



5004-2. LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR SE ASOCIA A MAYOR MORTALIDAD POR COVID-19, INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD, COMORBILIDAD Y GRAVEDAD CLÍNICA AL INGRESO HOSPITALARIO

María C. Viana-Llamas, Ramón Arroyo-Espliguero, Alberto Silva-Obregón, Giovanna Uribe-Heredia, Belén García-Magallón, Claudio Torán-Martínez, Alicia Castillo-Sandoval, Alfonso Pérez-Sánchez, Borja Casas-Sánchez, Itsaso Rodríguez-Guinea y Eva Díaz-Caraballo

Hospital General Universitario de Guadalajara.

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad cardiovascular (ECV) se ha asociado a una mayor morbilidad y mortalidad en la infección por SARS-CoV-2. El objetivo fue analizar el impacto pronóstico independiente de la ECV en la mortalidad intrahospitalaria por COVID-19, tras ajuste por la edad y comorbilidad, así como por variables clínicas y bioquímicas de gravedad en el momento del ingreso hospitalario.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 609 pacientes consecutivos ($68,9 \pm 15,7$ años; 60,3% varones) hospitalizados por COVID-19, confirmada por PCR de muestras nasofaríngeas. La ECV ($n = 184$; 30,2%) engloba la cardiopatía isquémica (25%), valvular (? grado 3) (17,9%), dilatada (FEVI 4), q-SOFA (? 2) y CURB-65 (? 2), respectivamente. Se realizó un análisis de supervivencia (SPV) por el método de Kaplan-Meier (test de *log-rank*) y regresión de riesgos proporcionales de Cox.

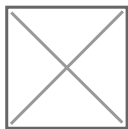
Resultados: Los pacientes con ECV eran mayores, con mayor comorbilidad pulmonar, renal y cerebrovascular, incluyendo mayor uso de anticoagulantes orales. Presentaban neumonías clínicamente más graves y concentraciones de albúmina sérica más bajas al ingreso, sin diferencias en la cifra de linfocitos o proteína C-reactiva (PCR) (tabla). Presentaron mayor mortalidad (34,8 vs 15,1%; $p = 0,0001$), sin diferencias significativas en la causa específica de la muerte. La SPV acumulada fue menor en pacientes con ECV ($p = 0,001$). La ECV se asoció significativamente a una mayor mortalidad intrahospitalaria (HR 1,72; IC95% 1,17-2,52; $p = 0,005$) (fig.), independientemente del ChE ($p = 0,204$), q-SOFA ($p = 0,001$), CURB-65 ($p = 0,001$), linfocitos ($p = 0,001$), PCR ($p = 0,100$) y albúmina sérica ($p = 0,008$) al ingreso.

Características basales, clínicas, analíticas, terapéuticas y evolución de los 609 pacientes con COVID-19 incluidos en el estudio en función de la presencia de enfermedad cardiovascular al ingreso

	Sin ECV (n = 425)	Con ECV (n = 184)	p
Edad (años)	$64,4 \pm 15,2$	$79,3 \pm 11,3$	0,0001

Sexo (varones), n (%)	257 (60,5)	110 (59,8)	0,873
Índice de Charlson-Edad $\geq$ 4, n (%)	12 (2,8)	36 (19,6)	0,0001
Enfermedad pulmonar, n (%)	86 (20,2)	58 (31,5)	0,003
ERC $\geq$ G3b, n (%)	14 (3,3)	31 (16,8)	0,0001
Enfermedad cerebrovascular, n (%)	22 (5,2)	31 (16,8)	0,0001
q-SOFA $\geq$ 2, n (%)	26 (6,1)	17 (9,2)	0,167
CURB-65, n (%)	143 (34,6)	127 (73)	0,0001
Linfocitos (/mm ³)	1.165,9 $\pm$ 2.390,3	1.262,0 $\pm$ 3.539,5	0,696
Dímero-D (ng/dl)	2,0 $\pm$ 4,8	2,5 $\pm$ 5,5	0,311
Ferritina (ng/ml)	1.059,7 $\pm$ 1.229,2	763,2 $\pm$ 748,5	0,134
PCR-as (mg/l)	118,2 $\pm$ 88,5	106,5 $\pm$ 84,3	0,129
Albúmina (g/l)	34,9 $\pm$ 3,9	33,4 $\pm$ 4,1	0,0001
Corticoides, n (%)	188 (44,3)	75 (40,8)	0,413
Anticoagulación, n (%)	392 (92,5)	173 (94)	0,0001
Ingreso UCI, n (%)	20 (4,7)	6 (3,3)	0,418
VMNI, n (%)	8 (1,9)	5 (2,7)	0,513
Reservorio, n (%)	128 (30,1)	77 (41,8)	0,005
Mortalidad, n (%)	64 (15,1)	64 (34,8)	0,0001

ECV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; PCR-as: proteína C-reactiva de alta sensibilidad; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; VMNI: ventilación mecánica no invasiva.



Análisis de supervivencia con Kaplan-Meier y regresión de Cox en los 609 pacientes con COVID-19 incluidos en el estudio discriminado por presencia de ECV.

Conclusiones: La ECV asoció una mayor mortalidad intrahospitalaria por COVID-19, independientemente de la edad, comorbilidad y la gravedad clínica al ingreso hospitalario. La presencia de ECV es un criterio que debería incluirse en la estratificación pronóstica de los pacientes con COVID-19.