



9. IMPACTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA Y LAS MIOCARDIOPATÍAS EN EL PRONÓSTICO DE LA COVID-19

Gisela Feltes Guzman¹, Sergio Raposeiras Roubín², María C. Viana Llamas³, Francisco Marín Ortuño⁴, Emilio Alfonso Rodríguez⁵, Óscar Vedia Cruz⁶, Antonio Fernández Ortiz⁶, Víctor M. Becerra Muñoz⁷, Aitor Uribarri González⁸, Carolina Espejo Paeres⁹, Rodolfo Romero¹⁰, Javier López Pais¹¹, Julián Pérez-Villacastín Domínguez⁶ e Iván Núñez Gil⁶

¹Cardiología. Hospital Vithas Arturo Soria, Madrid, España, ²Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España, ³Cardiología. Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España, ⁴Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, ⁵Cardiología. Institute of Cardiology and Cardiovascular Surgery, La Habana, Cuba, ⁶Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ⁷Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España, ⁸Cardiología. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España, ⁹Cardiología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid), España, ¹⁰Cardiología. Hospital Universitario de Getafe, Getafe Madrid, España y ¹¹Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los datos relacionados con los efectos de la infección por COVID en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) crónica o miocardiopatías, o su influencia en el desarrollo de IC aguda, son escasos. El objetivo de este trabajo fue estudiar características, resultados cardiovasculares y mortalidad en una gran cohorte de pacientes hospitalizados por infección por COVID-19, con diagnóstico previo de IC o miocardiopatías.

Métodos: Los datos se obtuvieron del registro HOPE-COVID-19 (The Health Outcome Predictive Evaluation for COVID-19), multicéntrico internacional con participación de 56 centros de 8 países que incluyó pacientes ingresados por COVID-19, dados de alta vivos o no. El registro incluyó 9.299 pacientes, de los cuales 207 no tenían datos sobre cardiopatía. El análisis final se realizó sobre 7.209 pacientes, figura. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 24.

Resultados: De 7.209 pacientes, 43,1% eran mujeres, con edad media $61 \pm 17,6$ años. Entre las características clínicas destacan hipertensión (HTA, 40,4%), dislipemia (25,9%), diabetes mellitus (15%), tabaquismo (5,3%), obesidad (17,2%), insuficiencia renal (4,5%), enfermedad pulmonar (14,7%), enfermedad cerebrovascular (5,4%), enfermedad oncológica (10,3%). En la comparación entre pacientes con IC frente a pacientes sin cardiopatía, los primeros son estadísticamente más añosos (75 vs 60), sin diferencias de género pero con mayor porcentaje de hipertensión, dislipemia, diabetes, obesidad, insuficiencia renal, neumopatía, enfermedad cerebrovascular, del tejido conectivo, hepática u oncológica. El grupo IC presentó mayor número de complicaciones intrahospitalarias y mortalidad aguda y en el seguimiento (figura). Tras el ajuste por comorbilidades en el análisis multivariado, destacan como predictores independientes de mortalidad la edad, hipertensión, dislipemia, diabetes, insuficiencia renal, neumopatías, hepatopatía, obesidad, patología cerebrovascular y las neoplasias, mientras que la IC no alcanza la significación estadística.



Conclusiones: Los pacientes con antecedente de IC o miocardiopatía que precisaron ingreso por COVID tuvieron un perfil clínico diferente, siendo más añosos, comórbidos y con más eventos durante el ingreso hospitalario. Tras el ajuste por dichas comorbilidades el impacto de dicho antecedente en la mortalidad desaparece.