



592 - ANÁLISIS DE PRONÓSTICO EN FUNCIÓN DEL TRATAMIENTO INHALADOR HABITUAL EN PACIENTES CON EPOC INGRESADOS POR COVID-19

L. Jiménez Ibáñez, S. Díaz Planellas, F. Jiménez Segovia, M. Bacete Cebrián, C. Llamazares Mendo, M.M. Ferrerio-Mazón Jenaro, A. Muiño Míguez y M. Gómez Antúnez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen

Objetivos: Analizar la relación entre la mortalidad y pronóstico y el tratamiento inhalador habitual de los pacientes con EPOC ingresados por COVID-19 durante la primera y segunda ola.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes con EPOC que habían completado ingreso hospitalario por COVID-19 en el H.G.U. Gregorio Marañón desde marzo hasta diciembre de 2020. Se analizó la mortalidad y diferentes factores pronósticos en función del tratamiento inhalador del paciente mediante la prueba de hipótesis t de Student para dos muestras independientes con varianzas desiguales.

Resultados: Se obtuvieron 291 pacientes. El 81,8% fueron varones. Edad media 75,4 años. La tasa de mortalidad fue del 32,6%. No se encontraron diferencias significativas en la mortalidad en relación con el empleo habitual de LAMA, LABA o corticoides inhalados (CI). Un 1% recibía tratamiento con LABA, con una mortalidad del 25%, y un 15% recibía tratamiento con LAMA, con una mortalidad del 30,2%. El 21% recibía LAMA+LABA, con una mortalidad del 35%, mientras que un 11% recibía LABA+CI, con una mortalidad del 33,3%. Un 37% recibía triple terapia, con una mortalidad del 32,4%. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad entre los diferentes grupos. Se comparó la mortalidad de los inhaladores individualmente entre sí, obteniendo que los pacientes que tomaban umeclidinio tuvieron menor mortalidad en comparación con los que tomaban salmeterol (18% vs. 48% $p = 0,041$) y fluticasona (18% vs. 42% $p = 0,049$) estadísticamente significativas y con tiotropio (18% vs. 37% $p = 0,072$) y beclometasona (18% vs. 41% $p = 0,074$) sin diferencias significativas. No obstante, los pacientes que tomaban umeclidinio eran más jóvenes que la media y en el 90% su GOLD era de 2. Se analizó una variable combinada de mal pronóstico que incluía mortalidad o necesidad de ingreso en UCI, ventilación mecánica no invasiva (VMNI) u oxigenoterapia con cánula nasal de alto flujo (OCNAF), representando el 38,8%. No se encontró diferencias entre tratamiento con LAMA, LABA, LABA+CI, triple terapia, ni comparando tratamiento con CI frente a tratamiento sin CI. Se evidenció una menor estancia hospitalaria (< 12 días) en pacientes que tomaban LABA+CI (64% vs. 46%, $p = 0,13$) y LAMA+LABA (62% vs. 46%, $p = 0,08$), sin diferencias significativas.

Discusión: En estudios previos se postula el papel protector del uso de broncodilatadores y corticoides inhalados en pacientes EPOC en la infección por SARS-CoV-2, modulando la replicación

viral y respuesta inflamatoria en la vía aérea. Existe especial controversia en los tratados con CI. En nuestro estudio no hemos alcanzado valores significativos que puedan demostrar una influencia de la terapia inhalada en la mortalidad y pronóstico, posiblemente por un insuficiente tamaño muestral, así como la influencia de otras variables. En el caso del umeclidinio podría influir que el 90% de los pacientes tenía una EPOC leve o moderada y que eran pacientes más jóvenes que la media, siendo la edad el principal factor pronóstico.

Conclusiones: Se necesitan más estudios para conocer la influencia del tratamiento broncodilatador y corticoesteroideo inhalado en el riesgo de infección por SARS-CoV-2 y el pronóstico de la COVID-19 en pacientes con EPOC.