



Revista Española de Cardiología



6085-636. MECANISMOS E IMPACTO CLÍNICO DE LAS ARRITMIAS VENTRICULARES EN PACIENTES CON COVID-19

Marcel Martínez Cossiani, Sergio Castrejón Castrejón, Sandra Rosillo Rodríguez, Ángel Manuel Iniesta Manjavacas, Lorena Martín Polo, Isabel Dolores Poveda Pinedo, Daniel Tébar Márquez, José María García de Veas Márquez, Irene Marco Clement, Carlos Merino Argos, Luis Alberto Martínez Marín, Laura Rodríguez Sotelo, Juan Caro Codón, Juan Ramón Rey Blas y José Luis Merino

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Se ha descrito una alta incidencia de arritmias ventriculares (AV) en pacientes (P) hospitalizados por COVID-19. Adicionalmente, se ha sugerido que ésta puede aumentar con la toma de fármacos con potencial proarrítmico, como la hidroxicloroquina (HCQ), la azitromicina (AZT) o el lopinavir/ritonavir (LPV/r) pudiendo llegar al 5,9%. Sin embargo, en estos trabajos no se describe si eran sostenidas, su tipo como taquicardia (TV) o fibrilación (FV) ventricular, ni sus consecuencias clínicas.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo de una cohorte de P consecutivos con diagnóstico hospitalario de COVID-19 confirmado mediante PCR de SARS-Cov-2 realizada. Se incluyó solo a P con un seguimiento > 30 días o muerte antes de completar el mismo.

Resultados: Se revisaron 3.416 pacientes y finalmente se incluyeron 2.884 consecutivos ($62,5 \pm 20,4$ años, 54,8% varones) con los criterios descritos. 615 pacientes fallecieron (21,3%) y todos menos 559 recibieron HCQ, AZT y/o LPV/r. Once pacientes fallecieron súbitamente durante el ingreso hospitalario sin poder documentarse la causa de la muerte (arrítmica o no arrítmica como tromboembolismo) y fueron excluidos del análisis. Once pacientes (0,38%, $58,73 \pm 21,20$ años, 11 varones) presentaron AV. En 2 de estos pacientes se documentó TV tras iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar y se consideraron probablemente secundarias a las propias maniobras de resucitación. Un paciente presentó FV asociada a sospecha de tromboembolismo pulmonar. Cinco pacientes desarrollaron rachas de TV no sostenida o autolimitada que fueron tratadas eficazmente con amiodarona en 3 (1 de esos 3 controlado también con esmolol), con corrección de hipopotasemia en 1 y sin tratamiento específico en el restante. Los 3 restantes desarrollaron TV sostenida en el contexto de sepsis y/o fallo multiorgánico. Ningún paciente tenía historia previa de AV. Todos los pacientes (90,9%) salvo 1 estaban bajo tratamiento con HCQ, AZT y/o LPV/r y todos salvo 2 pacientes, el con la hipopotasemia y 1 con TV no sostenida (el controlado con esmolol), fallecieron (81,8%) en una mediana de 0 (0-12) días desde la documentación de la AV.

Características de los pacientes con COVID-19 con y sin arritmias ventriculares

No AV (n = 2.873)	AV (n = 11)	p
-------------------	-------------	---

Edad (media $\pm$ DE)	62,5 $\pm$ 20,4	59,1 $\pm$ 21,2	0,589
Sexo (varones)	1.573 (54,8%)	11 (100,0%)	0,002
HTA	1.240 (43,2%)	7 (63,6%)	0,226
Diabetes	529 (18,4%)	2 (18,2%)	1,000
Dislipemia	1039 (36,2%)	5 (45,5%)	0,757
Arteriopatía periférica	187 (6,6%)	2 (18,2%)	0,161
Ictus/AIT	177 (6,2%)	0 (0,0%)	1,000
Cardiopatía isquémica	191 (6,6%)	1 (9,1%)	0,535
IC o FEVI $\geq$ 40%	544 (18,9%)	1 (9,1%)	0,434
Enfermedad valvular o prótesis	90 (3,1%)	0 (0,0%)	1,000
EPOC	228 (7,9%)	1 (9,1%)	0,598
Insuficiencia renal crónica	174 (6,1%)	0 (0,0%)	1,000
Tromboembolismo pulmonar	94 (3,3%)	0 (0,0%)	1,000
Arritmias previas	313 (10,9%)	1 (9,1%)	1,000

AV: arritmias ventriculares; AIT: accidente isquémico transitorio; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; HTA: hipertensión arterial sistémica; IC: insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: Las AV en pacientes con COVID-19 ocurren fundamentalmente en forma de TV, son relativamente raras y ocurren generalmente en pacientes tratados con HCQ, AZT y/o LPV/r en un contexto de gran deterioro clínico.