



## 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 Llamas<sup>1</sup>, Ramón Arroyo Espliguero<sup>1</sup>, Iván Núñez Gil<sup>2</sup>, Gisela Feltes<sup>3</sup>, Sergio Raposeiras Roubín<sup>4</sup>, Rodolfo Romero<sup>5</sup>, Aitor Uribarri<sup>6</sup>, Víctor M. Becerra Muñoz<sup>7</sup>, Francisco Marín<sup>8</sup>, Javier López Pais<sup>9</sup>, Olalla Vázquez Cancela<sup>10</sup>, Carolina Espejo Paeres<sup>11</sup>, Álvaro López Masjuan<sup>12</sup> y Emilio Alfonso Rodríguez<sup>13</sup>

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

### Resumen

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

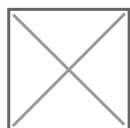
**Métodos:** Se realizó un subanálisis del registro prospectivo internacional (56 centros, 8 países) HOPE-2 (*Health outcome predictive evaluation for COVID-19-2*, NCT04778022). Se inscribió a 9.068 pacientes dados de alta o fallecidos tras ingreso hospitalario por infección por SARS-CoV-2, desde abril 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.