



6038-3. UTILIDAD DEL ECOCARDIOGRAMA DE BOLSILLO PARA LA CARACTERIZACIÓN Y ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19

Borja Rivero Santana, Esther Pérez David, Víctor M. Juárez Olmos, Cristina Contreras Lorenzo, Silvia Valbuena López, María Lucía Fernández Gassó, Francisco Javier Domínguez Melcón, Teresa López Fernández, Regina Dalmau González-Gallarza, Roberto Flórez Gómez, Ana Alonso Ladreda, Gabriela Guzmán Martínez, Leonel Díaz González y Esteban López de Sá y Areses

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las sociedades científicas recomiendan protocolos simplificados de ecocardiografía en los pacientes con COVID-19. Aunque el ecocardiograma de bolsillo puede ser una opción atractiva, existe poca información sobre su uso sistemático. El objetivo de este trabajo es evaluar la utilidad del ecocardiograma de bolsillo como estrategia inicial en los pacientes ingresados con COVID-19.

Métodos: Se identificaron los pacientes (p) ingresados en nuestro centro por COVID-19 con ecocardiograma realizado por indicación clínica desde septiembre del 2020, cuando se comenzó a emplear sistemáticamente el ecógrafo de bolsillo Philips Lumify como estrategia inicial, hasta abril del 2021. Se recogieron de forma retrospectiva sus características clínicas, datos ecocardiográficos y evolución. Se evaluó la relación entre los datos clínicos y del primer ecocardiograma de bolsillo con la mortalidad.

Resultados: Se incluyeron un total de 116 p, la mayoría eran varones (61%), con una edad media de 68 ± 15 años. 31 p (27%) estaban ingresados en UCI. Desde el punto de vista ecocardiográfico, en 82 p (71%) la ventana se consideró buena o aceptable; se realizó un nuevo ecocardiograma reglado durante el ingreso en 21 p (18%). Se observó dilatación o disfunción sistólica del VI en 14 p (12%), dilatación o disfunción sistólica del VD en 21 p (20%), derrame pericárdico en 11 p (9,5%) y valvulopatía significativa en 10 p (8,6%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 26% y durante el periodo completo de seguimiento ascendió a 34% (29 p; en 25 p, la muerte fue consecuencia directa de la COVID-19). La presencia de dilatación o disfunción sistólica del VD se asoció a una mayor mortalidad total (47,8%.vs 24,7%, $p = 0,03$), pero no la dilatación o disfunción sistólica del VI. En un modelo de Cox en que se incluyeron edad, sexo y VD dilatado o disfuncionante todos fueron predictores independientes de muerte por COVID-19 (tabla). El VD anormal no fue predictor independiente de mortalidad total.

Predictores de muerte por COVID-19

HR (IC95%)

p

Edad (por año)	1,073 (1,033 a 1,114)	0,0005
Sexo femenino	0,264 (0,092 a 0,753)	0,013
Dilatación o disfunción de VD en eco de bolsillo	2,738 (1,189 a 6,302)	0,018

Conclusiones: El ecocardiograma de bolsillo en los pacientes hospitalizados por COVID-19 es suficiente para resolver el problema clínico en la mayor parte de los casos y es útil en la estratificación de riesgo. La dilatación o disfunción sistólica de VD en el eco de bolsillo, pero no la de VI, se asoció a un mayor riesgo de muerte por COVID-19.