



9. LA ASOCIACIÓN DE CARDIOPATÍA Y PROCESO ONCOLÓGICO ACTIVO QUINTUPLICA LA MORTALIDAD TRAS UN INGRESO HOSPITALARIO POR INFECCIÓN POR SARS-COV-2

María del Carmen Viana Llamas¹, Ramón Arroyo Espliguero¹, Iván Núñez Gil², Gisela Feltes³, Sergio Raposeiras Roubín⁴, Rodolfo Romero⁵, Aitor Uribarri⁶, Víctor M. Becerra Muñoz⁷, Francisco Marín⁸, Javier López Pais⁹, Olalla Vázquez Cancela¹⁰, Carolina Espejo Paeres¹¹, Álvaro López Masjuan¹² y Emilio Alfonso Rodríguez¹³

¹Cardiología. Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España, ²Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ³Cardiología. Hospital Vithas Arturo Soria, Madrid, España, ⁴Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España, ⁵Cardiología. Hospital Universitario de Getafe, Getafe Madrid, España, ⁶Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España, ⁷Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España, ⁸Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, ⁹Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España, ¹⁰Medicina Preventiva. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España, ¹¹Cardiología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid), España, ¹²Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España y ¹³Cardiología. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La combinación de cardiopatía y cáncer presenta una elevada morbilidad y mortalidad. El objetivo del análisis fue evaluar la mortalidad en pacientes con cardiopatía y cáncer activo en un ingreso por COVID-19.

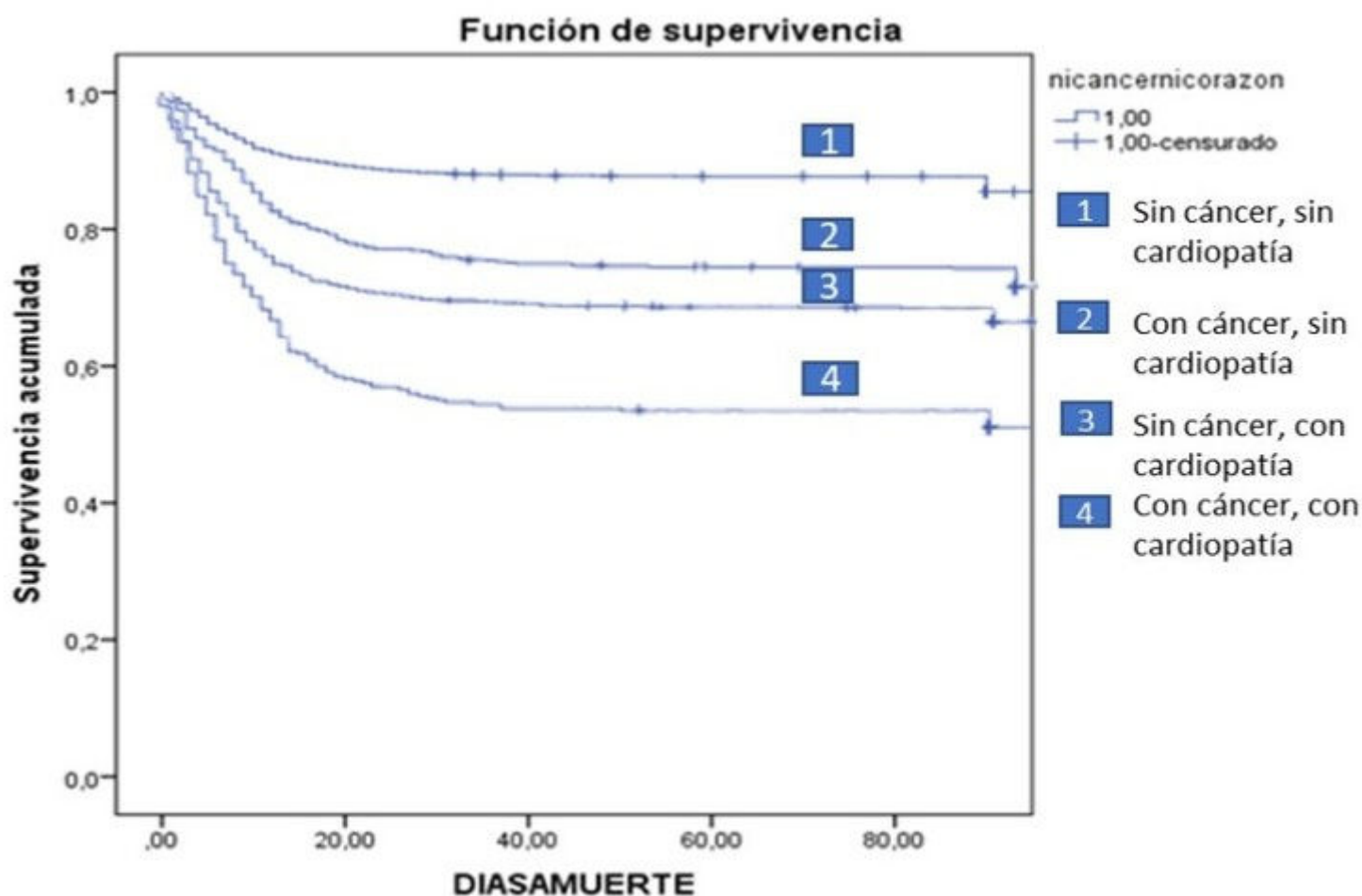
Métodos: Se realizó un subanálisis del registro prospectivo internacional (56 centros, 8 países) HOPE-2 (*Health outcome predictive evaluation for COVID-19-2*, NCT04778022). Se inscribió a 9.068 pacientes dados de alta o fallecidos tras ingreso hospitalario por infección por SARS-CoV-2, desde abril de 2020. Se clasificaron en 4 grupos: 1 (6.458, sin cardiopatía ni cáncer); 2 (751, con cáncer sin cardiopatía); 3 (1.530, con cardiopatía sin cáncer); 4 (329, con cardiopatía y cáncer).

Resultados: Características basales: entre los grupos 3 y 4 no había diferencias salvo más varones en el 4. En los grupos 1 y 2 con respecto al 4, se observó significativa menor prevalencia de comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar y enfermedad cerebrovascular), aunque similar obesidad y tabaquismo. En el grupo 1 los pacientes eran significativamente más jóvenes. Eventos adversos durante el ingreso: No hubo diferencias entre los grupos 3 y 4. En los grupos 1 y 2 la incidencia de insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca y fracaso renal agudo (FRA) fue significativamente menor que en los 3 y 4. La mortalidad fue mayor en el grupo 2 que en el 1 ($p = 0,017$), similar en los grupos 2 y 3 ($p = 0,176$) y mayor en el grupo 4 que en los 2 y 3 ($p = 0,006$). Se observó un riesgo relativo de muerte de: 2,29 (IC: 2,00-2,64; $p = 0,000$) para el cáncer sin cardiopatía, de 2,93 (IC: 2,93-2,61; $p = 0,000$) para la cardiopatía sin cáncer y de 4,91 (IC: 3,5-5,24; $p = 0,000$) para el cáncer combinado con cardiopatía. No hubo diferencias significativas en cuanto a las causas del fallecimiento (respiratoria, cardiovascular, FRA, cerebrovascular, sepsis, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, combinada) en los 4 grupos, siendo la causa más frecuente la respiratoria seguida de una causa combinada.

Características basales	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	p grupos 3 vs 4
Edad	59,05 ± 17,60	71,92 ± 12,92	75,13 ± 13,64	78,86 ± 11,09	0,250
Sexo varón	56,6%	61,4%	62,2%	75,7%	0,015
HTA	38,4%	56,3%	78,2%	82,1%	0,239
DM	13,8%	23,6%	29%	37,1%	0,113
Dislipemia	24,5%	37,9%	52,8%	56,5%	0,284
Obesidad	17,2%	15,2%	23,2%	20,1%	0,302
Tabaquismo activo	5,2%	7,3%	7,2%	6,4%	0,387
Enfermedad renal crónica	3,6%	7,3%	15,5%	17%	0,424
Enfermedad pulmonar crónica	13,2%	22,9%	28,5%	35%	0,181
Enfermedad cerebrovascular	4,8%	9,5%	15,7%	18,2%	0,353
Eventos adversos durante el ingreso					
Insuficiencia respiratoria	42,1%	52,5%	60,8%	71,1%	0,066
Insuficiencia cardiaca	3,4%	5,5%	18%	17,9%	0,500
Fracaso renal agudo	10,7%	17,6%	28,3%	31%	0,320
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica	17,6%	25,7%	24%	22,2%	0,631
Sepsis	8,5%	15,6%	14%	16,4%	0,654

Sangrado	1,8%	4,5%	5,1%	7,3%	0,275
Episodios embólicos	2,1%	4%	3,2%	2,4%	0,325
Muerte	14,6%	27%	32,8%	48,6%	0,006

HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus.



Conclusiones: La mortalidad tras una infección por SARS-CoV-2 se quintuplica cuando el paciente presenta una cardiopatía y un proceso oncológico concomitante. Se debería tener en cuenta este elevado riesgo para potenciar las estrategias preventivas y de tratamiento en este grupo de pacientes.