



## 1835 - MANEJO AMBULATORIO DE LA INFECCIÓN LEVE-MODERADA POR SARS-COV-2 EN PACIENTES DE ALTO RIESGO DE PROGRESIÓN: EXPERIENCIA PRELIMINAR EN UN CIRCUITO DE HOSPITAL DE DÍA

*Edith Gutiérrez Abreu, Claudia Iglesias Encinas, Jorge Calderón Parra, Eva Martínez Rodríguez, Silvia Sánchez García, Raquel Herranz Martín, Ana Fernández Cruz y Elena Muñoz Rubio*

*Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.*

### Resumen

**Objetivos:** Recientemente se han aprobado fármacos para evitar la progresión del COVID-19 leve-moderado, priorizándose su administración en pacientes inmunocomprometidos y grupos de alto riesgo. Su administración intravenosa e interacciones dificultan el uso ambulatorio. Además, la evidencia disponible sobre los tratamientos antivirales y anticuerpos monoclonales es limitada en pacientes inmunocomprometidos. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia preliminar en un circuito ambulatorio específico.

**Métodos:** Estudio de cohortes prospectivo en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con infección SARS-CoV-2 leve-moderada con criterios de priorización de tratamientos antivirales de la AEMPS, atendidos desde 10 mayo (inicio de funcionamiento del circuito), hasta 17 junio de 2022. La asistencia incluye valoración clínica inicial con realización de pruebas complementarias, indicación y administración de tratamientos, y seguimiento protocolizado los días 3, 7, 14 y 28 tras tratamiento. Los pacientes pueden ser derivados desde distintos ámbitos mediante interconsulta protocolizada. Una vez derivados, son citados en las siguientes 24 horas. El *endpoint* primario fue necesidad de ingreso por COVID-19.

**Resultados:** Se valoraron 81 pacientes, edad 64 años (RIQ 54-70), 53,1% (n = 43) mujeres. 96,4% (n = 79) eran inmunosuprimidos (grupo 1). Fueron derivados desde Urgencias 62,9% (n = 51), desde consulta 37,1% (n = 30). Duración de síntomas hasta derivación 3 días (RIQ 2-4). El 93,8% (n = 76) había recibido pauta completa de vacunación, tiempo desde última dosis 4 meses (RIQ 3-6). IgG anti-S indetectable o inferior a 260 BAU/mL en el 50,0% de los pacientes con serología disponible (n = 27/54). Principales causas de inmunosupresión: trasplante de órgano sólido 37,0% (n = 30, 15 pulmonar, 8 hepático, 7 cardíaco, 1 renal), neoplasia sólida con quimioterapia 18,5% (n = 15), neoplasia hematológica 14,8% (n = 12). Tratamientos inmunosupresores no biológicos más frecuentes: corticoterapia crónica 22,2% (n = 18), inhibidores calcineurina 19,8% (n = 16). 55,5% (n = 45) seguían tratamiento con inmunomodulador biológico priorizados, incluyendo 20,9% (n = 17) anti-CD20. Se administró tratamiento antiviral en todos los pacientes. Tratamientos indicados: nirmatrelvir/ritonavir 23,5% (n = 19), remdesivir 76,5% (n = 62). No se detectaron efectos adversos graves a nirmatrelvir/ritonavir. Se detectaron efectos adversos a remdesivir en 11,3% (n = 7/62), la mayoría gastrointestinales leves (6/7). Se suspendió el tratamiento en un paciente (nauseas). Terapia

combinada con antiviral y sotrovimab en 22,2% (n = 18), todos con IgG anti-S indetectable o títulos inferiores a 260 BAU/mL tras vacunación completa. 33,3% (n = 6) trasplantados pulmonares, 22,2% (n = 4) neoplasias hematológicas activas. El resto (44,4%, n = 8) seguían tratamiento anti-CD20 por motivos distintos. No se detectaron efectos adversos. Durante el seguimiento, 2 pacientes (2,5%) precisaron ingreso relacionado con COVID-19, y 3 (3,7%) por causa no relacionada con infección o tratamiento. Ninguno precisó UCI ni soporte ventilatorio. Un paciente falleció (1,2%) por progresión de su enfermedad de base (neoplasia pulmonar). Ningún paciente con tratamiento combinado precisó ingreso.

*Conclusiones:* La administración de tratamientos recomendados en pacientes con infección leve-moderada por SARS-CoV-2 en pacientes de alto riesgo de progresión es segura, con baja tasa de necesidad de ingreso. La atención integral (valoración, tratamiento y seguimiento) en estos pacientes puede realizarse de forma ambulatoria evitando consumo de recursos de hospitalización. Se necesitan más estudios para confirmar la eficacia de estos tratamientos en pacientes inmunocomprometidos.