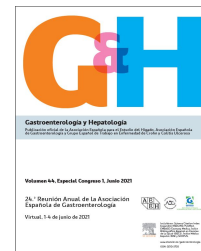




Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

40 - LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) Y LA INMUNOSUPRESIÓN NO EMPEORAN EL PRONÓSTICO DE LA COVID-19. DATOS DEL PROYECTO ENEIDA DE GETECCU

Y. Zabana^{1,2}, I. Marín-Jiménez³, I. Rodríguez-Lago⁴, I. Vera⁵, M.D. Marín⁶, A. Algaba^{7,8}, J.P. Gisbert^{2,9,10}, F. Mesonero¹¹, O. Benítez¹, C. Taxonera^{12,13}, Á. Ponferrada-Díaz¹⁴, M. Piqueras¹⁵, A.J. Lucendo^{2,16,10}, B. Caballo^{2,17}, M. Mañosa^{2,18}, P. Martínez-Montiel¹⁹, M. Bosca-Watts²⁰, J. Gordillo²¹, L. Bujanda^{22,23,24}, N. Manceñido²⁵, T. Martínez-Pérez²⁶, A. López^{27,28}, C. Rodríguez²⁹, S. García-López³⁰, P. Vega³¹, M. Rivero³², L. Melcarne³³, M. Calvo³⁴, M. Iborra^{2,35}, M. Barreiro de Acosta³⁶, B. Sicilia³⁷, J. Barrio³⁸, J. Luis Pérez³⁹, D. Busquets⁴⁰, I. Pérez-Martínez^{41,42}, M. Navarro-Llavat⁴³, V. Hernández⁴⁴, F. Argüelles-Arias^{45,46}, F. Ramírez-Esteso⁴⁷, S. Meijilde⁴⁸, L. Ramos⁴⁹, F. Gomollón^{2,50,51}, F. Muñoz⁵², G. Suris⁵³, J. Ortiz de Zárate⁵⁴, J. María Huguet⁵⁵, J. Llaó⁵⁶, M. García-Sepulcre⁵⁷, M. Sierra⁵⁸, M. Durà⁵⁹, S. Estrechá⁶⁰, A. Fuentes-Coronel⁶¹, E. Hinojosa⁶², L. Olivan⁶³, E. Iglesias^{64,65}, A. Gutiérrez^{2,66}, P. Varela⁶⁷, N. Rull⁶⁸, P. Gilbert⁶⁹, A. Hernández-Camba⁷⁰, A. Brotons⁷¹, D. Ginard⁷², E. Sesé⁷³, D. Carpio⁷⁴, M. Aceituno^{1,2}, J.L. Cabriada⁴, Y. González-Lama⁵, L. Jiménez^{7,8}, M. Chaparro^{2,9,10}, A. López-San Román¹¹, C. Alba^{12,13}, R. Plaza-Santos¹⁴, R. Mena¹⁵, S. Tamarit-Sebastián¹⁶, E. Ricart^{2,17}, M. Calafat^{2,18}, S. Olivares¹⁹, P. Navarro²⁰, F. Bertolotti²¹, H. Alonso-Galán^{22,23,24}, R. Pajares²⁵, P. Olcina²⁶, P. Manzano¹, E. Domènech^{2,18} y M. Esteve^{1,2}

¹Hospital Universitari Mútua Terrassa. ²Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD). ³Hospital Gregorio Marañón, Madrid. ⁴Hospital de Galdakao. ⁵Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid. ⁶Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁷Hospital Universitario de Fuenlabrada. ⁸Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IdiPaz), Madrid. ⁹Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ¹⁰Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Madrid. ¹¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ¹²Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ¹³Instituto de Investigación del Hospital Clínico San Carlos [IdISSC], Madrid. ¹⁴Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ¹⁵Consorcio Sanitari de Terrassa. ¹⁶Hospital General de Tomelloso. ¹⁷Hospital Clínic de Barcelona. ¹⁸Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ¹⁹Fundación Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid. ²⁰Hospital Clínic Universitari de Valencia. ²¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ²²Hospital Universitario Donostia. ²³Instituto Bionostia. ²⁴Universidad del País Vasco (UPV/EHU). ²⁵Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid. ²⁶Hospital Virgen de la Luz, Cuenca. ²⁷Hospital del Mar, Barcelona. ²⁸Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM), Barcelona. ²⁹Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ³⁰Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ³¹Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ³²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla IDIVAL, Santander. ³³Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell. ³⁴Hospital San Pedro, Logroño. ³⁵Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ³⁶Hospital Universitario de Santiago de Compostela. ³⁷Hospital Universitario de Burgos. ³⁸Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ³⁹Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. ⁴⁰Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona. ⁴¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ⁴²Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo. ⁴³Hospital Moisés Broggi, Sant Joan Despí. ⁴⁴Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo. ⁴⁵Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁴⁶Universidad de Sevilla. ⁴⁷Hospital General Universitario de Ciudad Real. ⁴⁸Hospital Universitario de Cruces, Bilbao. ⁴⁹Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. ⁵⁰Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ⁵¹IIS Aragón. ⁵²Hospital Universitario de Salamanca. ⁵³Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. ⁵⁴Hospital Universitario de Basurto, Vizcaya. ⁵⁵Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ⁵⁶Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. ⁵⁷Hospital Universitario de Elche. ⁵⁸Complejo Asistencial Universitario de León. ⁵⁹Hospital Clínico de Valladolid. ⁶⁰Hospital Universitario Álaba. ⁶¹Hospital Virgen de la Concha, Zamora. ⁶²Hospital de Manises. ⁶³Hospital Universitario San Jorge, Huesca. ⁶⁴Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁶⁵Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba. ⁶⁶Hospital General Universitario de Alicante. ⁶⁷Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón. ⁶⁸Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: El registro exhaustivo de los casos detectados de COVID-19 en los pacientes con EII es una oportunidad única para saber la actitud a seguir ante esta infección o si la enfermedad es más grave en pacientes con inmunosupresión farmacológica propia de la EII. Con estas premisas los objetivos del presente estudio son conocer la incidencia y características de la COVID-19 en la cohorte ENEIDA durante la primera ola de la pandemia; la evolución bajo inmunosupresores/biológicos para la EII; los factores de riesgo para contraer la infección y tener una mala evolución; y, por último, la influencia que ha tenido la infección en la EII en el seguimiento a los tres meses.

Métodos: Estudio prospectivo de cohortes y observacional en pacientes con EII con COVID-19 incluido en el registro ENEIDA (con 60.512 pacientes en ese periodo) durante marzo y julio/2020, con un seguimiento de 3 meses. Se ha considerado como caso a cualquier paciente con infección confirmada (por PCR o serología de SARS-CoV-2) o probable (cuadro clínico muy sugestivo).

Resultados: Se incluyeron un total de 482 pacientes con COVID-19 de 63 centros: 247 enfermedad de Crohn, 221 colitis ulcerosa y 14 colitis no clasificada; mediana de edad 52 años (IQR: 42-61), 48% mujeres y 44% ≥ 1 comorbilidad. El diagnóstico se realizó mediante PCR: 62% y serología: 35%. Los síntomas más frecuentes: fiebre (69%), seguida de tos (63%) y astenia (38%). Durante el confinamiento, el 78% siguió un aislamiento estricto (49% desde el inicio del estado de alarma). El 35% requirió ingreso hospitalario (UCI: 2,7%) y el 12% cumplió con los criterios de SIRS al ingreso. 16 pacientes murieron por COVID-19 (mortalidad: 3,3%). El 12% dejó la medicación inmunosupresora de la EII durante el COVID-19. A los 3 meses, teniendo en cuenta todos los casos incluidos, el 76% estaban en remisión de la EII. Tener ≥ 50 años de edad (OR 2,2; IC95%: 1,3-3,6; $p = 0,002$), ≥ 1 comorbilidades (OR 2,14; IC95%: 1,3-3,4; $p = 0,002$), y los esteroides sistémicos 2 (OR 5,4; IC95%: 1,5-20,1; $p = 0,011$) y el uso de aminosalicilatos en el diagnóstico de COVID-19 (OR 4,6; IC95%: 1,2-17; $p = 0,023$) se asociaron con admisión en UCI. La edad ≥ 60 años (OR 6,6; IC95%: 1,7-25,8; $p = 0,007$) y tener ≥ 2 comorbilidades (OR 3; IC95%: 1,1-10; $p = 0,041$), fueron los factores de riesgo de muerte relacionada con COVID-19.

Conclusiones: La EII no parece empeorar el pronóstico de COVID-19, incluso cuando se utilizan inmunosupresores y fármacos biológicos. La edad y la comorbilidad son los factores pronósticos más importantes de COVID-19 más grave en pacientes con EII. El uso de aminosalicilatos y el riesgo de un peor resultado merece un análisis más profundo.

Este estudio está financiado por el Instituto de Salud Carlos III (COV20/00227).