



## PCOVID21 - PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2 Y FACTORES ASOCIADOS CON INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES E INMUNOMEDIADAS: RESULTADOS DE UN REGISTRO MULTIDISCIPLINARIO DE UN SOLO CENTRO

J.C. Sarmiento Monroy<sup>1</sup>, G. Espinosa<sup>2</sup>, F. Meira<sup>3</sup>, B. Caballo<sup>4</sup>, M.C. Londoño<sup>5</sup>, S. Llufríu<sup>6</sup>, A. Moll<sup>7</sup>, L.F. Quintana<sup>8</sup>, J. Ramírez<sup>1</sup>, J. Inciarte-Mundo<sup>1</sup>, E. Solana<sup>6</sup>, Y. Blanco<sup>6</sup>, E. Martínez<sup>6</sup>, V. Llorens<sup>7</sup>, S. Prieto-González<sup>2,9</sup>, G. Espigol<sup>2</sup>, J. Milisenda<sup>9</sup>, M.C. Cid<sup>2</sup>, P. Giavedoni<sup>10</sup>, J.M. Mascaró<sup>10</sup>, I. Blanco<sup>11</sup>, J.A. Barberá<sup>11</sup>, O. Sibila<sup>11</sup>, J. Gratacós Ginés<sup>5</sup>, A. Adán<sup>7</sup>, Á. Agustí<sup>11</sup>, R. Sanmartí<sup>1</sup>, J. Panés<sup>4</sup>, R. Cervera<sup>2</sup>, J. Vila<sup>12</sup>, Á. Soriano<sup>3</sup> y J.A. Gómez-Puerta<sup>1</sup> en representación del Immunocovid Clinic

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología; <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes; <sup>3</sup>Departamento de Enfermedades Infecciosas; <sup>4</sup>Departamento de Enfermedades Digestivas; <sup>5</sup>Unidad de Hepatología; <sup>6</sup>Departamento de Neurología; <sup>7</sup>Servicio de Oftalmología; <sup>8</sup>Servicio de Nefrología; <sup>9</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>10</sup>Servicio de Dermatología; <sup>11</sup>Departamento de Neumología; <sup>12</sup>Departamento de Microbiología. Hospital Clínic. Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** Existe un interés creciente con respecto a la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedades autoinmunes e inmunomediadas (EAI/IM), con algunas discrepancias respecto a los desenlaces según las diferentes cohortes publicadas.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de infección sintomática por SARS-CoV-2 en una cohorte multidisciplinar de pacientes con EAI/IM y analizar los factores asociados con ingreso hospitalario.

**Métodos:** Estudio observacional tipo cohorte retrospectiva de pacientes con infección sintomática por SARS-CoV-2 y EAI/IM evaluados en un hospital Universitario de tercer nivel desde el 1 de marzo hasta el 29 de mayo de 2020. Se recogieron variables sociodemográficas, método diagnóstico de infección por SARS-CoV-2, tipo de EAI/IM, tratamiento inmunomodulador/inmunosupresor de base y comorbilidades, entre otras. Se determinó la prevalencia de las EAI/IM teniendo en cuenta el total de pacientes en seguimiento actual de la institución para cada patología. Se realizó una regresión logística binomial tomando como desenlace primario el ingreso hospitalario y usando la prueba estadística acorde a la naturaleza de cada variable. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética local del Hospital.

**Resultados:** Más de 6.000 pacientes con EAI/IM realizan seguimiento actual en nuestra institución. Se identificaron 85 pacientes con infección sintomática por SARS-CoV-2, con una prevalencia del 1,5%. Un total de 58 (68%) pacientes requirieron ingreso hospitalario por neumonía. Ocho individuos tenían más de una EAI/IM al momento de la inclusión (93 diagnósticos). La enfermedad inflamatoria intestinal (EII, 14%), la artritis reumatoide (11%) y la psoriasis (9%) fueron las enfermedades más frecuentes. La proporción de pacientes con EAI y EIM fue similar. La mediana de

duración de las EAI/IM fue de 8 años (RIC 4-16). Con respecto al tratamiento inmunosupresor inicial, la mayoría de los pacientes recibían glucocorticoides (29%, dosis media de equivalente de prednisona: 5 mg/día), seguidos de FAME convencionales sintéticos (26%, principalmente metotrexato) y terapias dirigidas (principalmente inhibidores del TNF- $\alpha$ ). La hipertensión arterial tuvo una asociación significativa con el ingreso hospitalario (OR 4,40; IC95% 1,46-13,20; p = 0,008). Por otro lado, el género femenino (OR 0,21; IC95% 0,07-0,63; p = 0,006), el diagnóstico de EII (OR 0,22; IC95% 0,06-0,77; p = 0,018) y el tratamiento previo con terapias dirigidas anti-citoquinas en monoterapia (anti-IL-6, IL-12/23 e IL-17; OR 0,15; IC95% 0,03-0,66; p = 0,012) se relacionaron con un riesgo menor de ingreso. Las características generales de los pacientes sintomáticos con SARS-CoV-2 y EAI/IM según ingreso hospitalario se resumen en la tabla. Durante el ingreso, se suspendió el tratamiento de base luego de la aparición de los síntomas del SARS-CoV-2 en algunos pacientes: glucocorticoides en 1/19 (5%), terapias inmunosupresoras en 6/20 (30%) y terapias dirigidas en 1/3 (33%) casos. Sin embargo, se reiniciaron después del alta hospitalaria en la mayoría de ellos. Nueve pacientes presentaron un brote clínico de su EAI/IM de base (5 al ingreso y 4 pacientes un mes después).

#### Características generales de los pacientes sintomáticos con SARS-CoV-2 y EAI/IM según ingreso hospitalario

| Variable                                     | Total (N = 85), n (%) | Pacientes hospitalizados (n=58) | Pacientes ambulatorios (n = 27) | p     |
|--|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------|
| Género femenino                              | 50 (58,8)             | 28 (48,3)                       | 22 (81,5)                       | 0,006 |
| Edad, mediana (RIC) años                     | 58 (48-68)            | 61 (48-71)                      | 53 (48-62)                      | 0,141 |
| Infección por SARS-CoV-2, confirmado por PCR | 52 (61,2)             | 40 (69,0)                       | 12 (44,4)                       | 0,054 |
| Diagnóstico EAI/IM                           | 93 (100)              |                                 |                                 |       |
| Enfermedad intestinal inflamatoria           | 13 (14,0)             | 5 (8,6)                         | 8 (29,6)                        | 0,018 |
| Artritis reumatoide                          | 11 (11,8)             | 6 (10,3)                        | 5 (18,5)                        | 0,296 |
| Psoriasis                                    | 9 (9,7)               | 7 (12,1)                        | 2 (7,4)                         | 0,516 |
| Lupus eritematoso sistémico                  | 8 (8,6)               | 5 (8,6)                         | 3 (11,1)                        | 0,714 |
| Esclerosis múltiple                          | 8 (8,6)               | 7 (12,1)                        | 1 (3,7)                         | 0,219 |
| Hepatitis autoinmune                         | 7 (7,5)               | 5 (8,6)                         | 2 (7,4)                         | 0,850 |
| Espondiloartropatías seronegativas           | 7 (7,5)               | 4 (6,9)                         | 3 (11,1)                        | 0,674 |
| Enfermedad renal autoinmune                  | 6 (6,5)               | 5 (8,6)                         | 1 (3,7)                         | 0,410 |
| Miastenia gravis                             | 5 (5,4)               | 4 (6,9)                         | 1 (3,7)                         | 0,489 |
| Otras  | 19 (20,4)             | 15 (25,8)                       | 4 (14,8)                        | 0,327 |
| Tratamiento de base                          |                       |                                 |                                 |       |
| Glucocorticoides                             |                       |                                 |                                 |       |
| Dosis equivalente de PDN                     | 25 (29,4)             | 19 (32,8)                       | 6 (22,2)                        | 0,321 |
| 1-9 mg/día                                   | 18 (21,2)             | 14 (24,1)                       | 4 (14,8)                        | 0,100 |
| ≥ 10 mg/día                                  | 7 (8,2)               | 5 (8,6)                         | 2 (7,4)                         |       |
| FAME convencional sintético                  |                       |                                 |                                 |       |
| HCQ, monoterapia                             | 5 (5,9)               | 4 (6,9)                         | 1 (3,7)                         | 1,000 |
| FAMEcs no HCQ                                | 22 (25,9)             | 17 (29,3)                       | 5 (18,5)                        | 0,294 |
| Biológico/inhibidor JAK                      |                       |                                 |                                 |       |
| Anti-TNF                                     | 2 (2,4)               | 0 (0,0)                         | 2 (7,4)                         | 0,999 |
| No-anti-TNF o inhibidor JAK                  | 10 (11,8)             | 3 (5,2)                         | 7 (25,9)                        | 0,012 |

#### Principales comorbilidades

|                       |           |           |          |       |
|-----------------------|-----------|-----------|----------|-------|
| Hipertensión arterial | 34 (40,0) | 29 (50,0) | 5 (18,5) | 0,008 |
| Dislipemia            | 17 (20,0) | 11 (19,0) | 6 (22,2) | 0,727 |
| Neumopatía crónica    | 15 (17,6) | 12 (20,7) | 3 (11,1) | 0,281 |
| Tabaquismo            | 20 (23,5) | 16 (27,6) | 4 (14,8) | 0,196 |

**Conclusiones:** La prevalencia de infección sintomática por SARS-CoV-2 en pacientes con EAI/IM es baja. Algunos factores sociodemográficos, ciertas comorbilidades y el uso de terapias dirigidas anti-citoquinas tienen un impacto pronóstico en este grupo de pacientes.