 106 fueron tratados con RDV (5%). Un 4% recibió RDV en el período A, 56% en el B y 40% en el C. El 75% de RDV fue prescrito por el servicio medicina interna. La edad media fue de 61 (23-92) años, el 70% eran varones. El 83% eran caucásicos, 9% latinos, 4% magrebíes y 3% africanos subsaharianos. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (52%), patología respiratoria (23,5%), diabetes (23%) y obesidad (17%). El 30% de los pacientes no presentaron ninguna comorbilidad. De forma adicional, un 93% se trataron con corticoides y un 27% con tocilizumab. Tres pacientes habían recibido vacunación para SARS-CoV-2. Un 43% precisó soporte respiratorio adicional (alto flujo 24, VMNI 39, IOT 20 pacientes) y un 37% requirió ingreso en unidades de críticos. El ingreso en unidad de críticos fue mayor en los pacientes obesos ( $p < 0,05$ ), en población latina (70%) y en aquellos con menor nivel de PCR ( $p < 0,05$ ) y mayor linfopenia ( $p < 0,05$ ) al ingreso. La mortalidad de estos pacientes fue del 18%. Se retiró RDV en 7 pacientes por efectos adversos. La estancia hospitalaria con RDV fue de 10,5 días (3-84); por períodos: A 22, B 15 y C 7 días respectivamente; siendo 12,07 días la estancia global hospitalaria de todos los pacientes con neumonía SARS-CoV-2. La mortalidad a los 30 días de los que recibieron RDV fue del 11,3% (período A 0%, período B 15%, C 7%), mientras que la mortalidad global hospitalaria fue del 12,34% (período A 13%, B 35%, C 11%).

*Conclusiones:* En nuestra experiencia, el uso de RDV se asocia a una menor mortalidad, un buen perfil de seguridad y una menor estancia media. Según nuestros datos, la obesidad y la etnia latina son factores de riesgo para el ingreso en unidad de críticos, así como la linfopenia y niveles inferiores de PCR al ingreso.