



## 940 - COVID DE ALTO RIESGO. EXPERIENCIA Y REVISIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL

*Alba Palau Domínguez, Gabriella Isard Casinos, Ramon Boixeda Viu, Sandra Bacca, Ester-Paula Fernández Fernández, Javier Fernández Fernández, Laia Albiach Lluch, Lluís Campins Bernades, Alejandro Robles Pérez y Candela Álvarez Vázquez*

*Hospital de Mataró, Mataró (Barcelona).*

### Resumen

**Objetivos:** Describir el fenotipo inmunológico, epidemiología, antecedentes patológicos, características clínicas y serológicas de pacientes positivos con factores de riesgo de progresión a enfermedad grave y describir el tratamiento recibido.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de pacientes mayores 18 años, positivos para SARS-CoV-2, con factores de riesgo de progresión a enfermedad grave en el Hospital de Mataró, desde enero de 2022 hasta junio de 2022 con prueba diagnóstica, clínica leve, y menos de 7 días de evolución. Estos pacientes son tributarios de tratamiento precoz de forma ambulatoria, excepto si están ingresados. Se considera factor de riesgo de progresión trasplante hematopoyético, enfermedad de injerto contra el huésped, trasplante de órganos sólidos, inmunodeficiencias primarias, tratamiento antiCD20, fibrosis quística, síndrome de Down, y tratamiento con quimioterapia mielotóxica o no mielotóxica con linfopenia.

**Resultados:** Se identificaron 33 pacientes positivos con riesgo de progresión a enfermedad grave, 64% (n = 21) varones, con edad media de 65 años (32-87). Como enfermedades previas destacaron el tabaquismo en 14% (n = 3), IMC > 25 en 29% (n = 6), asma en 6% (n = 2), EPOC en 18% (n = 6), HTA y DM en 24% (n = 8). Se calculó el índice de Charlson con una media de 6 y una moda de 2. Los factores de riesgo considerados fueron el uso de antiCD20 en 67% (n = 22), neoplasia en 15% (n = 5), trasplante en 6% (n = 2), VIH, corticoterapia crónica en 3% (n = 1) cada uno, y otros factores en 6% (n = 2). 36% (n = 12) estaban en repuesta y 64% (n = 21) tenían enfermedad activa. 30% (n = 10) tomaban vitamina D, 30% (n = 10) corticoterapia aparte del inmunosupresor principal, y 24% (n = 8) otros inmunosupresores. El 64% de pacientes (n = 21) tenían 3 dosis de vacuna para el SARS-CoV-2, el 27% (n = 9) tenían 2 dosis el 3% (n = 1) tenían 0 dosis, y se desconocía en el 6% (n = 2). De los pacientes con pauta completa (n = 21), 62% (n = 13) no habían adquirido inmunidad, 33% (n = 7) tenían inmunidad, y se desconocía el estado inmune del 5% (n = 1) restante. Del total de pacientes analizados, el 58% (n = 19) tenía linfopenia, 39% (n = 13) hipogammaglobulinemia. De los pacientes sin inmunidad, independientemente del estado vacunal (n = 22), un 45% (n = 10) tenían hipogammaglobulinemia y un 68% (n = 15) linfopenia. Del total, el 42% (n = 14) recibieron remdesivir, el 27% (n = 9) recibieron sotromivab, el 15% (n = 5) recibieron corticoterapia, el 3% (n = 1) tocilizumab, y el 36% (n = 12) nada. De los pacientes analizados, el 39% (n = 13) ingresaron, el

62% de estos (n = 8) a causa de neumonía por sarscov2. 2 se trataron con corticoterapia, 1 con sotrovimab, 2 con remdesivir y sotrovimab, 1 con remdesivir, sotrovimab y corticoterapia, 1 con remdesivir, sotromivab, corticoterapia y tocilizumab, y 1 no se trató. Todos los pacientes que ingresaron tenían hipogammaglobulinemia o linfopenia. El 30% de los ingresos (n = 4) murieron consecuencia de la infección.

*Conclusiones:* Existe un subgrupo con riesgo de progresión a enfermedad grave por ausencia de inmunidad frente a la vacuna. Podemos actuar tratándolos según la inmunidad de forma precoz, con anticuerpos monoclonales y antivirales para evitar progresión a enfermedad grave. Se están creando grupos de trabajo y circuitos para tratar este perfil de paciente sin necesidad de ingreso.