



# Revista Española de Cardiología



## 5029-4. LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES CON COVID PERSISTENTE NO SE ASOCIA A UNA MAYOR FRECUENCIA DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES, NI ARRÍTMICAS EN EL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Maria C. Viana-LLamas<sup>1</sup>, Ramón Arroyo-Espliguero<sup>1</sup>, Alberto Silva-Obregón<sup>1</sup>, Alfonso Pérez-Sánchez<sup>1</sup>, Nancy Giovanna Uribe Heredia<sup>1</sup>, Alicia Castillo-Sandoval<sup>1</sup>, Claudio Torán Martínez<sup>1</sup>, Itsaso Rodríguez Guinea<sup>1</sup>, Eva Díaz Caraballo<sup>1</sup>, Belén García-Magallón<sup>2</sup>, Borja Casas Sánchez<sup>1</sup> y Mauricio Sebastián Dávila Suconota<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario de Guadalajara y <sup>2</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El COVID persistente (CP) es un complejo sintomático multiorgánico que ocurre en individuos con antecedentes de infección probable o confirmada por SARS-CoV-2, habitualmente 3 meses después del inicio de la infección, con síntomas que duran al menos 2 meses y que no pueden explicarse con un diagnóstico alternativo (octubre 2021; OMS). El objetivo fue analizar las características clínicas del CP en pacientes con hospitalización reciente por COVID-19.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 396 pacientes consecutivos (65 años [54-67]; 57,1% varones) tras hospitalización reciente por COVID-19, con un seguimiento de 405 días [379-427]. La edad y la comorbilidad se analizaron con el índice dicotomizado de Charlson-Edad (ChE). Se utilizó el test de chi-cuadrado para tablas de contingencia para comparar porcentajes. La razón de posibilidades (OR) se realizó con regresión logística binaria con el CP como variable dependiente y ajustada al ChE (? 3<sup>er</sup> tercil).

**Resultados:** Un 29,9% de los pacientes desarrollaron CP en el seguimiento, con una duración mediana de 6 meses [6,0-13,3]. Un 59,7% de los pacientes sin CP presentaron síntomas durante el seguimiento, pero con una media de 0,5 meses [0-2,0]. Un ChE? 3<sup>er</sup> tercil se asociaba a una menor incidencia de CP (11,0 vs 24,1%; p = 0,003). El CP no se asoció a mayor mortalidad (2,5 vs 4,3%; p = 0,394), ni reingreso (16,9 vs 14%; p = 0,481), salvo por los reingresos por dolor torácico no isquémico, mayor en pacientes con CP (3,3 vs 0,3%; p = 0,013). Los síntomas más frecuentes en el CP fueron la fatigabilidad (p 0,0001), el empeoramiento de la clase NYHA (p 0,0001), el dolor torácico (p 0,0001), las palpitaciones (p 0,0001) y la elevación de la frecuencia cardíaca en reposo (p = 0,004), pero no presentaron mayores eventos cardiovasculares (p = 0,145), fibrilación auricular (p = 0,310) o arritmias (p = 0,194).

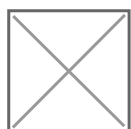
Características clínicas del COVID persistente (n = 396)

| Total | COVID<br>persistente (N = 118) | No CP (N = 278) | p | OR ajustado<br>ChE | p ajust. |
|-------|--------------------------------|-----------------|---|--------------------|----------|
|-------|--------------------------------|-----------------|---|--------------------|----------|

|                          |                |               |               |       |                    |       |
|--------------------------|----------------|---------------|---------------|-------|--------------------|-------|
| Fatigabilidad            | 37,8 (150/396) | 70,3 (83/118) | 24,1 (67/278) | 0,000 | 7,21 (4,43-11,73)  | 0,000 |
| Empeoramiento clase NYHA | 13,6 (54/396)  | 27,1 (32/118) | 7,9 (22/278)  | 0,000 | 5,14 (2,74-9,65)   | 0,000 |
| Mareo                    | 5,8 (23/396)   | 11,0 (13/118) | 3,5 (10/278)  | 0,004 | 3,20 (1,34-7,63)   | 0,008 |
| Dolor torácico           | 14,3 (57/396)  | 29,7 (35/118) | 7,9 (22/278)  | 0,000 | 4,64 (2,55-8,43)   | 0,000 |
| Palpitaciones            | 5,5 (22/396)   | 12,7 (15/278) | 2,5 (7/278)   | 0,000 | 5,83 (2,27-14,99)  | 0,000 |
| Elevación FC en reposo   | 3,5 (14/396)   | 7,6 (9/118)   | 1,7 (5/278)   | 0,004 | 4,79 (1,53-15,01)  | 0,007 |
| Alguna arritmia          | 3,5 (14/396)   | 1,7 (2/118)   | 4,3 (12/278)  | 0,194 | 0,454 (0,98-2,104) | 0,313 |
| Fibrilación auricular    | 3,0 (12/396)   | 1,7 (2/118)   | 3,5 (10/278)  | 0,310 | 0,638 (0,132-3,07) | 0,576 |
| Cefalea                  | 8,5 (34/396)   | 17,8 (21/118) | 4,6 (13/278)  | 0,000 | 3,87 (1,85-8,09)   | 0,000 |
| Ageusia                  | 13,1 (52/396)  | 20,3 (24/118) | 10,0 (28/278) | 0,006 | 2,05 (1,12-3,75)   | 0,019 |
| Anosmia                  | 12,6 (50/396)  | 21,2 (25/118) | 8,9 (25/278)  | 0,001 | 2,51 (1,36-4,63)   | 0,003 |
| Dificultad atención      | 6,3 (25/396)   | 9,3 (11/118)  | 5,0 (14/278)  | 0,111 | 1,921 (0,83-4,43)  | 0,127 |
| Ansiedad                 | 11,6 (46/396)  | 16,1 (19/118) | 9,7 (27/278)  | 0,072 | 0,596 (0,31-1,12)  | 0,112 |

|                              |               |               |               |       |                   |       |
|------------------------------|---------------|---------------|---------------|-------|-------------------|-------|
| Molestias gastrointestinales | 9,0 (36/396)  | 14,4 (17/118) | 6,8 (19/278)  | 0,017 | 2,39 (1,17-4,84)  | 0,016 |
| Tos                          | 16,9 (67/396) | 28,8 (34/118) | 11,8 (33/278) | 0,000 | 2,92 (1,69-5,059) | 0,000 |
| Fiebre intermitente          | 4,0 (16/396)  | 5,9 (7/118)   | 3,2 (9/278)   | 0,216 | 1,88 (0,67-5,27)  | 0,225 |
| Pérdida de pelo              | 3,5 (14/396)  | 9,3 (11/118)  | 1,0 (3/278)   | 0,000 | 9,45 (2,54-35,14) | 0,001 |
| Mialgias                     | 9,3 (37/396)  | 17,8 (21/118) | 5,7 (16/278)  | 0,000 | 3,25 (1,61-6,56)  | 0,001 |
| Pérdida de peso              | 19,4 (77/396) | 26,3 (31/118) | 16,5 (46/278) | 0,026 | 1,88 (1,11-3,19)  | 0,019 |

ChE: Índice de Charlson-Edad. CP: COVID persistente. FC: frecuencia cardiaca. NYHA: New York Heart Association.



*Frecuencia de la sintomatología del COVID persistente (N = 396).*

**Conclusiones:** El CP presenta una alta incidencia tras un ingreso hospitalario por COVID-19, siendo menos frecuente en pacientes con importante comorbilidad y de edad más avanzada. La presencia de sintomatología cardiovascular en los pacientes con CP no se asocia a una mayor frecuencia de complicaciones cardiovasculares, ni arrítmicas. Estos datos sugieren un potencial mecanismo etiopatogénico extracardiaco de los síntomas cardiovasculares del CP.